

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

De la *Revista Internacional de la Tuberculosis* (Febrero 1908)

CALMETTE.—Diagnóstico de la tuberculosis en el hombre, por la oftalmo-reacción del Tuberculin-Test del Instituto Pasteur de Lille.

El descubrimiento reciente de la reacción específica de la conjuntiva ocular con la instalación de tuberculina, en los sujetos sospechados de tuberculosis, es, con seguridad, un acontecimiento en medicina clínica.

Dicha *oftalmo-reacción* es, efectivamente, un medio á la vez cómodo, seguro y anodino de diagnosticar todas las variedades de tuberculosis latente, y ésto en el período más precoz de la afección, lo mismo en los niños que en los adultos, hasta en los febricitantes. Está por tanto llamada á desempeñar importante papel en medicina y cirugía clínicas, en los hospitales como en la clientela de los particulares, en medicina militar, en todas las especialidades — ginecología, obstetricia, urología, oftalmología, laringología, rinología, otología, dermatología, pediatría, neurología, psiquiatría — y en arte veterinario.

La oftalmo-reacción, en cuanto á método de exploración clínica fué elaborada en Francia por Calmette, director del Instituto Pasteur de Lille. Fueron por completo conformadas las observaciones de dicho sabio, primero por una pléyade de clínicos franceses (Comby, Dufour, Leroix, Bzy, Lépime, Marie, Mongour), luego en Alemania (Citron, Eppenstein), en Bélgica (Nétraux) y en Italia (Calzolaji).

En la actualidad la oftalmo-reacción con la tuberculina la emplean corrientemente los médicos franceses que utilizan con tal objeto el Tuberculin-Test preparado por el Instituto Pasteur de Lille.

Expéndese en ampollas, siendo sencillísimo el modo de emplearlas; se quita la capucha de goma y se rompe la punta delgada por la referida capucha; vuélvese á colocar ésta, sujetando horizontalmente el tubo; rómpese el otro extremo del cuenta gotas, en el signo señalado con lima.

Está el cuenta-gotas, listo para servir.

Contiene varias-gotas de tuberculina. Se dejan caer una ó dos gotas sobre la conjuntiva de uno de los ojos del sujeto á experimentar, de preferencia hacia el ángulo interno, manteniendo separados los párpados durante poco tiempo.

Tratada de esa manera, la persona no experimentará molestia alguna ni dolor y podrá seguir ocupándose de sus quehaceres normales. Si no es tuberculosa, no se producirá reacción alguna.

Si la aquejan lesiones tuberculosas aun muy benignas sin repercusión sobre la salud general, la conjuntiva palpebral inferior y la carúncula del ojo tuberculinado empiezan á enrojecer ya á la tercera hora. Acentúase poco á la inyección vascular y va acompañada de lagrimeo. Al cabo de seis horas; hínchase la carúncula, y cúbrese el ojo de una tenue capa fibrinosa que se acumula en filamentos en la bolsa conjuntival inferior.

Obsérvase la reacción máxima entre seis y diez y seis horas. No va acompañada de elevación de temperatura alguna.

No se producen ni quémosis ni dolor; únicamente algo de molestia en relación con el lagrimeo. Desaparece éste y vuelve todo al estado normal, transcurridas de cuarenta y ocho horas á tres días.

Es fácil apreciar la intensidad de la reacción examinando comparativamente el ojo que no ha recibido Tuberculin-Test.

DUMOULIN.—Tuberculosis ganglionar íleo-cecal, con integridad del apéndice y que dió lugar á signos de apendicitis. (*Soc. de Cir. de París.* 15 de Mayo).

Dumoulin comunica ésta observación dirigida á la Sociedad por Massoulard (de Froyes).

Se trata de una joven que en el curso de estos últimos años tuvo muchas crisis abdominales que simulaban la apendicitis, y que presentaba además una masa pequeña é indurada en la región íleo-cecal. Se hizo el diagnóstico de apendicitis crónica á recaídas.

En la operación se vió que el ciego y el apéndice estaban sanos de aspecto, y que el tumor que se percibía á la palpación era formado por masas ganglionares íleo y pericecales. Estos ganglios fueron estirpados al mismo tiempo que el apéndice que examinado por el microscopio se encontró sano; ni siquiera había trazas de foliculitis; aun menos de tuberculosis.

