

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Publicación No. 76

Agosto, 1932

TRATAMIENTO
DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR



*Reimpreso del Boletín de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Agosto, 1932*



WASHINGTON, D. C.
E. U. DE A.



FUNCIONARIOS
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

DIRECTOR DE HONOR

DR. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDÁN
Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina, Lima, Perú

DIRECTOR

DR. HUGH S. CUMMING
Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

AUXILIAR DEL DIRECTOR

DR. BOLÍVAR J. LLOYD
Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

VICEDIRECTOR

DR. MARIO G. LEBREDO*

SECRETARIO

DR. SEBASTIÁN LORENTE
Ex-Director de Salubridad Pública del Perú

VOCALES

DR. JOÃO PEDRO DE ALBUQUERQUE
Departamento Nacional de Saude Publica, Rio de Janeiro, Brasil

DR. SOLÓN NÚÑEZ F,
Secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social, San José, Costa Rica

DR. RAMÓN BÁEZ SOLER
Sub-Secretario de Estado de Sanidad y Beneficencia, Santo Domingo República Dominicana

DR. JUSTO F. GONZÁLEZ
Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

COMISIONADO VIAJERO

DR. JOHN D. LONG
Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

EPIDEMIÓLOGO

DR. CLIFFORD R. ESKEY
Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

REDACTOR CIENTÍFICO Y JEFE DE TRADUCCIONES

DR. ARÍSTIDES A. MOLL

* Fallecido



TENDENCIAS MODERNAS EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por G. H. FAGET

Subcirujano del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

Si bien no ha habido recientemente sorprendentes descubrimientos, el progreso científico en el tratamiento de la tuberculosis ha sido constante. Todos los observadores han notado el continuo descenso de la morbilidad y mortalidad debidas a esa dolencia, pero las causas exactas quizás no sean todavía bien comprendidas. Como dicho descenso comenzó aparentemente poco después del memorable descubrimiento del bacilo tuberculoso por Robert Koch en 1882, cabe atribuir justamente su mayor parte a la aplicación profesional de los conocimientos derivados de ese hecho.

¿Qué significa esto para un individuo de la generación actual? Pues, sencillamente, que tiene menos probabilidades de contraer la tuberculosis que sus antepasados, y si la contrae, posee más esperanzas de curación, y ese gran adelanto sanitario proviene del cuidado racional de la dolencia.

Algunas de las modernas tendencias que han conducido a los recientes adelantos en el tratamiento de la tisis, pueden ser consideradas bajo los siguientes encabezados:

- (1) Más medios de diagnóstico precoz, gracias a los modernos desenvolvimientos en la técnica e interpretación roentgenológica.
- (2) Número cada vez mayor de camas disponibles para tuberculosos en varias instituciones.
- (3) Individualización del tratamiento bajo vigilancia especializada siempre que es posible.
- (4) Mayor atención a la higiene personal, en vez de la farmacoterapia.
- (5) Utilización más temprana y frecuente de la intervención cruenta, si no es posible obtener de otro modo una mejoría adecuada.

Diagnóstico precoz.—El primer paso en el tratamiento feliz de la tuberculosis pulmonar consiste en el diagnóstico precoz, pues, descubierta la enfermedad en su incipencia, ganada está la primera parte de la batalla. Siempre que se sospecha tuberculosis y no puede hacerse el diagnóstico exclusivamente por el examen físico, es mejor enviar al enfermo a un hospital para un período de observación. Este comprenderá una cuidadosa exploración clínica, un examen roentgenológico, y un estudio de laboratorio. Recuérdese que en los casos sospechosos no cabe hacer un diagnóstico negativo exclusivamente con el estetoscopio. Antes de poder excluir la tuberculosis en esos enfermos, es absolutamente indispensable un examen roentgenológico, y a veces un estudio clínico.

Aviso al enfermo.—Establecido el diagnóstico, hay que poner al tanto del mal al enfermo. Algunos médicos cometen la equivocación de decirle al enfermo que tiene "un puntito o placa en los pulmones,"

o "un resfriado grave," reticencia esa que de nada sirve, y representa una injusticia hacia el individuo, así como hacia el público, pues no conociendo aquél la naturaleza de su mal, tal vez no lo considere de suficiente gravedad para atenderlo suficientemente a fin de impedir su agravación más allá del periodo curativo. Además, si el enfermo no está al tanto del diagnóstico, tampoco puede esperarse que observe las precauciones debidas para proteger a otros individuos.

