

IV

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

De la *Revista Internacional de la Tuberculosis*

E. FARGUES.— La oftalmo-reacción. Su valor. Sus peligros. (*Journal des. Prat. de l'Ouest, 15 février*).

Algunas críticas serias son dirigidas actualmente á este procedimiento de diagnóstico.

1° A menudo la reacción es infiel.

Sobre este punto que visa el valor del método, hay que reconocer que sus efectos son más constantes que en la dermo-reacción, pero de allí no se sigue que tenga un valor constante, cierto; Chantemesse y otros han discutido recientemente este valor que declaran muchas veces dudoso.

2° La reacción no es siempre inofensiva:

Esta segunda crítica tiene una importancia seria, la oftalmo-reacción puede comprometer el ojo experimentado; los mismos autores del procedimiento reconocieron que su dilución primitiva al centésimo era peligrosa, y recomendaron luego la solución al 1 por 200; otros han preconizado diluciones aun más débiles. A pesar de esas precauciones pueden sobrevenir complicaciones oculares.

Primero, la reacción conjuntival es á veces muy violenta, con enrojecimiento intenso, lagrimeo, dolor, foto-fobia: eso puede remediarse con algunas instilaciones de argyrol al 1 por 50; pero otros accidentes, como la queratitis úlcero-vascular, han sido señalados. Lapersonne, en reciente comunicación, reunió 6 observaciones bien características de esa queratitis que exigió en esos enfermos un tratamiento cuidadoso y prolongado, pero sin embargo no hubo consecuencias fatales ulteriores bajo el punto de vista ocular; en otro caso sin embargo se observaron complicaciones irido-coroideas bastante graves. Otras observaciones referentes á sujetos de edad avanzada con lesiones preexistentes del ojo, han venido á molestar la inocuidad de la oftalmo-reacción.

En el dispensario antituberculoso de Nantes, nosotros mismos vimos experimentar la reacción en muchos enfermos en quienes era incierto el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Entre los 6 enfermos, instilados con una dilución al 1 por 200, uno presentó rápidamente una inyección intensa de la conjuntiva, con dolor, lagrimeo y edema palpebral; esos fenómenos persistieron muchas semanas en que el enfermo sufría mucho y no pudo llenar sus ocupaciones.

Otro enfermo que comenzó por presentar esos mismos síntomas, tuvo unos días más tarde una queratitis úlcero-vascular con despulimiento de la córnea y necesitó 4 semanas de tratamiento y cuidados.

Según esos casos se puede ver que la oftalmo-reacción no es siempre un procedimiento inofensivo; puede exponer los enfermos á inconvenientes desagradables y hasta peligrosos. Debe pues experimentarse con prudencia, después de un examen previo de los ojos y previniendo al enfermo de la posibilidad de accidentes oculares.

3º La reacción tiene inconvenientes de orden moral:

Estos tienen un valor positivo y constituyen una objeción seria al empleo de ese método.

La significación diagnóstica de la oftalmo-reacción comienza á ser conocida por todas partes.

¿No será inconveniente fijar sobre la conjuntiva de un enfermo un diagnóstico que impresiona, un estígmata aparente del mal que él teme? Nos acordamos de dos enfermos que pudimos observar y que nos parecieron muy impresionados y deprimidos con el resultado positivo que presentaron. ¿Tenemos el derecho de imponer á nuestros enfermos un diagnóstico tan explícito? ¿Tendremos también derecho, si seguimos los consejos propuestos, para someter á la oftalmo-reacción los individuos que forman parte de agrupaciones (escolares, empleados, etc.) y para privar de la enseñanza, y del trabajo que asegura su existencia, á los tuberculosos dudosos ó probablemente poco contagiosos, y eso porque nos apoyamos en una experimentación incierta?

¿Nuestro deber profesional no nos prohíbe ir tan lejos? Sométemos esas reflexiones al buen sentido y juicio de nuestros colegas.

He aquí nuestra conclusión:

«La oftalmo-reacción no da una certidumbre absoluta para el diagnóstico de la tuberculosis; puede además, ser nociva, tanto bajo el punto de vista ocular, como del moral».

Por consiguiente, si queremos descubrir una tuberculosis que comienza, busquemos ante todo los signos clínicos habituales, y si tenemos un diagnóstico incierto, considérenos más bien al enfermo dudoso, como que si estuviera en peligro de tuberculosis, y tratémoslo como tal.

Así tenemos probabilidades de hacerle bien, respetando sin embargo el viejo proverbio: «Primum non nocere».

WICKHAN y DEGRAIS. — Acción terapéutica del radio en la tuberculosis cutánea (*Pres. med.*, 22 fév.).

Consideraciones generales. — Las reglas generales de la radioterapia aplicada á las tuberculosis cutáneas, son: obrar poderosamente en profundidad y en anchura, y vigilar largo tiempo y con gran cuidado las cicatrices producidas. No parece que haya una acción electiva especial ó suficientemente poderosa que invocar y que permita la utilización de dosis débiles, lo mismo que en el tratamiento de ciertos angiomas tuberosos, por ejemplo.

Hay que destruir; eso se hace con un *modus operandi* muy simple (el mismo enfermo puede mantener su aparato y mientras tanto ocuparse de otra cosa). La reacción se hace sin determinar dolor, si no se quita la costra de reacción, y deja una cicatriz perfecta.