Ese es un ejemplo nuevo de esas adenitis mesentéricas tuberculosas que pueden desarrollarse sin que el intestino presente la menor lesión tuberculosa; esos casos no sorprenden, pues hoy sabemos que el bacilo tuberculoso puede

atravesar las túnicas del intestino sin dejar en ellas trazas de su paso.

BUSQUET.—De la transmisión de las enfermedades infecciosas por los billetes de tranvías. (*Gaz. heb. d. Soc. Med. Burdeos*).

El público no se da cuenta del peligro que reside en la saliva bajo forma de fermentos sépticos. No sólo los tuberculosos, los sífilíticos y los diftéricos son susceptibles de diseminar su afección; la saliva del hombre sano constituye un peligro también, pues contiene ciertos microbios que bajo influencias diversas pueden recuperar sus propiedades virulentas.

El doctor Busquet señala en particular el peligro de los billetes de tranvías que el empleado impregna de saliva para su repartición. El viajero consciente del daño que puede correr, no sabe por donde tomar el billete ensalivado que le dan.

Con un examen bacteriológico, el autor encontró que diez billetes ensuciados por la saliva de 5 conductores diferentes presentaban todos muchos gérmenes virulentos (*estreptococcus*) y dos patógenos (*neumococcus* y pseudo *Löffler*).

Es pues importante instruir al público de esa verdad: la saliva debe tenerse siempre por sospechosa, sino por nociva. Además, las compañías y administraciones respectivas deberían recomendar á su personal que no inpregnen de saliva los objetos que presentan al público.

H. SAHLI (*Berne*)—El tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina.

«Las inyecciones masivas y repetidas de sueros antitóxicos dan lugar á la formación en el organismo de antitoxinas que *contribuyen* al desarrollo de la enfermedad.

El porvenir de la seropatia antituberculosa parece pues muy obscuro mientras que no se introduzca un principio nuevo en la vía tan trillada de la seroterapia actual, en la cual los que buzcan giran alrededor del mismo círculo, sin avanzar un paso desde ya largo tiempo.....»

Esta frase, que es una de la que terminan la obra del profesor Sahli, podría colocarse como epígrafe de éste. El clínico de Berna es en efecto un apóstol convencido de la *tuberculina-terapia* de la infección tuberculosa; y es á ese método terapéutico que él ha consagrado su reciente obra cuya traducción agradecemos á los doctores Guder y Pallard, de Ginebra.

No podemos prescindir de considerar el tratamiento por la tuberculina, como uno de los grandes progresos realizados

en estos últimos tiempos en la lucha contra la tuberculosis.

Hoy las tuberculinas son numerosas: hay la serie de Koch las de Denis, de Bhering, de Beraneck, etc. El autor prefiere esta última.

Su acción terapéutica, empleada la tuberculina según algunas reglas bien definidas, consiste en una acción inmunizante activa que se obtiene introduciendo en el organismo dosis lentamente progresivas, con el fin de hacerlo insensible á la acción del veneno químico tuberculoso, por *mitridatismo* ó hábito adquirido para ese veneno.

Ese método lento y progresivo es el único que no es arma de dos filos, y que permite emplear eficazmente la tuberculina como agente profiláctico.

El profesor Sahli considera las inyecciones de tuberculina, practicadas según las reglas y dosis que él preconiza como absolutamente inofensivas, y por ello no duda en recomendarlas como ensayo y como medio diagnóstical en los casos dudosos. Y cree que la tubercolina-terapia está llamada á jugar un papel benéfico, análogo al de la vacuna en la lucha contra la viruela.

Se concibe todo el interés del libro en que está expuesto ese método. En la rica literatura sobre la tuberculino-terapia, son raras, no ausentes, las obras que dan un informe general y clínico de la cuestión. El práctico renuncia á encontrarse en un laberinto de detalles embrollados y cesa por ello de ponerse al corriente del progreso de la ciencia. Para él es que ha escrito su obra el Profesor Sahli, cuya lectura no necesitamos recomendar.

BRAILLON (*de Amiens*).—La sífilis que se asemeja á la tuberculosis. (*Méd. pract.*, 5 novembre 1907).

Como muchos ejemplos le prueban, la sífilis puede simular casi absolutamente al nivel de los pulmones, de las sinoviales y de las meninges, las localizaciones tuberculosas correspondientes y el único elemento de diagnóstico diferencial podría no ser sino el tratamiento específico. Pero muchas veces ningún indicio permitirá suponer la existencia de la sífilis en la historia patológica del enfermo. Hay pues que hacer un examen muy minucioso y buscar los estígmata de una infección específica más ó menos antigua, en los tegumentos y mucosas y por la exploración del sistema nervioso y en particular de los reflejos pupilares (Babinsky).