Tratamiento mejor.—Hecho el diagnóstico y el sujeto enterado de su dolencia, viene después la instauración de la forma más ventajosa de tratamiento. El enfermo puede ser atendido médicamente por un fisiólogo en casa, en un hospital general, o en un sanatorio, con resultados satisfactorios en cada caso; pero el desenlace será más invariablemente favorable si el individuo ingresa en un sanatorio. Este plan resulta todavía mejor cuando el médico no es un especialista, y el sujeto cuenta con suficientes recursos, o puede obtener los beneficios de un establecimiento municipal, estadual o federal.

Ventajas del sanatorio.—Por muchas razones el sanatorio es el mejor sitio para tratamiento. Se encontrará allí el enfermo entre otros dolientes del mismo mal, y será más fácil animarlo en sus esfuerzos para reponerse. Recibirá también asistencia médica experta y enfermería especial. Tiene a su disposición los medios de un moderno departamento dietético. Se le ofrecen mayores medios de descanso físico y sosiego mental. El sanatorio moderno ha sido construido no tan sólo para comodidad, sino con mira a obtener aire puro en la mayor abundancia, y muchos de esos establecimientos poseen además la ventaja de un clima ideal. Si es necesaria, la helioterapia puede ser administrada allí bajo dirección médica avezada, y si se hallan indicados los beneficios de la colapsoterapia quirúrgica, serán ofrecidos por cirujanos torácicos de experiencia. Por fin, el enfermo aprenderá allí lecciones valiosas en higiene personal, y conocimientos de la naturaleza de su afcción, que lo capacitarán para combatirla mejor, y le serán muy útiles después que regrese a su casa.

Aparte de los beneficios que percibe el enfermo, el tratamiento institucional posee un marcado valor sanitario en la tuberculosis. Ese es el sitio apropiado para la segregación de todos los casos abiertos, pues los enfermos de esputo positivo no deben campar a sus anchas donde constituyan un peligro para la comunidad, sobre todo si hay niños en la casa. En el sanatorio se les enseña la profilaxia, y después de darlos de alta, si la tuberculosis se halla todavía activa, aplicarán los métodos aprendidos a fin de que corra poco peligro el público.

Cuán útiles resultan los sanatorios para tuberculosos, lo patentiza el notable aumento de esas instituciones en los Estados Unidos y otras partes. Después que Brehmer estableciera el primer sanatorio verdadero en Alemania en 1859, Trudeau introdujo esos establecimientos en los Estados Unidos en 1884. Tan bien recibida fué la nueva idea, que calcúlase que para 1905 el número de dichas

instituciones en los Estados Unidos ya ascendía a casi cien, con unas nueve mil camas, y actualmente hay muchas más de 500, con sitio para más de 65,000 enfermos. Como existe un millón de tuberculosos abiertos en los Estados Unidos, se verá que sólo un pequeño porcentaje pueden recibir tratamiento sanatorial, y que muchos tienen que ser atendidos, bien en casa o en los hospitales generales.

Hospital general.—Después del sanatorio, el mejor sitio para el tratamiento de la tuberculosis es el hospital general. No hace tantos años, muchos de esos establecimientos preferían no recibir tuberculosos, pero esa actitud ha cambiado, y tanto el Servicio de Sanidad Pública en 1920, como la Asociación Médica Americana, la Asociación Nacional contra la Tuberculosis y la Asociación Americana de los Hospitales, han aconsejado que todos los hospitales generales recibieran tuberculosos. En justicia a los otros asilados, hay que reservar para aquéllos salas especiales. Entraña muchas ventajas en el tratamiento de los tuberculosos en el hospital general, pues esos establecimientos suelen radicar en las poblaciones mayores, donde se encuentran los mejores especialistas médicos y quirúrgicos. Además, cuentan con modernos laboratorios roentgenológicos y clínicos, que permiten a menudo realizar investigaciones especiales, lo cual no resulta siempre posible en los sanatorios más pequeños del interior. Otra finalidad servida por los hospitales generales, consiste en el recibo de enfermos para observación en cuanto a tuberculosis, pues si enviados directamente a un hospital para tuberculosos, se les estamparía así el "estigma tuberculoso" para el resto de su vida, aunque el diagnóstico resultare negativo.

