

Estos nodulillos están reforzados por una red fibrosa; en su fase aguda se rodean de una valla de linfocitos y posteriormente de un tejido inespecífico de granulación que los aísla de las zonas vecinas (granuloma). Esta forma de respuesta histológica se limita con frecuencia a las zonas acinosas, puede ofrecer macroscópicamente el aspecto de una hoja de trébol.

Junto a estas formas fundamentales de la reacción histica tuberculosa existen generalmente otras alteraciones secundarias: a).—Ambos pueden curar totalmente por reabsorción, pero por lo general dejan una cicatriz inespecífica, o a través de un nódulo fibroso una cicatriz específica retráctil. b).—Cuando la inflamación ha adquirido mayor tamaño, puede producirse una necrosis de color gris amarillento. c).—Si se produce el reblandecimiento del caseo aparece una caverna, y entonces en el esputo no solo encontramos bacilos de Koch, sino también fibras elásticas. La caverna, rica en bacterias, es un peligro para el organismo pero todavía puede curar.

Las cavernas se producen por el vaciamiento, a través del árbol bronquial del caseo reblandecido por la adición de líquidos y los fermentos proteolíticos leucocitarios.

Así como en un absceso subcutáneo el vaciamiento del pus es siempre, favorable, la supuración tuberculosa del pulmón, expulsada mediante tos, encierra el peligro de diseminar grandes cantidades de bacilos; en primer lugar se halla expuesto el sistema bronquial (tuberculosis bronquial) pero también puede provocar la formación de nuevos focos en otras zonas que hasta entonces estaban sanas.

También es peligrosa la rotura de una caverna con su perforación en el espacio pleural, pues entonces se produce un pnoneumotórax. Este tiene el carácter de un neumotórax valvular; es decir que aumenta con la inspiración, mientras que la fistula situada en el sitio de la perforación se cierra durante la espiración. El resultado es una compresión pulmonar progresiva con peligro de desplazamiento de los grandes vasos y funestas consecuencias para la circulación. Generalmente dentro de la caverna hay infección mixta, emigrando los gérmenes a la pleura a través de la fistula, de tal modo que el empiema resultante es también piógeno.

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO.

Lo fundamental es la búsqueda del bacilo tuberculoso. Si hay esputos debe anotarse su aspecto, condiciones físicas, cantidad diaria, eventual, presencia de sangre, etc. Las partículas purulentas se extienden sobre un portaobjetos y se tiñen con el método de Ziehl Neelsen.

A veces se hace necesario tratar al esputo con diferentes soluciones, que permiten un enriquecimiento con concentración de los bacilos (método de la homogeneización con antiformina). También puede buscarse el bacilo en el contenido gástrico en ayunas o en el producto de un lavado de estómago, que puede obtenerse con la sonda fina de Einhorn, esto debe hacerse cuando el enfermo no tiene esputos. En este caso también puede obtenerse moco faríngeo o laríngeo en ayunas.

Para que sea positiva una siembra basta una pequeña cantidad de bacilos, pueden sembrarse directamente los productos obtenidos de manera estéril, mientras que los demás deben prepararse durante 10 minutos con la solución ácido sulfúrico al 6 o 10%. Hay medios de cultivos líquidos, como los de Kuchner, Saicton, etc., o sólidos como los de John, Petraghani, Lowenstein; sin embargo, lo más sensible de todo es la inoculación en animales.

La velocidad de sedimentación suele acelerarse mucho en las tuberculosis pulmonares agudas, extensas y exudativas. Sin embargo, puede ser normal (en el 10% de los casos) incluso cuando hay un infiltrado precoz con imagen roetgenológica, siendo entonces expresión de que se encuentra en marcha procesos de adaptación entre el organismo y la enfermedad. Cuando más bajos sean los valores de la sedimentación o cuando más se aproximen a la normalidad por las medidas terapéuticas, tanto mejor es el pronóstico de la enfermedad, siempre que el cuadro clínico restante no indique que estamos en presencia de una energía como ocurre en los procesos más graves (tuberculosis miliar, meningitis tuberculosa, etc.), cuando persisten cifras altas, a pesar de que la tuberculosis se estabiliza hay que buscar la posible existencia de focos extrapulmonares o hacer las pertinentes consideraciones de diagnóstico diferencial. La velocidad de sedimentación alta es una contraindicación para tomar decisiones quirúrgicas.

Del cuadro hemático solo se derivan indicaciones terapéuticas al comienzo de la enfermedad o cuando hay complicaciones. En los cuadros muy tóxicos o febriles hay con frecuencia una anemia que se debe en parte a la acción tóxica directa sobre la médula ósea y en parte también a las necesidades de hierro, que requiere la defensa celular frente a la infección con la cual sufre la síntesis hemoglobínica. La administración de hierro no ayuda mucho, hasta que las cifras de hemoglobina y eritrocitos se normalizan, cuando cesa el cuadro tóxico. En enfermos con la superficie respiratoria disminuida por la enfermedad, sus alteraciones secundarias a las medidas terapéuticas, puede haber un aumento de eritrocitos y de hemoglobina. Debe interpretarse como un intento de compensación por parte de la respiración interna. Estos enfermos no deben someterse a curas de alturas.

Las cifras altas de leucocitos solo aparecen en tuberculosis pulmo-