En esos casos puede ser muy útil la oftalmo-reacción. En uno de nuestros enfermos sífilíticos, atacado de accidentes pulmonares recientes que nos hacían dudar si eran de naturaleza tuberculosa ó específica, cuando la busca del báculo de Koch en los esputos fué negativa, la oftalmo-reacción

fué positiva y nos mostró que la tuberculosis entrando en escena, había relegado la sífilis al segundo puesto.

La oftalmo-reacción es preciosa en casos negativos; en un enfermo con accidentes en evolución apesar de las apariencias, hay que pensar en una pseudo-tuberculosis, y que otro agente debe ser incriminado. La sífilis debe tomar entonces el primer rango en las preocupaciones del médico, y se ocurrirá al tratamiento específico. Pero hay que saber sin embargo, para que éste tratamiento dé resultados definitivos, debe ser manejado con energía y perseverancia.

CABOCHE.—La tuberculosis nasal. (*An. des mal. de l'oreille* 1907).

El autor admite que lupus y tuberculosis nasal deben ser objeto de un capítulo único; la tuberculosis pituitaria cesa entonces de ser una rareza clínica y he aquí como pueden ser consideradas su sintomatología y su terapéutica.

I. Una primera forma, rara, secundaria, sin interés para el práctico es la *tuberculosis nasal granulíca militar*. Levantando el lóbulo de la nariz se ven sobre la cabeza del cornete inferior, algunas granulaciones grises, translúcidas, con ulceraciones superficiales á bordes despegados, rodeadas de tubérculos miliares. Se trata de una localización siempre secundaria á una tisis pulmonar; su pronóstico depende de esta noción etiológica y su terapéutica pertenece al tratamiento general.

II. La segunda forma, mucho más frecuente es *lupus de las fosas nasales*, que se desarrolla con preferencia en el bello sexo, á la edad media de la vida, sobre un terreno escrofuloso. Es una lesión local primitiva independiente de toda lesión pulmonar. Coexiste frecuentemente con el lupus de la cara. Los clásicos creen en una infección cutánea; Caboché, contrario, lo considera como de origen pituitario.

a) *La manera de comenzar el lupus nasal tiene una importancia práctica, grande*, pues se trata de fenómenos exteriores inmediatamente visibles: principio lagrimal por un lagrimeo rebelde; principio por una linfangitis del lóbulo, de marcha tórpida, á repetición y con aspecto hinchado y rosado de la extremidad de la nariz; principio por un impétigo tenaz del vestíbulo; Caboché cree con Lenglet que ciertos eczemas de las fosas nasales pueden ser una manifestación tuberculosa.

b) El lupus de la pituitaria *puede revestir cuatro aspectos*: 1º El *lupus nodular*, que constituye la lesión elemental; tiene por asiento la parte anterior de las fosas nasales y está formado de mamelones rodeados por surcos. El mamelón es un nódulo rosáceo pálido grande como dos á tres

cabeza de alfiler, cubierto por una mucosa despulida y sin brillo, y blando al contacto del estilete. Lo rodean algunos surquitos irregulares, exulcerados ó cicatriciales. El conjunto de estos nódulos y surcos forma una infiltración mame-lonada característica. 2º El *lupus vegetante* se parece á los mapas de geografía en relieve. Es una hiperplasia blanda, rosada pálida, constituida por minúsculas colinas, de aspecto muriforme y separadas por pequeños valles; 3º El *tumor lúpico*, más raro en rosa pálido, de tamaño de una nuecesilla, de aspecto liso, no se reconoce sino porque ordinariamente acompaña las otras formas. 4º El *lupus ulceroso* resulta de las variedades precedentes: ulceración con bordes irregulares, fondo granuloso, rodeado por una mucosa lúpica. Tiene por asiento sobre todo el sistema cartilaginoso y determina con frecuencia la perforación del tabique.

c) Las adenitis son frecuentes. En ausencia de lesiones de la cara, las adenitis genianas y parotídeas deben hacer pensar en una tuberculosis pituitaria.

La *marcha* es lenta, tórpida é insidiosa; el lupus tiende á curar espontáneamente, pero las recidivas son frecuentes. Una atresia de las narices traduce á menudo la curación de un antiguo lupus.