Todos los hospitales y sanatorios deben hallarse preparados para recibir todas las formas de la tuberculosis, incluso los casos muy avanzados, pues de no admitirse los últimos, se anula en gran parte la finalidad profiláctica de dichos establecimientos.

Principios del tratamiento.—Los principios del tratamiento de la tuberculosis pulmonar son idénticos dondequiera que se trate al enfermo. Aun en casa, éste debe disfrutar de los beneficios de la opinión de un fisiólogo, si es posible, y cada enfermo debe recibir atención individualizada, a fin de obtener los mejores resultados. Enfermedad crónica la tuberculosis, debe hacerse comprender al enfermo desde el principio, que el tiempo, en lo tocante a mejoría, será contado por semanas y meses, y no por días. No hay tren exprés que conduzca a la curación. Cuando va a un sanatorio, el enfermo debe hallarse dispuesto a permanecer allí de varios meses a un año o más, siendo mejor para él pecar por carta de más que de menos. El sobretratamiento es mejor que el estacionamiento parcial.

Hasta la fecha, no se ha descubierto nada que pueda suplantar la triada, comprobada por el tiempo, del descanso, el aire libre y

la alimentación apropiada en la enfermedad. Por falta de espacio sólo tocaremos ligeramente los puntos sobresalientes de cada uno de esos elementos.

Descanso.—En todos los enfermos con fiebre, es necesario el reposo absoluto en cama hasta que la temperatura sea normal por varios días. No pueden exagerarse los beneficios del descanso, y la profesión médica comprende eso a tal punto, que huelga hacer hincapié en ello aquí. Después que la dolencia se ha vuelto quiescente, se concede al enfermo el privilegio de usar un sillón de ruedas.

Ejercicio.—El ejercicio constituye parte integrante del tratamiento, lo mismo que el descanso. Cuando el pulso y la temperatura son normales por varias semanas, comienza el ejercicio en forma de breves caminatas que, tras cuidadosas observaciones diarias, incluso determinaciones del pulso y de la temperatura, se van prolongando gradualmente, con tal que el enfermo reaccione favorablemente. Más adelante, las caminatas en cuestas servirán de nueva comprobación del avance de la reposición.

Terapéutica ocupacional.—En este período, el enfermo ambulante ya se encuentra dispuesto para el entrenamiento profesional u ocupacional, según sus inclinaciones. El objetivo perseguido consiste en la devolución gradual de la capacidad para ganarse la vida, una vez estacionada la dolencia. No hay que decir que el ejercicio y el trabajo terapéuticos deben ser llevados a cabo bajo la constante y competente vigilancia que sólo es posible en una institución moderna.

Tratamiento al aire libre.—El tratamiento al aire libre tuvo su iniciación en los orígenes del sanatorio. Tan bien establecido está hoy día el valor del aire libre y puro, que ya se reconoce generalmente en todas partes. El sitio que ofrezca al enfermo mayor cantidad de aire puro en todas las épocas del año, con la menor molestia, es el clima mejor para él.

Clima.—La tuberculosis ha sido tratada con éxito en todos los climas. Un clima benigno y seco con un máximo de días de sol, que inviten al enfermo a pasar el mayor número posible de horas de las 24 del día al aire libre, es, naturalmente, el más apropiado. Las marcadas variaciones entre la temperatura de día y de noche, con tal que el tiempo sea seco, parecen ejercer un efecto benéfico y estimulante sobre todas las funciones orgánicas, máxime a grandes alturas.

Por regla general, los mejores climas para la tisioterapia quedan alejados de los grandes centros de población, y los sanatorios construidos en esas localidades anuncian las ventajas del clima a fin de atraer a los enfermos. Recuérdese que jamás debe aconsejarse al tuberculoso que se aleje de su hogar a fin de buscar un clima mejor, a menos que posea suficientes recursos para poder tomar una cura larga de descanso y obtener los servicios de un tisiólogo cuando llega a su destino, o lograr ingreso a un sanatorio a su llegada.