En la generalidad de los casos las aplicaciones pueden comprender un muy corto tratamiento efectivo (2 á 3 días) lo cual facilita á los enfermos alejados ocurrir á la radioterapia. La reacción terapéutica ulterior es en efecto fácil de vigilar.

La forma de los aparatos puede ser adaptada á las regiones que van á tratarse: esa es una ventaja real.

En cuanto al valor definitivo de los resultados obtenidos, sólo el tiempo permitirá juzgarlos, en razón de la recidiva posible.

Pero dados los reveses numerosos que acompañan muy á menudo los diversos métodos empleados hasta hoy en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas y el carácter particularmente rebelde, incurable, de ciertas formas clínicas, los resultados tales como los hemos obtenido y á pesar de las reservas indicadas, colocan ciertamente el radio entre los más preciosos agentes terapéuticos.

Es prematuro tratar de establecer comparación entre ésta terapéutica y las demás. Los diferentes métodos tienen, según los casos, sus ventajas é inconvenientes. Casi todos, además, están en período de evolución y de desarrollo, y no han alcanzado aún su madurez. De todos modos parece que algunos reclamaran ciertas formas de tuberculosis cutánea y que la combinación de métodos será en muchos casos lo mejor.

El de Finsen, empleado con toda la competencia necesaria, aparece en primer rango para ciertas formas de lupus vulgar, pero ofrece desventajas materiales.

En definitiva, pensamos que el radio puede ser útil en todas las formas de tuberculosis cutánea y merece un puesto aparte en el tratamiento de los mamelones, ulceraciones tu-

berculosas, lupus de las conjuntivas, cicatrices viciosas y lupus eritematoso fijo.

No queremos terminar este artículo sin insistir sobre los ensayos emprendidos en otra vía y de lo cual ya hemos hablado. Se trata de la acción del radio en soluciones radíferas ó radio-activas empleadas en inyecciones intradérmicas (intraalúpicas). En muchos casos hemos utilizado ese medio terapéutico nuevo. Las dosis de radio son sumamente débiles en esas condiciones y el líquido es muy pronto absorbido; pero contienen un elemento que falta en las radiaciones salidas de los aparatos: la emanación. Ahora bien, existe allí una fuerza, una energía, que no ha sido aun estudiada suficientemente, pero que tiene propiedades bactericidas evidentes, como es fácil de darse cuenta. Dominici ha puesto en evidencia la acción de la emanación sobre las culturas de bacilos de Koch.

Inyectando ciertas sales de radio, no solubles, se podría obtener un contacto más prolongado de la sal con los tejidos lúpicos y una acción más enérgica de las radiaciones emitidas y de la emanación.

Nuestros ensayos clínicos con las soluciones radíferas y radio-activas nos han dado resultados halagadores. En un caso de lupus vulgar hubo regresión hasta cierto punto; en otro de lupus eritematoso fijo, con elementos múltiples, los que fueron tratados hace un año por las inyecciones no han recidivado, como lo hicieron los otros que fueron tratados por el método ordinario.

Hay allí un terreno para estudios nuevos é interesantes. Quizá en ciertos casos de lupus vulgar, hay utilidad en combinar los dos métodos.

ARLOING.—Ensayo sobre el mecanismo de la oculo-reacción á la tuberculina. ¿Es ella específica? (*Prov. med.*).

Cuatro lotes de tres conejos reciben toxinas en inyección subcutánea. Las inyecciones cotidianas son repartidas en tres períodos sucesivos de 6, 3 y 5 días consecutivos y en 3 semanas.

El primer lote recibe diariamente un miligramo de *tuberculina* secada, del Instituto Pasteur de Lila; el segundo lote 1/2 c.c. de *toxina del bacilo de Eberth*; el tercero la misma dosis de *toxina estafilocócica* y el cuarto 1 p. 100 de c.c. de *toxina diftérica*.

La prueba de la óculo-reacción por la tuberculina de Lila hecha antes de la intoxicación era negativa.

La *segunda instilación* practicada en el ojo no aun tuberculinado, cuando los animales han recibido 8 dosis de

toxinas, da los resultados siguientes: conejos tuberculinados: una reacción positiva muy franca, otra ligera y otra dudosa, conejos con toxina d'Eberth: dos reacciones positivas muy francas y una ligera, conejos con toxina estafilocócica: una reacción positiva ligera y dos dudosas, conejos con toxina diftérica: dos sucumben rápidamente, el tercero muy caquéctico y con accidentes necróticos en el sitio de la inoculación, da una reacción muy débil, pero positiva; muere dos días después.

Al fin de la experiencia, se busca una *tercera oftalmo-reacción* en el ojo primitivamente instilado, cuando los animales habían recibido 14 veces las dosis indicadas de toxinas.

Las reacciones son menos acusadas y menos claras que en una fase menos avanzada de la intoxicación.

La *sero-reacción aglutinante bacilar* es negativa durante toda la experiencia.

Todos los conejos son sacrificados: ninguno está tuberculoso. De modo pues que esas diversas toxinas, todas vasodilatadoras, fueron capaces de crear en los conejos indemnes de tuberculosis la aptitud de reaccionar localmente á la tuberculina.