Las complicaciones son numerosas; extensión á la piel, á las vías lagrimales y al oído.

b) El *diagnóstico* facilita la existencia de una lesión concomitante de la cara. Hay que reconocer la lesión elemental, nódulo y surco, en los sitios de elección, septum y suelo del mento, para descubrir el lupus.

Muchas veces el diagnóstico será dudoso entre *lupus y sífilis*. La sífilis terciaria da en efecto una infiltración difusa del tabique y los cornetes inferiores; pero esa infiltración es lisa, rápida, acompañada de cefálea, de dolores al nivel de los huesos propios de la nariz y termina por una lesión ósea. La sífilis causa frecuentemente una perforación del tabique, pero se produce en el tabique *óseo*, mientras que la lúpica se produce en el tabique *cartilaginoso*.

e) El *tratamiento* es sobre todo *general*: superalimentación, aire puro etc.

El *tratamiento local* varía con la *variedad* y la extensión del lupus:

1º En el *lupus limitado y no vegetante*, las *cauterizaciones ígneas* con rayas de fuego al galvano-cauterio, paralelas y cortadas por otras perpendiculares; profundas para alcanzar el límite de las lesiones. La radioterapia, fototerapia, radiumterapia, aire caliente, etc., pueden ser utilizadas.

2º En el *lupus poco extenso pero vegetante*, debe hacerse el *raspado de las fungosidades con apósitos consecuti-*

vos de ácido láctico. El raspado será minucioso. El apósito se hace con tapones de algodón impregnados de ácido láctico puro y acumulados en las fosas nasales. Esa cura dolorosa, debe quedar en su sitio durante 15 á 30 minutos. También puede cauterizarse, al yoduro de mercurio.

Se han empleado con éxito los apósitos al *natron* (mirra, oliban y bdelium).

3º Si se trata de un *lupus muy extenso y vegetante*, el mismo tratamiento será aplicado, pero mejor el hacer entonces *el raspado bajo el cloroformo*.

ROBIN.—Tratamiento de las adenitis tuberculosas. (*Soc. de. est. cient. sobre la tub.*, 12 dic. 1907).

He aquí el tratamiento local empleado por Calot y que da resultados muy satisfactorios. Pero antes quiero hablar de una de las contraindicaciones del envío al borde del mar, de los enfermos con adenitis tuberculosas. Barbier sostenía y yo había aceptado su opinión que las adenitis voluminosas recientes, exponían los niños en los climas marinos, á accesos tuberculosos y á meningitis. Pero un estudio profundo que hice en Berck, me demostró que ese peligro era ilusorio. Millares de niños han pasado por el Hospital Rothschild y por el Hospital Cazin-Perrochaud, y en el curso de éstos últimos años Calot no ha observado un solo caso de meningitis tuberculosa; se puede pues, enviar sin temor á las playas los niños con tuberculosis ganglionares aunque sean voluminosas y recientes, pero á la condición que no hayan sido operadas; la ausencia de meningitis ha sido observada por Calot en los niños no operados y sometidos por él á un tratamiento local no operatorio; al contrario, la meningitis tuberculosa no es absolutamente excepcional en los enfermitos que habían sido operados.

El tratamiento local que deseo exponer difiere según la naturaleza de las adenitis.

1º Cuando se trata de *adenitis blandas, supuradas* que dejan evacuar su contenido purulento por punción sin que salga sangre, hay que aplicar de una manera metódica y perseverante el tratamiento por las punciones seguidas de inyecciones modificadoras. Las punciones deben hacerse lo más á menudo posible y con las precauciones más minuciosas para respetar la integridad de la piel; la adenitis no debe volverse fistulosa, pues comprometería el resultado del tratamiento.

Como líquido modificador para inyectar, Calot rechaza el éter yodoformado que expone á accidentes por la distensión excesiva de los tegumentos por el éter: aconse-

ja el empleo del aceite yodoformado y creosolado según la fórmula siguiente:

Yodoformo.....	1 gr.
Éter.....	10 —
Aceite de almendras dulces.....	100 —
Creosota.....	2 —

En los casos ordinarios, la curación se obtiene en dos ó tres meses y después de unas veinte punciones; pero esos resultados favorables se obtienen sobre todo cuando se puede agregar la acción reconstituyente del clima marino.

2º En un segundo grupo hay que colocar las *adenitis* que á la punción dan un líquido teñido de sangre; entonces conviene abstenerse de hacer inyecciones modificadoras, y sólo deben practicarse las punciones seguidas de una compresión del saco ganglionar.