Helioterapia.—Donde el aire se encuentra más libre de humedad y de polvo, como sucede en los sitios elevados, es que transmite la cantidad mayor de rayos ultravioletas. Desde que Rollier demostrara en Suiza el efecto curativo de la luz solar en la tuberculosis extrapulmonar, se han obtenido resultados semejantes en otras partes del mundo. La luz ultravioleta artificial ejerce un efecto comparable, pero no posee todas las virtudes terapéuticas de la solar. Repetidas veces se ha demostrado que no puede usarse impunemente la helioterapia natural en el tratamiento de las lesiones pulmonares. Es más, parece exacerbar esa forma de la enfermedad, de modo que la mayor parte de los fisiólogos reconocidos la han abandonado en ella. La administración de la helioterapia requiere una vigilancia médica tan cuidadosa, que sólo puede ser aplicada con éxito en una institución.

Régimen dietético.—En una enfermedad extenuante como la tuberculosis, lo mejor es un régimen nutritivo con un elevado contenido de proteínas y de grasa. Una buena cantidad de vitaminas también es importante para fomentar el proceso regenerativo. Sin embargo, debe evitarse la sobrealimentación para no trastornar el mecanismo gastrointestinal, y la mayor parte de los médicos modernos ya reconocen que la sobrealimentación es una moda pasada.

Dieta especial.—Recientemente, Sauerbruch, Hermannsdorfer y Gerson, de Alemania, han recomendado una dieta especial para la tuberculosis, que puede ser descrita como un régimen de clorurado, rico en vitaminas y escaso en proteínas, teniendo por objeto disminuir el agua en los tejidos, remineralizar el cuerpo y calcificar las lesiones tuberculares. Junto con esa dieta, el enfermo toma un aceite fosforado de hígado de bacalao a dosis de 45 gm diarios, y como sustituto de la sal de mesa, "mineralógeno," sustancia ésa que contiene 10 sales distintas, pero principalmente calcio. Ese régimen es objeto de extensas investigaciones en Europa, y en menor grado en América.

Algunos investigadores se muestran entusiastas, y otros escépticos. Uno de sus inconvenientes consiste en que sólo puede ser administrado en un establecimiento dotado de un departamento dietético bien organizado, pues su preparación exige tiempo y cálculos exactos. Las verduras frescas, que forman un gran componente del mismo, tienen que ser cocidas especialmente en vasijas al vapor, para conservar todo el jugo. El régimen tampoco es muy sabroso, y a menudo tiene que ser abandonado debido a que hace perder el apetito. No todos los investigadores convienen en cuál es el factor o combinación de factores que produce los efectos del régimen. Sostienen algunos que puede obtenerse idéntico beneficio con la mera administración del aceite de hígado de bacalao y de calcio, mientras que otros consideran que el punto capital es la de cloruración, con la consiguiente deshidratación histológica; y no faltan quienes opinan que todos los diversos ingredientes son necesarios. Con toda seguridad, dicha dieta no es un específico curativo, y hasta ahora sólo puede ser considerada como un complemento del régimen sanatorial sistemático. Como todavía se halla en el período de experimentación clínica, el tiempo es el único que puede decidir si será adoptado en mayor escala, o pasará gradualmente al olvido.

Bío y quimioterapia.—A pesar de todas las investigaciones de laboratorio y de clínica realizadas desde que se demostrara la etiología bacteriana de la tuberculosis, no se ha descubierto todavía nada de naturaleza absolutamente curativa, lo cual no quiere decir que no se hayan ofrecido muchas sustancias con esa denominación a la profesión médica. Retrocediendo a la época en que la *tuberculina* de Koch disfrutaba de boga, la vemos empleada entonces con muchísimas esperanzas, para caer en merecido descrédito después de mucho uso y algún abuso. Quizás hiciera tanto mal como bien. Terapéuticamente, ese producto así como sus variadas modificaciones, goza de popularidad hoy día con muy pocos fisiólogos.

No hace muchos años, la *vacuna de Friedmann*, o bacilo de tortuga, fué aclamada como remedio, pero su reputación duró poco, y sólo es mencionada aquí como ejemplo de otro seudoespecífico.