En la fase media de las diversas intoxicaciones la óculo-reacción se manifestó con mayor frecuencia é intensidad. La *toxina Eberthiana* desarrolló la capacidad reaccional á la tuberculina de un modo *más activo que la tuberculina misma*. Ese es un hecho importante y parece bastar á explicar las óculo-reacciones positivas é intensas, casi de regla en clínica en los tíficos, sin invocar la presencia constante de algunos bacilos tuberculosos en los ganglios mesentéricos.

La toxina diftérica parece gozar del mismo poder. En cuanto á la toxina estafilocócica, sus efectos análogos se desarrollan más lentamente. Los sujetos que la recibieron reaccionaron mejor á la tuberculina cuando la intoxicación estaba más pronunciada, á la tercera prueba ocular. Por el contrario, en esa fase de la experiencia en que las intoxicaciones tuberculínicas y eberthiana, más crónicas, comenzaban á desarrollar un estado de inmunización contra sus efectos, la reacción de la conjuntiva declinó en intensidad y en nitidez, y la ventaja del número quedó entonces en favor de la tuberculina.

Esta atenuación y hasta la separación de la reacción local ocular á la tuberculina cuando el organismo está saturado por ese veneno, fué ya bien descrita por Calmette, Breton y Petit.

Así pues, á un momento dado de una impregnación tóxica, *los sujetos no tuberculosos ofrecieron una reacción*

ocular positiva, que habría podido hacer concluir erróneamente en la existencia de una tuberculosis en evolución.

La óculo-reacción á la tuberculina no es pues específica y no tiene un valor revelador absoluto. Otras toxinas pueden crear en los sujetos sometidos á sus efectos la capacidad de reaccionar al nivel de la conjuntiva. Sin embargo, la tuberculina parece mejor adaptada para engendrar esta capacidad, pero *eso no constituye la especificidad.*

Así pues, la oftalmo-reacción no puede tener en clínica el valor diagnóstico que se ha querido atribuirle.

ARLOING.—Variaciones morfológicas del bacilo de Koch (*Acad. de Ciencias*, 26 de enero 1908).

Habiendo cultivado durante muchos años un bacilo humano y otro bovino, de la tuberculosis, el autor llegó á obtener modificaciones morfológicas particularmente interesantes, haciendo intervenir la presión á temperaturas de 44°,5 á 45°,5.

Obtuvo formas gigantes, ramificadas é hinchadas del bacilo de Koch, demostrando así que estas formas no son particulares al bacilo de los pájaros ni pertenecen á las culturas viejas de bacilos de los mamíferos.

En efecto, éstas formas pueden encontrarse en culturas de éstos últimos regularmente renovadas bajo la influencia por lo menos de los dos factores siguientes: aumento de la temperatura de la estufa y aumento de la presión á 2 atmósferas en el compartimento en que reposan las culturas.

En esas condiciones, Arloing observó que los bacilos de los mamíferos revisten algunos de los aspectos de los aviaros y de los bacilos de animales á sangre fría.

Según estas observaciones, parece que tiende á desaparecer la barrera que algunos bacteriólogos han levantado entre los bacilos de los tres grandes grupos de vertebrados.

VALLET.—Óculo-reacción y ausencia de hábito á la tuberculina (*Acad. de Cien.*, 26 de enero 1908).

El autor ha observado experimentalmente que en los animales de la especie bovina sometidos á una serie de óculo-reacciones sucesivas practicadas con cortos intervalos de tiempo, se produce una verdadera sensibilización del ojo solicitado, y eso solamente en los sujetos atacados de una tara tuberculosa. Esa es una particularidad interesante, pues suministra un nuevo medio de descubrir el fraude que consiste en presentar á la venta los bovideos tuberculosos recientemente tuberculinizados, con el objeto de estorbar la

comprobación de la enfermedad por una nueva tuberculización efectuada por cuenta del comprador ó por el veterinario inspector. La reacción ocular es obtenida siempre en los animales aptos para suministrarla, y á pesar de las inyecciones hipodérmicas de tuberculina.

DELORME.—Del oftalmo diagnóstico en el ejército (*Academia de Medicina*, 21 de enero 1908).

A propósito de la comunicación de Calmette, Delorme discute la aplicación del procedimiento, en la medicina militar. Recuerda las observaciones negativas publicadas en la Sociedad Médica de los hospitales y señala que el estudio clínico atento del enfermo debe predominar sobre los procedimientos basados en el empleo de la tuberculina para descubrir la tuberculosis y sus localizaciones.

Delorme resume su opinión así:

Al entusiasmo del primer momento, en el empleo del tuberculino-diagnóstico, sucede un sentimiento de reserva general.

Científicamente verdaderos, esos métodos no deben emplearse solos. Por lo mismo, que no tienen valor sino como complemento de una serie de síntomas, exponen á menudo á errores de interpretación.

En apariencia preciosa para el diagnóstico de tuberculosis pulmonares incipientes, en el soldado, la oftalmo-reacción da lugar á interpretaciones clínicas y médico-legales erróneas tan numerosas, que contraindican su empleo por los médicos del ejército.

Los accidentes locales que en el ojo provoca el oftalmo-diagnóstico, por raros que sean, imponen además las reservas consiguientes para su uso.

En un medio como el del ejército, en que por respeto al hombre se pide la supresión de los diagnósticos escritos sobre las boletas de entrada para los hospitales, no parecería permitido á un médico militar ocasionar á un enfermo la angustia de un diagnóstico terrible que pesaría siempre sobre el estado moral de éste.