3º Un tercer grupo comprende las *adenitis duras*; es para ellas que yo había aconsejado la radioterapia y las inyecciones intersticiales de licor de Fowler. Abandono éstas conclusiones y acepto la opinión de Villemain y Kuss, quienes sostienen que debe buscarse la supuración de esas masas induradas, para hacerlas accesibles al tratamiento por las punciones seguidas de inyecciones.

Esta supuración ganglionar no debe abstenerse con la tuberculina á causa de la impasibilidad en que está de limitar el proceso inflamatorio y á causa también de la supuración posible de los ganglios tráqueo-brónquicos que con frecuencia participan en el proceso mórbido.

El agente terapéutico que debe emplearse es el *naftol alcanforado*, que provoca el reblandecimiento rápido de los ganglios indurados. Para evitar los accidentes que ese agente ha producido, basta diluir el naftol alcanforado en 6 veces su volumen de glicerina; ésta preparación se disuelve en el agua sin formar gotas flotantes. Se la emplea en inyecciones intraganglionares á la dosis inicial de 1/2 cc.; después se inyecta 1 y hasta 2 cc. pero no se pasa de esta dosis. Casi siempre el ganglio se reblandece. Sin embargo algunas veces los ganglios quedan duros y se hace una reacción inflamatoria esclerógena que retrae el ganglio y que es seguida frecuentemente de la retracción paralela de los ganglios vecinos.

4º Si la *adenitis* se ha hecho fistulosa, hay que impedir la infección del trayecto; se aplicará un apósito oclusivo y compresivo después de haber llenado el orificio de la fístula con yoduro doble del bismuto y de cinconidina es un polvo rojo cuyo color es debido al yodo combinado; éste polvo en contacto con las heridas, desprende yodo en estado naciente que ejerce una poderosa acción antiséptica.

5º En fin, se está en presencia de una cicatriz de es-crófulas, se puede corregirla al bisturí (puede formarse queloide), ó se acurre á la radioterapia.

MALGAT (de Niza).—La cura solar de la tuberculosis humana.

El doctor Malgat somete sus enfermos tísicos á la cura solar, y obtiene magníficos resultados.

A las 11 a.m. expone el paciente al sol, torso desnudo á caballo en una silla y con la cabeza al abrigo de los rayos solares. Es bueno empezar el tratamiento detrás de la ventana cerrada. La sesión no debe exceder de 20 minutos, y á menudo debe ser más corta, por ejemplo, cuando la intensidad química solar es muy elevada. En ese caso la sesión será de 5 ó 10 minutos. También hay que tener en cuenta la temperatura al sol: á 25 ó 27º hay que tomar precauciones para exponer el enfermo, el torso desnudo y la ventana abierta. A 40º ó más, hay que limitar la sesión á 10 minutos. En fin, según la temperatura del enfermo, debe variar la duración.

Es útil insolar el enfermo así: 10 minutos para la porción anterior del tórax y 10 minutos para la posterior. Pero como el corazón soporta mal las insolaciones (palpitaciones, síncope) hay que cubrir con un reflector de plata despulido la región cardíaca.

En seguida á las sesiones de insolación, se producen fenómenos congestivos al rededor de los focos invadidos. Entonces se cesa el tratamiento hasta la desaparición completa de esos fenómenos, para recomenzarlo luego. Hay que vigilar al enfermo y asegurarse que no hay congestión activa ni pasiva, pues se podría provocar la hemoptisis.

Jamás la insolación aumenta la temperatura y sólo en algunos casos hay unos décimos de grado más. Al contrario, con frecuencia hay una disminución de ella.

Los niños soportan muy bien la cura solar.

Las mujeres de piel blanca y fina no deben ser sometidas á sesiones largas y nunca durante la menstruación. Tampoco se recomienda la insolación al principio del embarazo; mientras que para las criadoras es útil.

El reumatismo tuberculoso se modifica muy pronto con la insolación.

Sucede lo mismo con las laringitis sin ulceraciones, y siempre es útil que cada tuberculoso, aun sin lesión laringea insole su laringe al mismo tiempo que su tórax.

Cuando se expone el cuerpo desnudo á los rayos solares, las ondas etéreas que corresponden á los rayos rojos infra-rojos, obran sobre los átomos y moléculas del

sistema nervioso. Las células cerebrales funcionan con mayor actividad, y por lo tanto, todos los órganos.