La historia de la tuberculosis está repleta de ejemplos semejantes. Recibidos con entusiasmo al principio, esos supuestos remedios han resultado después tristes fracasos, y en ese sentido no debe olvidarse la psicología del tuberculoso, individuo optimista, si los hay, que jamás pierde las esperanzas de curarse. Al ensayar en él una medicina nueva, muéstrase muy propenso a reaccionar favorablemente, en particular si sabe que está considerada como específico. Una buena regla que todos los médicos deberían seguir, es jamás utilizar clínicamente una sustancia nueva, sino después de comprobar su valor en la tuberculosis experimental. Si no cura ni mejora el mal en los animales, sería ilógico esperar que lo hiciera en el hombre, y esa es la única manera de evitar que los medicamentos nuevos hagan daño. Bien larga es la lista de medicamentos que han sido probados como remedios antituberculosos, siendo algunos de los que han sido objeto de más atención: creosota, ictiol, ácido cinámico, arsénico, yodo, mercurio, oro, cobre, cadmio, calcio, aceite de chaulmugra, aceite de hígado de bacalao y ergosterina irradiada. Muy pocos de ellos exigen comentario aquí.

El *aceite de hígado de bacalao* ha tolerado la prueba suprema del tiempo. Empleado empíricamente al principio, todavía es utilizado extensamente. Hoy día se correlacionan sus efectos principalmente con el contenido de vitamina D, la cual excita las fuerzas regenerativas del organismo, en particular exaltando el metabolismo cálcico y fosfórico.

Recientemente, la *ergosterina* irradiada, o ergosterol activado, principio activo del aceite de hígado de bacalao, va sustituyendo a éste, sobre todo cuando no se tolera bien el aceite. Experimentalmente, hay motivos para creer que la ergosterina acrecienta la absorción de calcio, y en menor grado, de fósforo, en el aparato digestivo, y los concentra más en la circulación. Dada esa movilización orgánica del calcio, se espera que se deposite en las lesiones tuberculosas, y así se ha demostrado en los animales. Sin embargo, también

ha sido descubierto que las dosis excesivas o tóxicas producen alteraciones degenerativas en la aorta, riñón y otros órganos del animal, de modo que la posología debe ser cuidadosamente graduada para el hombre, a fin de que resulte inocua. Agreguemos que la ergosterina irradiada se halla todavía en el período de experimentación en la tuberculosis.

El *calcio* es otro medicamento que ha sido probado en la tuberculosis desde hace mucho tiempo. En la hemoptisis, aunque aparentemente indicado, parece absolutamente ineficaz. Por vía venosa, el cloruro de calcio aporta alivio sintomático en la tuberculosis intestinal. El gluconato de calcio, producto nuevo, no posee superioridad sobre las otras sales cálcicas, salvo que puede ser administrado por vía muscular sin provocar graves reacciones locales. La relación del calcio, la ergosterina irradiada, paratiroides y luz solar en la terapéutica, es acreedora a estudios más detenidos.

Últimamente se ha revivido la auroterapia en la tuberculosis, en forma de tiosulfato de oro y sodio, con el nombre de *sanocrisina*, proclamada en Europa casi específica hace algunos años. Todavía se emplea allí, y en América en menor escala. A pesar de los asertos favorables, no puede ser considerada como específico, pues no ejerce efecto bactericida demostrado sobre los bacilos tuberculosos en el cuerpo; sus partidarios más ardientes reconocen que no deja de poseer su toxicidad; y como 10 por ciento de los enfermos manifiestan reacciones. Las manifestaciones de intolerancia consisten bien en vómito, diarrea, albuminuria, hemoptisis, fiebre, o eritema escarlatinoideo, señales todas ésas de alarma, que aconsejan la suspensión del medicamento. El valor de la sanocrisina en la tuberculosis, para no decir más, es dudoso, y no suplantarán las antiguas medidas terapéuticas ya comprobadas.

Mientras discutimos la medicación en la tuberculosis, conviene hacer notar que esos enfermos revelan una inclinación poderosa a emplear medicinas anunciadas y patentadas, de lo cual se aprovechan los charlatanes, haciendo pasar sus pocimas como "remedios." Este hábito de la automedicación puede entrañar daño incalculable.