LEFEVRE.—Epididimitis tuberculosa fistulosa tratada por el método de Bier (*Soc. de Anat. y de Fisol. Burdeos 23 de dic. 1907*)

El enfermo que presento es un sujeto de 29 años, que sufre de una epididimitis tuberculosa fistulosa que traté por el método de Bier, del 10 de Marzo al 15 de Abril 1906. A su salida la supuración había casi cesado, pero persistía

siempre una pequeña ulceración en la parte postero-interna de la bolsa derecha y el epidídimo estaba aún voluminoso.

El enfermo continuó en su casa el tratamiento. En Mayo de 1906 me escribió que estaba curado; sin embargo, continuó haciéndose la hiperemia por éxtasis durante muchos meses, luego no tuve más noticias de él, hasta hoy que viene á verme. Actualmente se ve que el epidídimo se ha vuelto pequeño, duro é indoloro. No se encuentra exteriormente sino la cicatriz, vestigio de la antigua ulceración; los tejidos son normales y no se nota ningún aumento de volumen de esa bolsa. No ha sobrevenido ningún nuevo acceso inflamatorio; y el enfermo se ha casado y llena honorablemente sus deberes conyugales.

Ese es un caso más para el activo del método de Bier y que demuestra que los resultados que pueden obtenerse no son inferiores á los que pueden dar los demás métodos quirúrgicos. He allí en efecto un caso en el cual la curación se mantiene desde hace 20 meses.

ALBARRAN.—La tuberculosis de la próstata (*J. des. Prat.*, Julio 1907.)

La tuberculosis de la próstata es frecuente, sobre todo en las formas secundarias á la tuberculosis del aparato gènit-urinario. Primitiva, ella es rara. Se produce por infección sanguínea ó uretral; en ciertos casos los focos tuberculosos se colectan al rededor del canal de la uretra, mientras que en el primer caso están diseminados á través del órgano.

La evolución de la tuberculosis prostática es doble, termina por transformación fibrosa ó por reblandecimiento caseoso; diferencia evolutiva que se debe á la predominancia de unos de los venenos contenidos en el bacilo tuberculoso (Auclair). Existen toxinas esclerosantes (solubles en el cloroformo) y toxinas caseificantes (solubles en el éter).

La curación fibrosa de la tuberculosis prostática es frecuente. Durante muchos años se observan nódulos tuberculosos que quedan estacionarios y toda intervención quirúrgica está contra-indicada.

Los síntomas de la tuberculosis prostática son primero de la naturaleza uretro-cística (frecuencia y dolor en las micciones; orinas purulentas). Pero hay muchos signos particulares á ésta afección; la posibilidad de que la sonda penetre en una caverna prostática en vez de entrar á la vejiga, es uno de ellos. La caverna puede contener de 40 á 100 gramos de líquido purulento. Si se levanta el pico

de la sonda, se cae entonces en la vejiga que pone en libertad una nueva cantidad de líquido. Es ese hecho lo que explica que los enfermos orinen á menudo en dos tiempos. Muchas veces la vejiga ne se evacua totalmente; queda una retención incompleta que puede llegar á 100 gramos. Por eso es que antes de tratar la cistitis tuberculosa, como es de hábito, por las instilaciones de aceite gomenolado al 20 por 100, conviene evacuar la vejiga por medio de un cateterismo previo.

La retención completa puede igualmente producirse, pero es rara. Albarran la ha observado en un joven de 22 años, que tenía una próstata voluminosa y algunos núcleos tuberculosos en el epidídimo.

En vez de retención se puede observar la incontinencia, en los casos de destrucción del esfínter uretral.

Otro síntoma son las hematurias; unas veces ligeras, aparecen al principio ó al fin de la micción, otras veces abundantes, producidas por las rupturas de un vaso que rodea una caverna prostática y semejantes á las hemóptisis que se producen en las cavernas pulmonares de los tuberculosos.

La cistoscopia suministra pocos resultados, y además no es siempre de una gran inocuidad. No debe ocurrirse á élla.

La fiebre puede producirse en el curso de las retenciones de pus en las cavernas prostáticas. La sonda permanente, evacuando el absceso, hace desaparecer esa hipertermia.

El tratamiento consiste en el raspado del absceso seguido ó no de la prostatectomía perineal. La operación deja raramente fístulas, y da buen resultado. En los casos de cavernas limitadas de la próstata, sin fístulas perineales ó vesicales, es mejor no intervenir. La curación espontánea puede obtenerse con el sólo tratamiento médico.

BECK.— Tratamiento de la tuberculosis por la aereostaterapia (cura en globo) (*Acad. de Cienc.*, 25 de nov. 1907).

Las alturas, á pesar de su real superioridad sobre los campos bajos, no poseen, según Beck, una atmósfera suficientemente pura para corresponder á todos los deseos de la terapéutica antituberculosa. Así este autor preconiza la cura en globo, como siendo el único tratamiento de altitud fuera de toda aglomeración, además de evitar los gérmenes vivos, se evita también el polvo y garantiza al enfermo la respiración de un aire de una pureza bacteriológica perfecta.

Como otras ventajas, la aerostación permitirá cómoda-

mente á cada enfermo buscar la altura que mejor le conviene; también le permitirá, elevándose por encima de las nieblas, aumentar el número de días de buen tiempo.