El primer efecto del tratamiento es una sensación de bienestar. Después de muchas sesiones de insolación, la palidez desaparece, las fuerzas vuelven, el apetito se despierta, la respiración es mejor, las digestiones son menos lentas y el sueño es suficiente.

Poco á poco aumentan los globulos rojos. El enfermo engorda (hasta tres kilos en un mes) sin superalimentación, de la cual el autor es enemigo declarado.

Los sudores nocturnos desaparecen rápidamente.

Las reglas vuelven en las amenorreicas.

Como el sujeto sano no presenta jamás fenómenos de congestión pulmonar si se insola, y el tuberculoso sí, ese es un medio de diagnóstico precoz y excelente.

Ninguna luz puede reemplazar la del sol. Los rayos del espectro que obran son los rojos como excitantes y los violetas y ultra-violetas como desinfectantes. Pero la luz violeta que mata los microbios no mata las leucocitos habituados hereditariamente á la actividad solar.

Al cabo de 20 insolaciones se encuentra aún el bacilo de Koch en los esputos pero sin asociaciones secundarias.

Cuando no está englobado en la células gigantes, el bacilo de Koch no resiste mejor la insolación; mientras que englobado es mucho más resistente.

En tuberculosos de 1^{er} grado, se obtiene la curación en 5 meses (16 por 23 casos).

En 2^o grado, es más larga y se han obtenido 8 curaciones en 21 casos.

En 3^o grado, curación en los apiréticos, y casi siempre precaria.

Se concluye que la luz solar es un remedio prodigioso, puesto que tiende á normalizar el organismo desfalleciente. Las opsoninas deben aumentar con la cura solar y así las probabilidades de curación son infinitamente mayores para los tuberculosos.

BARIÉ.— El volumen del corazón en la tuberculosis pulmonar. (*Bul. med.*, 6 nov. 1907).

La tuberculosis repercute sobre el corazón, provocando simples trastornos funcionales ó dando origen á lesiones ya del orden general, ya de naturaleza tuberculosa.

También puede la tuberculosis modificar el volumen del corazón en ciertas condiciones. Esta cuestión ha sido objeto de numerosas controversias.

Algunos como Bizot, Bouillaud y Laënnec consideraban

como habitual la disminución del volumen del corazón en los tuberculosos, sobre todo en los períodos avanzados de la enfermedad; otros como Rokitansky y Beneke, reconocían el hecho pero pensaban que la atrofia cardíaca era consecuencia de la estrechez del tórax tan frecuente en los tísicos.

Otros autores como Portal, declaraban que el corazón de los tísicos está ordinariamente dilatado, y más recientemente Jaccoud creyó que esa dilatación podía llegar hasta la insuficiencia de la tricúspide, lo cual sería un fenómeno feliz de compensación.

Esta opinión no prevaleció y Potain y Rendu hacen grandes reservas sobre esa hipótesis. En 77 casos de tuberculosis observados bajo ese punto de vista, he encontrado 43 con volumen cardíaco normal, 3 con aumento y 5 con disminución. Pero estos hechos no son idénticos en cuanto á las lesiones encontradas en la autopsia, pues mientras que el mayor número correspondía á la tuberculosis crónica común, otros correspondían á la tisis fibrosa: precisamente los de dilatación cardíaca. A decir verdad, éstos parecían estar menos bajo la dependencia de la tuberculosis que del enfisema, de la esclerosis pulmonar, de la dilatación brónquica, de la pleuresía crónica y de la sínfisis pleural más ó menos asociada á la tisis fibrosa. Esta dilatación cardíaca, casi permanente, llega á producir un estado asistólico grave; así se ha dicho con razón que esos tuberculosos mueren más bien por el corazón que por el pulmón.