Cirugía.—Antes de recomendar la cirugía a un tuberculoso, debe haber transcurrido un período por lo menos de seis meses de tratamiento médico sin revelar mejoría significativa. Sólo entonces, si no existen contraindicaciones, debe ofrecerse alguna forma de colapso-terapia.

El *neumotórax* artificial es la primera elección, pues es el que ha obtenido más éxito en el mayor número de enfermos, y está indicado siempre que un pulmón se halle comparativamente libre de lesiones activas. La forma fibrocásica crónica de la enfermedad es la más apropiada para él. Los casos neumónicos y bronconeumónicos caseosos no reaccionan tan bien, pero si se obtiene un aplastamiento satisfactorio, pueden mejorar rápidamente. Hay que consignar dos excepciones a la regla anterior de un período prolongado de observación antes de iniciar el neumotórax terapéutico: la primera hállese representada por los casos de cavernas unilaterales bien definidas en

que no cabe esperar mejoría espontánea; y la otra está constituida por los casos de hemoptisis repetidas. En ambos grupos no debe demorarse la intervención quirúrgica.

Si hay derrames pleurales tuberculosos, debe extraerse el líquido, suplantándolo con aire. Después hay que continuar el neumotórax terapéutico en la mayoría de esos enfermos. Si es posible, un neumotórax espontáneo debe convertirse en artificial.

Las contraindicaciones del neumotórax terapéutico consisten en grave afección cardíaca o renal, asma, y todas las lesiones tuberculosas extrapulmonares de gravedad. La tuberculosis laríngea puede constituir una excepción, con tal que no afecte la epiglotis o faringe, obstaculizando la alimentación.

Si la presencia de adherencias impide practicar un neumotórax satisfactorio, debe probarse la neumolisis intrapleural; pero esa operación, introducida por Jacobeus, no puede ser realizada sin alguna experiencia. Por un espacio intercostal hay que introducir el toracoscopio, a fin de visualizar las adherencias. Estas luego se resecan con un galvanocauterio especial introducido por el espacio intercostal más conveniente. Con este procedimiento, un neumotórax parcial e inútil, conviértese frecuentemente en completo, sobreviniendo rara vez hemorragia en manos avezadas. El derrame pleural, complicación frecuente, rara vez resulta grave.

Los enfermos en que no puede verificarse el neumotórax artificial, son individuos apropiados para otras formas de la cirugía torácica, y en ellos la frenicectomía es la operación de elección. Sus beneficios se deben a evocar parálisis unilateral del diafragma y su subsecuente elevación en el tórax, lo cual produce una compresión parcial del pulmón, y el descanso y dilatación respiratorios dimanantes del cese de los movimientos de succión para arriba y para abajo. Esta operación, por sí sola, ha logrado a menudo el completo estacionamiento de las lesiones tuberculosas limitadas al pulmón correspondiente, y cavernas de paredes delgadas en distintas partes del campo pulmonar, se han cerrado y curado debido a la fibrosis que evoca. En ocasiones, también ha cohibido la hemoptisis. La exéresis del nervio frénico es utilizada, además, como coadyuvante de otras operaciones, y Alexander y otros la han recomendado como complemento del neumotórax terapéutico. Al abandonar un neumotórax prolongado, restan a menudo dudas acerca de si el pulmón aplastado podrá reexpandirse suficientemente para llenar la cavidad pleural sin un desplazamiento molesto del mediastino. Cuando la patología pulmonar previa era extensa o cavernosa, se sobrepone el peligro de la reactivación producida por la separación de las lesiones fibróticas. Un diafragma paralizado, al elevarse, puede ocupar suficiente espacio e impedir así esos percances. Además, proporcionará cierto descanso al pulmón debilitado, lo cual constituye un seguro contra las recaídas cuando el enfermo reanuda su vida habitual.

Como tiempo preliminar de la toracoplastia extrapleural, una freni-
cectomía prepara al enfermo para la operación mayor, y también
actúa como necesaria prueba de la actividad de cualquiera lesión
contralateral.