En fin, los frecuentes cambios de aire que resultan de la cura en globo parecen ser favorables á los tuberculosos cuya cura sería así diurna. Esta cura pueden hacerla los enfermos en grupo, en una especie de galería suspendida de un globo cautivo, cuya técnica, bajo el punto de vista de la capacidad de elevación que poseen actualmente esos navíos aéreos, podría ser perfeccionada.

L. POULIOT.—Sobre un síndrome de hiposistolia hepática en los tuberculosos pulmonares (*Soc. med. de los hosp.*, 7 dic. 1907).

Los principales elementos de este síndrome son tres: aumento del peso, punto doloroso epigástrico y vómitos.

El aumento anormal del peso que es acompañado ó no por edemas clínicamente apreciables, es debido á la retención estomacal. *El punto doloroso epigástrico* no es de origen estomacal; se debe á la hepatomegalia, apreciable á la palpación, y que causa también por contra-golpe los trastornos gástricos y los vómitos. Estos se producen fuera de los quintos de tos y en ausencia de toda lesión del estómago.

Accesoriamente puede haber disnea y trastornos de la eliminación urinaria. El corazón derecho está dilatado; á veces se oye un soplo de insuficiencia de la tricúspide.

Grandes y pequeños síntomas se deben á la insuficiencia cardíaca con participación casi exclusiva del hígado. Se trata, pues, de una crisis hiposistólica.

Pero ese es un concepto analítico: el hecho es que el cuadro clínico es muy diferente de la gran asistolia hepática de Hanot, que como se sabe es el fin de las esclerosis pulmonares.

Nuestro síndrome se observa sobre todo en las tuberculosis fibrosas con enfisema extenso y raramente en las tisis rápidas.

Después de muchas crisis frustradas se ve la hiposistolia ceder el puesto á la asistolia definitiva; el pronóstico es pues muy obscuro. Con los cardiotónicos y en particular con la digital, se llega á detener los vómitos y la hepatalgia epigástrica, al mismo tiempo que el enfermo vuelve á su peso normal.

E. SOREL. — De algunas formas clínicas de la meningitis tuberculosa y de su diagnóstico (*Arch. med. Tolosa*, 15 feb. 1908).

No nos demoraremos en la descripción de los métodos tales como la inyección de tuberculina, la cuti ó la oftalmo-reacción, el sero-diagnóstico; el primero lo recomienda aún el profesor Grasset, pero creemos que su uso no durará largo tiempo, en la práctica. Nuestra opinión está confirmada por las experiencias de Von Pirquet (cuti-reacción) y de Calmette (oftalmo-reacción), que no ofrecen los inconvenientes del método de Koch, sin embargo de ser tan seguros como ese, y principalmente la oftalmo-reacción, sobre la cual surgen de todas partes publicaciones confirmativas. Creemos que estos métodos de diagnóstico si no infalibles, son muy útiles en los casos dudosos, sobre todo como auxiliares de un exámen clínico concienzudo y que no deben reemplazar; los consideramos como precisos en el diagnóstico de las formas clínicas ó anormales de la meningitis tuberculosa del adulto. No formulamos la misma opinión sobre el sero-diagnóstico, que no es ni tan simple en su técnica ni tan preciso en sus resultados como el de la fiebre tifoidea.

Con esos principales elementos de diagnóstico, el clínico puede sacar del laboratorio elementos más ó menos preciosos para aquél.

Pero su atención debe dirigirse principalmente el estudio del líquido céfalo-raquídeo, que obtenido por punción lumbar debe ser tratado y centrifugado según el método indicado por Vidal. En el estado normal no contiene elementos figurados, excepto algunos raros linfocitos. En las meningitis debidas á microbios sépticos y piógenos, predominan los leucocitos polinucleares.

Al contrario, en la meningitis tuberculosa está demostrado que los glóbulos blancos del exudado están representados principalmente por los linfocitos. Lo mismo se observa en la meningitis tuberculosa experimental. Ese es el medio para distinguir en el vivo una meningitis tuberculosa de una meningitis séptica. Aunque esa regla sufre excepciones, conserva siempre un gran valor el cito-diagnóstico.

La bacteriología nos ha enseñado en fin que la inoculación del líquido céfalo-raquídeo al cobaya podía producir la tuberculosis en este animal; los resultados no son siempre positivos. Griffon obtiene también culturas abundantes y características con un procedimiento delicado (1).

(1) En el Servicio del doctor Chauffard (hospital Cochin) se busca sistemáticamente la presencia del bacilo de Koch en el precipitado de centrifugación del líquido céfalo-raquídeo. En los casos de meningitis tuberculosa el resultado es positivo en la inmensa mayoría de casos, por no decir en su totalidad (Nota del traductor).

En resumen, si el clínico tiene dificultad para establecer un diagnóstico de meningitis tuberculosa, debe ensayar los diversos medios de exploración que hemos expuesto, y no debe temer la punción lumbar, que no es un medio bárbaro y su uso es ya corriente en todos los hospitales.

BAROT (d'Angers). — La tuberculosis primitiva pre-pulmonar. Definición y diagnóstico precoz. (*Arch. med. d'Angers*) (20 de junio de 1907).

La *traquisigafonía* es una resonancia anormal de la voz baja á través del aparato pulmonar y de la caja torácica.

En el primer caso, la voz es transmitida fielmente y con tal nitidez que á veces es posible seguirla y repetir las cifras pronunciadas por el enfermo; en el segundo caso, la voz está deformada, dura, metálica, un poco soplante y á veces anfórica.