Sin embargo, por rara que sea, la dilatación de las cavidades derechas puede encontrarse en el curso de la tisis crónica común ulcerosa, cuando el enfermo presenta ciertas condiciones que según mi criterio, constituyen los verdaderos factores de ésta dilatación. De éstas condiciones, enuncio las tres que me parecen capitales:

1º Cuando la tuberculosis está asociada á una cardiopatía orgánica, lo cual no es raro;

2º Cuando hay simultaneidad de la tuberculosis y de la estrechez de la arteria pulmonar;

3º Cuando la tuberculosis se complica con trastornos digestivos en ciertos neurópatas hiperexcitables y predispuestos. En el primer caso la dilatación cardíaca es la consecuencia de la cardiopatía preexistente; en el segundo el aumento del volumen del corazón se desarrolla por el hecho del obstáculo circulatorio y la elevación de la tensión en el dominio de la pequeña circulación; en el tercer caso, en fin, la dilatación del corazón es justificable del mecanismo que Potain y yo nos hemos esforzado en hacer conocer. Se sabe que en éstos casos se trata de un reflejo

partido de las vías digestivas y que produce la contracción espasmódica seguida de la elevación de tensión en la arteria pulmonar, la cual á su vez, engendra la dilatación de las cavidades derechas del corazón y en particular del ventrículo que en algunos casos puede desarrollar secundariamente, una insuficiencia funcional de la tricúspide.

Eso se manifiesta entonces por signos físicos habituales: pulso venoso verdadero, hepático y de las yugulares, soplo sistólico hacia la porción izquierda del apéndice xifoides, asociados á un complejo asistólico más ó menos acusado.

MONGOUR (de Bordeaux).—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las inyecciones de agua de mar isotónica. (*Prov. med.*)

El autor acaba de presentar á la *Academia de Medicina* una nota en la cual señala que el agua de mar está lejos de ser una panacea y que su empleo presenta serios peligros en los tuberculosos.

He aquí la nota:

En el Congreso Internacional de la Tuberculosis (1905) publiqué mis primeras observaciones sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las inyecciones de agua de mar isotónica (método Quinton). Para esa época contaba con 43 observaciones, y concluía así:

1º Que las inyecciones de agua de mar, aun á la dosis de 10 á 30 cc., provocaban en todos los tuberculosos pulmonares, accesos hipertérmicos de intensidad variable según el grado de la enfermedad.

2º Que estas inyecciones debían ser empleadas con mucha prudencia, pues en algunos casos parecía, que favorecían la aparición ó reaparición de las hemoptisis.

Esos resultados no concordaban con los que habían sido publicados en la Academia de Medicina por Chauffard, en nombre de Simon y Quinton (6 de Junio 1905).

Seguí mis primeros ensayos y puse 15 nuevos casos en tratamientos. Los resultados de esta segunda experiencia no modificaron mi opinión; y reproduje en la Sociedad de Medicina y Cirugía de Burdeos (26 de Abril 1907) las conclusiones que había formulado en el Congreso de la Tuberculosis. Actualmente nadie discute la acción hipertermisante de ese método de tratamiento; algunos ponen aún en duda su influencia hemoptisante.

Verdad es que Quinton considera esa hipertermia provocada como una reacción favorable. Esa opinión paradójal está condenada por todos los tisioterapeutas que buzcan en la cura de reposo el mejor agente antitérmico. Pero

que importan hipertermia y hemoptisis si los tísicos curan mejor ó viven más tiempo!

Para establecer la virtud curativa del suero de Quinton me basta exponer la condición actual de los 58 enfermos sometidos á ese tratamiento:

25 Deben ser eliminados por insuficiencia de tratamiento; debo reconocer que casi todos buscaron en la fuga el medio de escapar al dolor local y á la fiebre provocados por las inyecciones:

33 Enfermos siguieron durante 6 meses por lo menos tratamiento regular de una inyección de 20 á 30 cc., cada 4 ó 5 días. Estos enfermos deben ser divididos en dos grupos distintos:

A 18 Obreros que no podían someterse á las prescripciones de la cura higieno-dietética;

B 15 Enfermos beneficiaron de la cura de aire, de reposo y superalimentación.

Grupo A.

Tuberculosis pulmonar en 1 ^{er} . gra-	{ 4 vivos.
do: 11 enfermos.	{ 7 muertos.
Tuberculosis pulmonar en 2 ^o gra-	{ 2 vivos.
do: 5 enfermos.	{ 3 muertos.
Tuberculosis pulmonar en 3 ^{er} . gra-	{ 2 muertos.
do: 2 enfermos.	{ —

Grupo B.

Tuberculosis pulmonar en 1 ^{er} . gra-	{ 5 vivos.
do: 8 enfermos.	{ 3 muertos.
Tuberculosis pulmonar en 2 ^o gra-	{ 4 muertos.
do: 4 enfermos.	{ —
Tuberculosis pulmonar en 3 ^{er} . gra-	{ 3 muertos.
do: 3 enfermos.	{ —

Como se ve, las defunciones son numerosas; los sobrevivientes están en pésimo estado y no presentan ni siquiera la probabilidad de una curación temporal. Todos los enfermos que tenían una tuberculosis cerrada al principio del tratamiento, están actualmente en plena tuberculosis abierta; jamás he observado la menor tendencia regresiva de las lesiones.