La *toracoplastia extrapleural* sólo puede ser recomendada tras una
detenida observación clínica por un tisiólogo avezado. Tal vez se
halle justificada en enfermos en que fracasa el neumotórax debido a
extensas adherencias pleurales. Los casos más propicios son los
fibrosos y fibrocáseos crónicos, de distribución unilateral. Esa
operación jamás debe ser probada sin experiencia anterior, pues sólo
en condiciones ideales de selección cuidadosa de los enfermos, técnica
operatoria experta y asistencia postoperatoria, deja la mortalidad
de ser excesiva, y puede esperarse el estacionamiento del mal en la
tercera parte a la mitad de los enfermos, cuyo resultado es muy
satisfactorio, dado los enfermos casi desahuciados de que se trata.
En condiciones menos favorables, la toracoplastia extrapleural acusa
una mortalidad elevada y un porcentaje cada vez menor de estaciona-
mientos permanentes.

El *oleotórax* es una innovación reciente. Consiste en inyectar
gomenol en petróleo, u otro aceite esterilizado, en la cavidad pleural,
a fin de aplastar el pulmón. Operación más complicada que el
neumotórax, debe reservarse para los casos excepcionales, y su indica-
ción más urgente parece residir en el pionesumotórax. Todavía es
demasiado temprano para decidir si esa operación es una moda pasa-
jera, o debe ser considerada seriamente.

La falta de espacio sólo permite mencionar de paso otros procedi-
mientos operatorios para la tuberculosis, a saber, neurectomía inter-
costal, neumolisis extrapleural, inyección de alcohol en el nervio
laríngeo superior, neumoperitoneo, y excisión de las lesiones tuber-
culosas de los huesos, ganglios linfáticos, intestinos y riñón.

CONCLUSIONES

(1) Minuciosas investigaciones han revelado la futilidad de la
quimioterapia en la tuberculosis. Los medicamentos son meros
paliativos.

(2) Todavía es indispensable el lento mas comprobado sistema del
descanso, el aire puro y el alimento apropiado. Los medios de diag-
nóstico temprano, atención individual y cuidado especializado que
ofrecen los modernos sanatorios, son auxiliares en ese tratamiento.

(3) El establecimiento del colapso quirúrgico como medio bien
definido para estacionar la enfermedad, puede ser considerado como
el adelanto mayor hasta ahora logrado en el tratamiento de la tuber-
culosis pulmonar.

PUBLICACIONES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Sin numerar:

Actas de las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Español.