El signo de Bacelli, no tiene en realidad un sitio de elección para auscultarlo; se le percibe al nivel del derrame.

Al contrario la traquisigafonía se oye con preferencia sobre la línea vertebral y su máximum correponde generalmente al máximum de sensibilidad dolorosa á la presión. También se la percibe en la región supraespinal y en la axilar, pero en el estado de germinación pulmonar.

Me he asegurado que ese signo no es fisiológico: en el hombre sano la auscultación de la voz baja permite oír un sonido suave, blando y continuo; hay tanta diferencia entre la transmisión de la voz baja en el sujeto sano y el tuberculoso, como la que hay entre el murmullo vesicular y el soplo tubario.

En las observaciones que sirvieron de base á mis indagaciones, 400 veces encontré la traquisigafonía vertebral.

Para buscar este signo, practico la auscultación directa sobre la piel, con la oreja con un estetoscopio de transmisión aérea y después de indicar al enfermo como debe contar. En efecto, hay muy diferentes tonalidades en la voz baja; es preciso que el enfermo cuente lentamente, sin ronquera, sin vibraciones, de modo que á lo sumo se perciba el sonido hasta 2 metros, y escandiendo y articulando bien las cifras.

Si el enfermo cuenta muy fuerte, resulta una especie de resonancia traqueal y faríngea que estorba y falsea la auscultación.

La traquisigafonía es más característica en los sujetos gordos que en los flacos.

Esta resonancia anormal y ruda de la voz baja alcanza á menudo su máximum al nivel y en el punto preciso del dolor vertebral. Esto es tan palpable que yo busco indiferentemente la existencia de ambos focos comenzando por uno ú otro.

Hasta me ha sucedido á veces de no poder determinar un punto preciso del dolor vetebral sino fijándome en el sitio de máxima intensidad de la traquisigafonía.

La idea de proceder á la auscultación del tórax posterior y sobre la línea de las apófisis espinosas, es decir, en el punto en que hay mayor espesor de tejidos compactos podría aparecer paradójal. Como para la sensibilidad vertebral á la presión, yo observo su existencia sin explicarla.

¿Será debido á las adenopatías peri-brónquicas que vuelven estos conductos más rígidos y más vibrantes? ¿Será debido á un principio de induración pulmonar peri-brónquica?

¿Existe alguna relación entre la traquisigafonía vertebral y la matitez torácica posterior, señalada al nivel de la 3ª vértebra dorsal por Gueneau de Mussy? Lo ignoro.

Deseo que los histologistas den pronto la explicación de esfe síntoma.

Debo añadir que mes y medio después de mi comunicación á la Academia de Medicina, el profesor d'Espine, de Ginebra, señaló á su vez como signo cierto de la adenopatía tráqueo-brónquica tuberculosa y bajo el nombre de *pectoriloquia especial*, el mismo signo que yo llamé traquisigafonía.

Los cuatro signos principales de la tuberculosis precoz son: *enflaquecimiento, cansancio matinal, sensibilidad á la presión y traquisigafonía*, que considero como constantes y suficientes para establecer un diagnóstico de probabilidad tuberculosa del estado de germinación ganglionar.

Constantes: las cifras estadísticas lo han demostrado. *Suficientes*: porque habiéndolos encontrado en las tuberculosis confirmadas y en incipientes, también los he encontrado con frecuencia, solos ó acompañados de una sintomatología muy vaga para un diagnóstico preciso y he visto más tarde nacer y evolucionar la serie de signos clásicos de la germinación y de la infección pulmonares.

Los creo suficientes porque en otros casos los he visto aparecer en sujetos que vigilaba estrechamente por haberlos expuestos á la bacilosis: y porque en algunos cuyo organismo había decaído he tenido el placer de verlos desaparecer atenuándose lentamente, á medida que el peso aumentaba y que parecían vencer al bacilo. Creo que esos signos son los más precoces y más persistentes de la infección tuberculosa.

Si su busca no ofrece sino un interés muy secundario

en casos de tuberculosis indiscutibles, no pasa lo mismo cuando su presencia es descubierta en sujetos que parecen gozar de perfecta salud, y no acusan sino trastornos insignificantes en apariencia y que parecen no tener relación alguna con la infección bacilar.

Que sea uno llamado á dar su opinión sobre las *cefaleas rebeldes* que ningún tratamiento mercurial ha podido mejorar, sobre *crisis gastrálgicas* que el régimen más severo no ha podido disipar, sobre una *anemia* que resiste á las medicaciones marciales, sobre *neuralgias ciáticas* consideradas como reumática, sobre una *neurastenia* de más en más profunda, importa buscar con cuidado los cuatro signos cardinales de la germinación tuberculosa ganglionar: *su descubrimiento esclarecerá singularmente el diagnóstico dudoso* y orientará la terapéutica de una manera más lógica y más eficaz.

TURBAN Y GERHARDT.—La nueva clasificación de los casos de tuberculosis pulmonar (*Rev. med. de la Suiza rom.*, 20 febr. 1908.)

En su última conferencia de Viena, la Asociación internacional de la tuberculosis se ocupó de la clasificación que debía adoptarse para establecer de una manera uniforme las estadísticas de tuberculosis pulmonar;

La clasificación de Turban no había sido adoptada en Alemania, en donde se hacía uso de la de Gerhardt.