En el curso del tratamiento observé mejorías pasajeras, pero sin duración.

En resumen concluyo:

1^o Las inyecciones isotónicas de agua de mar, aun en

dosis reducida, de 10 á 30 cc. determinan en los tuberculosos pulmonares y en todos los períodos del mal, accesos hipertérmicos de variable intensidad pero constantes;

2° Pueden favorecer la vuelta y la producción de hemoptisis;

3° En el curso del tratamiento se observan variaciones del peso y del apetito como sucede con todas las terapéuticas; pero no hay mejoría durable de los síntomas funcionales ni regresión de las lesiones pulmonares;

4° El suero marino, que no cura la tuberculosis pulmonar, no deja de ser peligroso: expone los enfermos á la hipertermia y la hemoptisis;

5° Hay razones pues para dudar del valor del método como auxilio terapéutico, sobre todo si se emplean fuertes dosis de 300 á 500 cc.

LAINET - LAVASTINE.—Disminución de la capacidad clorurada de los tuberculosos al principio. (*Soc. de Biol.*, 12 février 1908).

El autor comunica el resultado de sus indagaciones sobre la hipocloruración brusca en 5 tuberculosos apiréticos al principio. Los trazados comparativos de la ingestión y de la excreción urinaria cloruradas en esos enfermos señalan conforme á la opinión de Enríquez y contra la de Plessy y Tosalti, que la rapidez de la descarga clorurada consecutiva al paso de un régimen de cloruración normal á otro hipoclorurado (2 gramos de NaCl por 24 horas) no excede de 48 horas.

Se puede, pues, concluir que el tuberculoso al principio, relativamente apirético, es decir, aquel cuya temperatura central no pasa de 38°, *tiene una disminución de su capacidad clorurada.*

BAZY. — De la oftalmo—reacción en Cirugía. (*Rev. int. de Med. y Cir.*).

En resumen vemos cuatro veces una reacción positiva intensa: en dos casos de tuberculosis renal no febril pero con manifestaciones funcionales vivas, con polaquiuria diurna y nocturna intensa; un caso de coxo—tuberculosis céntrica dolorosa, en una niña de apariencia sana; un 4° caso en un hombre atacado de tuberculosis pleural y articular.

Esta oftalmo—reacción se mostró ligera en los demás casos, y también después de algunas operaciones: 3 veces después de la nefrectomía, y otras veces después de raspados y escisiones de abscesos y ganglios.

Lo que parece indicar que en estos últimos casos existirían otros focos ignorados.

En un caso de diagnóstico clínico de fístula tuberculosa de la glándula de Mery, periné y nalga, la oftalmorreacción y la inoculación fueron negativas. También fué negativa en una salpingitis bilateral voluminosa.

En fin en una coxo-tuberculosis avanzada, en caquético, ella fué casi nula, como ha sido observado por Letulle en las tuberculosis pulmonares avanzadas.

LANNELONGUE, ACHARD Y GAILLARD. — Influencia de los regímenes alimenticios sobre la marcha de la tuberculosis experimental. (*Academia de Ciencias, sesión del 11 de nov. 1907*).

Operamos en tres lotes de cobayas machos, de un peso medio de 800 gramos, que fueron primero sometidos durante 11 días á un régimen común (mezcla de papas y de guisantes) con un exceso de albúmina al cual se agregó, según el lote, 9 gramos de mantequilla, 20 de azúcar, 0,20 de gluten, ó sea un complemento de 145 calorías.

Todos estos animales que no habían presentado sino variaciones de peso insignificantes, recibieron entonces en la pleura derecha una dosis uniforme de $\frac{1}{3}$ de centímetro cúbico de la misma emulsión de bacilos de la tuberculosis.

Ahora bien, el lote sometido al régimen de manteca desapareció en 40 días; el grupo nutrido con azúcar en 87 días; y el lote alimentado con gluten no se extinguió sino al cabo de 1 año y 6 días. Este resultado demuestra pues claramente la superioridad de un régimen fuertemente azoado y concuerda con los datos de la clínica humana, en que el ázoe entra en gran parte en los regímenes recomendados á los tuberculosos.