- No. 1.—Prevencción de las Enfermedades Transmisibles. 60 páginas.
 No. 2.—Código Telegráfico. 34 páginas. (Exclusivamente para uso de las autoridades nacionales internacionales de sanidad.)
 No. 3.—Higiene Pre-natal. 7 páginas.
 No. 4.—Higiene de la Leche. 10 páginas.
 No. 5.—Ordenanza Modelo para Leche. 11 páginas.
 No. 6.—La Rala. 12 páginas.
 No. 7.—Organización del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos. 26 páginas.
 No. 8.—O Surto Epidémico de Febre Amarella no Rio de Janeiro. 13 páginas.
 No. 9.—La Profilaxis del Bocio Endémico. 10 páginas.
 No. 10.—Higiene de la Infancia. 6 páginas.
 No. 11.—El A B C de la Sanidad: Organización. 15 páginas.
 No. 12.—Contagio e Prophylaxia da Tuberculose. 16 páginas.
 No. 13.—Uso del Cloro en la Purificación del Agua. 15 páginas.
 No. 14.—Organização dos Serviços de Saúde Publica nos Estados Unidos da America do Norte. 14 páginas.
 No. 15.—Reglas de Higiene Infantil. 2 páginas.
 No. 16.—Higiene Pro-Escolar. 3 páginas.
 No. 17.—Conservación de la Vista. 6 páginas.
 No. 18.—El Control de las Enfermedades Transmisibles. 35 páginas.
 No. 19.—Colecta, Examen e Identificación de las Pulgas Murinas. 11 páginas.
 No. 20.—Código Sanitario Pan-Americano. 20 páginas. Portugués.
 No. 21.—El Paludismo: Modo de Preaverlo. 4 páginas.
 No. 22.—El Cuidado de la Sífilis en la Práctica General. 33 páginas.
 No. 23.—Meningitis Cerebroespinal Epidémica (Meningocócica). 4 páginas.
 No. 24.—Los Derechos del Niño. 4 páginas.
 No. 25.—Amígdalas y Adenoides (Vegetaciones Adenoideas). 6 páginas.
 No. 26.—Tifoidea: Su Causa y Profilaxia. 4 páginas.
 No. 27.—La Sanidad a Través de los Siglos. 24 páginas.
 No. 28.—Diagnóstico del Paludismo. 9 páginas.
 No. 29.—Tos Ferina. 4 páginas.
 No. 30.—Tratamiento del Paludismo. 4 páginas.
 No. 31.—Natalidad, Mortalidad Infantil y Mortalidad Puerperal en las Américas. 62 páginas.
 No. 32.—Uncinariasis. 6 páginas.
 No. 33.—Tuberculosis de Tipo Infantil. 8 páginas.
 No. 34.—El Verde de París.
 No. 35.—El Parasitismo Intestinal. 5 páginas.
 No. 36.—Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte. 16 páginas.
 No. 37.—El Interrogatorio en el Diagnóstico Preeoz de la Tuberculosis Pulmonar. 3 páginas.
 No. 38.—Tipos de Organização Sanitaria. 3 páginas.
 No. 39.—O Diagnóstico da Saúde. 9 páginas.
 No. 40.—Cáncer. 9 páginas.
 No. 41.—La Higiene y Protección del Niño. 25 páginas.
 No. 42.—Cuidado de la Madre. 21 páginas.
 No. 43.—Código Sanitario Panamericano. 23 páginas.
 No. 44.—Nuevo Concepto de la Nutrición. 17 páginas.
 No. 45.—La Declaración Obligatoria del Embarazo. 10 páginas.
 No. 46.—La Difteria en el Trópico. 15 páginas.
 No. 47.—Los Censos en Sanidad y en Epidemiología. 13 páginas.
 No. 48.—Higiene Comunal para el Pre-escolar. 5 páginas.
 No. 49.—El Diagnóstico de la Febre Amarilla. 14 páginas.
 No. 50.—Acta Final, II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad. 16 páginas.
 No. 51.—Milk. 8 páginas.
 No. 52.—Summary of Proceedings, II Pan American Conference of National Directors of Health. 14 páginas.
 No. 53.—Vacunación Antidiftérica. 8 páginas.
 No. 54.—Grasas Blancas (Manteca). 6 páginas.
 No. 55.—A Luta Anti-Larvaria no Impaludismo. 6 páginas.
 No. 56.—Acte Final, II Conferencia Pan-Americaine des Directeurs des Services Nationaux d'Hygiène Publique. En prensa.
 No. 57.—Diagnóstico Retrospectivo de la Febre Amarilla. 6 páginas.
 No. 58.—El Problema de la Alimentación en el Uruguay. 9 páginas.
 No. 59.—A Luta Contra a Febre-Amarella. 8 páginas.
 No. 60.—Actas Generales, II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad. 241 páginas.
 No. 61.—Inmunización Profiláctica de los Recién Nacidos con BCG. 22 páginas.
 No. 62.—Epidemiología de la Lepra. 5 páginas.
 No. 63.—Fumigantes. 21 páginas.
 No. 64.—Clasificación de las Bacterias. 3 páginas.
 No. 65.—La Higiene Mental. 11 páginas.
 No. 66.—Creación de un Area de Notificación de la Mortalidad. 6 páginas.
 No. 67.—A Desratização no Rio de Janeiro. 6 páginas.
 No. 68.—Vacunación Antitífica por la Via Oral. 15 páginas.
 No. 69.—Educación Física. 6 páginas.
 No. 70.—Diagnóstico de la Tuberculosis. 6 páginas.
 No. 71.—Leprosario de Carville. 9 páginas.
 No. 72.—Higiene Rural. 16 páginas.
 No. 73.—Ventilación de las Escuelas. 2 páginas.
 No. 74.—El Cultivo de la Quina. 24 páginas.
 No. 75.—Oncoerciasis. 9 páginas.
 No. 76.—Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. 9 páginas.