Una comisión especial discutió ambas clasificaciones y presentó á la Conferencia un proyecto nuevo que ha sido provisoriamente adoptado por la Asociación internacional y será propuesto para la aceptación definitiva en la Conferencia de Wáshington en septiembre próximo.

Vamos á dar el texto de las clasificaciones de Turban y Gerhardt para que se aprecien las particularidades que caracterizan la nueva clasificación y la diferencian de aquellas:

CLASIFICACIÓN DE TURBAN

Primer grado: Afección ligera que se extiende á lo sumo á un lóbulo ó á dos medios lóbulos del pulmón.

Segundo grado: Afección ligera, más extendida que en el primer grado, pero que no pasa del volumen de dos lóbulos; ó afección grave que no se extiende á más de un lóbulo.

Tercer grado: Todas las afecciones que pasan el segundo grado.

CLASIFICACIÓN DE GERHARDT

Primer grado: Afección limitada á pequeños territorios de un lóbulo pulmonar, por ejemplo, al vértice, y no se extiende más abajo de la clavícula ó la espina del omóplato, no presenta estertores ó solamente estertores finos y no consonantes.

Segundo grado: Afección que se extiende más allá de los límites de la del primer grado, pero que no se llega á los de la del tercer grado.

Tercer grado: Infiltración de un lóbulo por lo menos, ó signos cavitarios.

En la clasificación de Turban, la *afección ligera* está constituida por focos diseminados que dan lugar á una ligera matitez, á la respiración ruda, debilitada, vesicular ó indeterminada (broncovesicular) y á estertores finos ó medios. La *afección grave* comprende las infiltraciones compactas ó las cavernas: que dan lugar á una gran matitez, á una sonoridad timpánica, á una respiración muy debilitada, indeterminada, bronquítica ó anfórica, y á estertores medios ó gruesos con carácter simple ó consonante.

La comisión parte del principio que hay que conservar los tres grados. Reconoció en seguida que la determinación de la lesión pulmonar en extensión y profundidad podía ella sola servir de base á la clasificación.

Por hacer entrar todos los casos de tuberculosis pulmonar en tres grandes categorías que bajo el punto de vista pronóstico corresponde á ideas muy diferentes, la definición de las lesiones anatómicas era el procedimiento más simple y más práctico.

He aquí el texto de la nueva clasificación:

1º. Afección ligera limitada á pequeños territorios de un lóbulo pulmonar, por ejemplo, que no pase de la espina del omóplato y de la clavícula, si las lesiones son bilaterales y limitada por la segunda costilla si son uni-laterales.

2º. Afección ligera más extensa que la anterior, pero sin pasar del volumen de un lóbulo pulmonar, ó afección grave que á lo sumo comprende medio lóbulo.

3º. Todas las afecciones que pasan del 2º. grado, en particular las formas cavitarias.

Se comprende por *afección ligera*, los focos diseminados que determinan una submatitez, una alteración del murmullo vesicular (debilidad ó rudeza) y estertores finos ó medios.

El término *afección grave* designa las infiltraciones que producen una fuerte matitez con respiración muy modificada (debilitada, ruda, brónquica) con ó sin estertores.

Las cavernas considerables que producen timpanismo, soplo anfórico y estertores gruesos consonantes se clasifican en el 3º. grado.

La matitez de origen pleural no entra en consideración sinó cuando pasa de algunos centímetros; entonces es indicada en las complicaciones tuberculosas.

El grado de la tuberculosis debe ser indicado separadamente para cada pulmón.

El enfermo es clasificado por la afección del pulmón más atacado. Ej. D 2º + Y 1º = 2º grado.

Estudiando esta clasificación, se observa que ella menciona el lado atacado. En presencia de una lesión bilateral, hay la mención del grado junto á la del lado. Así se obtiene un cuadro más exacto y más completo de la enfermedad. Y cuando se vuelve á practicar el examen del enfermo, algún tiempo después, es más fácil darse cuenta de las modificaciones sobrevenidas en la repartición y extensión de las lesiones.

El cuadro del 1º. grado es más restringido y más limitado que antes, lo cual es importante para la comprobación de los resultados del tratamiento en el sanatorio principalmente.

En fin, el diagnóstico de caverna coloca al enfermo en el 3º. grado, por limitada que sea la lesión.

Esta clasificación, que no tiene la pretensión de ser perfecta, presenta sí la inmensa ventaja de satisfacer á todo el mundo y dará así estadísticas perfectamente comparables, puesto que serán basadas en idéntica clasificación.

GOURDUN.—Nuevo método de diagnóstico y clasificación de las escoliosis de los adolescentes (*Rev. int. de Med. y Cir.* 18 de marzo 1908).

La mejor técnica para examinar la región dorsal consiste en colocar el sujeto de pie, las piernas tendidas y hacerle inclinar el tronco hacia adelante hasta que el tórax esté en línea horizontal. Esta flexión anterior del tronco determina una extensión del raquis suficiente para demostrar su elasticidad y para corregir las desviaciones y rotaciones vertebrales insignificantes. Esta actitud de flexión permite practicar fácilmente el examen de la parte posterior de las costillas y de ver en seguida si una de éstas está más elevada ó deformada; también se ve así el estado exacto de las partes blandas vecinas de la columna lumbar

1º. *Escoliosis dorsales.*— Si en la flexión anterior del tronco hasta la horizontal, las partes posteriores de las costillas están sobre un mismo plano frontal y semejantemente conformadas, se puede afirmar que no hay escoliosis

dorsal, cualquiera que sea la mala actitud habitual del sujeto.

Cuando se observa una asimetría de las dos partes posteriores del tronco así examinado, es porque en realidad hay una escoliosis; y su grado de gravedad se reconoce así; 1) Superelevación costal posterior sin deformación de las costillas, escoliosis benigna. 2) Deformación costal posterior con el aspecto de un ángulo agudo, escoliosis muy grave.

2º. *Escoliosis lumbares.*— Para caracterizar éstas hay que observar el sujeto sucesivamente en la estación vertical y en la de la flexión anterior horizontal del tronco.

Si en ambas actitudes, las regiones situadas inmediatamente de cada lado de la columna lumbar tienen la misma apariencia, se puede afirmar que no hay escoliosis lumbar.

Si se observa una eminencia paraespinal en la estación vertical, hay escoliosis lumbar. Para definir el carácter de ella, hay que ver lo que sucede á esta eminencia en la flexión anterior del tronco: 1) Si hay atenuación de la superelevación paraespinal, escoliosis benigna. 2) Si la superelevación paraespinal conserva su mismo aspecto, escoliosis de gravedad media. 3) Si se exagera la eminencia, escoliosis muy grave.

Las escoliosis dorsales y lumbares del 1º grado son curables y las del 2º grado pueden ser notablemente mejoradas por un tratamiento enérgico; las del 3º grado son poco modificadas por el tratamiento ortopédico que procura sin embargo un resultado apreciable deteniendo el proceso.

He comprobado el valor de estos pronósticos en numerosos casos que he podido observar.

Esta simple clasificación de las escoliosis de los adolescentes tiene para el médico práctico muchas ventajas; ella le permite: 1º reconocer inmediatamente si hay escoliosis en un niño que tiene mala actitud; 2º. hacer tratar á tiempo esta escoliosis cuando existe realmente; 3º. formular un pronóstico cierto sobre la eficacia del tratamiento que se ha instituído.

MALLOIZEL.—Tuberculosis efímera atípica (*Le Med.* 11 février 1908).

1º Desde el principio de la afección se encuentran signos físicos anormales en un vértice: Si se trata de una lesión avanzada, la tuberculosis no es dudosa, y cualquiera que sea la afección intercurrente ya se sabe lo que debe hacerse para el porvenir del enfermo. Si se trata de una lesión mínima, submatítez con disminución de la inspiración, el caso es más difícil. Es preciso auscultar todos los días el enfermo y ver si se producen modificaciones perceptibles en el vértice. Si

los signos son invariables y fijos durante todo el episodio agudo, nada puede afirmarse. Hay muchas probabilidades para que los signos percibidos en el vértice provengan de la tuberculosis; pero ésta puede ser muy antigua sin que el enfermo se recuerde: puede haber pues una *cicatriz*. Cuando se auscultan los individuos que niegan todo pasado pulmonar, es tan frecuente encontrar signos análogos en un vértice que hay que tener cuidado de no considerar como actuales todas esas induraciones pulmonares. Felizmente hay muchos tuberculosos que curan, sin apercibirse de su mal. Si al contrario *el vértice se modifica durante la evolución* de la afección actual, si la respiración se vuelve más ruda, si la submatitez se extiende, si los craquidos aparecen aunque sean pasajeros, no hay duda que se trata de una lesión actual verosímilmente de la misma naturaleza.

2º Al principio no se encuentra ningún signo en el vértice, pero ellos se desarrollan en seguida.—Estos signos son casi ciertamente debidos á lesiones tuberculosas; ¿debe concluirse que la espleno-neumonía es debida al bacilo de Koch? Hay que distinguir el momento de aparición de estos signos. Cuando una neumonía despierta una tuberculosis latente, hay generalmente entre la defervescencia y la aparición de los primeros signos de la tuberculosis un período que es por término medio de 8 á 10 días, por lo menos. Admitiendo que la neumonía dure 7 días, hay que contar cerca de 15 á 24 después del principio de la enfermedad intercurrente, para que los signos sean perceptibles en los vértices. Cuando la fiebre tifoidea despierta la tuberculosis es al fin del 3º septenario que se puede hacer el diagnóstico. Así pues si la lesión del vértice aparece en los 15 primeros días de la espleno-neumonía es muy probable que se trate de manifestaciones tuberculosas desde el principio. Si al contrario esos signos no aparecen sino un mes después del principio del mal, se podrá siempre decir que la manifestación pleuro-cortical no era bacilar, que no ha hecho sino despertar las lesiones tuberculosas. Quedará la duda sobre la naturaleza del episodio agudo, pero para el enfermo, el resultado será idéntico. La espleno-neumonía tuberculosa cura como las demás, hasta el punto de desconocer su naturaleza. Que la tuberculosis del vértice se desarrolle espontáneamente después de un cansancio, ó después de una bronquitis aguda simple, ella exige los mismos cuidados.

Bajo el punto de vista práctico, el único razonamiento es este: ó la enfermedad actual es de naturaleza tuberculosa, ó si no lo es, es frecuente ver aparecer la bacilosis después de élla; en uno y otro caso, *el enfermo debe ser vigilado de cerca y durante largo tiempo.*