

## TUBERCULOSIS (conclusión)

*Contracoloración.*—Pottenger<sup>6</sup> declara que, cuando hay pocos bacilos, el ácido pícrico como contracolorante rinde más de cinco veces más que el azul de metileno, por lo cual debe desecharse el último. Con el método de la dilución, flotación y contracoloración con ácido pícrico, se obtienen por término medio más de sesenta veces más bacilos que con los frotos directos contrateñidos con azul de metileno, y de 150 a 250 más que con material homogeneizado.

*Cobayo en México.*—En el estudio de un caso de meningitis tuberculosa, González Ancira<sup>7</sup> afirma que Castrejón y todos los que se han dedicado a investigaciones del mismo género en México declaran que en dicho país los cobayos no son tan sensibles a la infección tuberculosa, es decir, que son difícilmente tuberculizables, siendo probable que los exámenes en cobayos resulten positivos menos frecuentemente que en Estados Unidos y Europa.

*Inoculación experimental.*—Ninni<sup>8</sup> inyectó directamente en los ganglios linfáticos de cobayos varias materias, que se sospechaba contenían bacilos tuberculosos: líquido pleural y cefalorraquídeo, exudado neumónico, pus, heces, etc.; inoculando 3 cobayos con cada sustancia: 2 con 0.1 cc., y 1 subcutáneamente con 2 cc. La inoculación del líquido pleural o cefalorraquídeo fué casi siempre seguida del desarrollo de bacilos tuberculosos en los ganglios linfáticos dentro de 8 días. Para las otras sustancias, precisaron 12 días. Sin embargo, ese período es mucho más breve que cuando se utiliza la vía subcutánea. Los cobayos fueron retenidos vivos por algún tiempo después de excindir los ganglios inoculados, y todos aquéllos en que se habían descubierto bacilos tuberculosos, manifestaron síntomas clínicos de tuberculosis. Cuando las sustancias inyectadas contenían otras bacterias además, éstas no ejercieron ningún efecto sobre el ganglio, y no podían observarse al cabo de 8 ó 12 días, lo cual constituye una ventaja marcada sobre las inyecciones subcutáneas, pues en éstas los otros bacilos producen siempre un absceso.

*Medicamentos.*—Burrell<sup>9</sup> afirma que los medicamentos poseen valor reconocido en ciertos síntomas y complicaciones de la tuberculosis pulmonar, pero no ejercen ningún efecto específico sobre la enfermedad. Las sales de cobre han sido abandonadas debido a las intensas reacciones que producen. En 1890 Koch descubrió que los preparados áuricos *in vitro* eran eficaces, pero demasiado tóxicos para el hombre. Después se ha probado la sanocrisina, y también se han descrito buenos resultados con la administración de calcio. Éste debe ser administrado en períodos prolongados y de preferencia por

<sup>6</sup> Pottenger, J. E.: Am. Rev. Tub. 24: 583 (nbre.) 1931.

<sup>7</sup> González Ancira, E.: Rev. Mex. Cien. Méd. 5: 679 (eno.) 1931.

<sup>8</sup> Ninni, G.: Ann. Inst. Past. 45: 433 (obre.) 1930.

<sup>9</sup> Burrell, L. S. T.: Brit. J. Tuberc. 24: 134 (jul.) 1930.

vía bucal y muscular, acompañado de aceite de hígado de bacalao y de extracto paratiroideo. El yodo resulta en particular beneficioso cuando hay bronquitis. El cacodilato de sodio probablemente no ejerce otro efecto que el tónico. La creosota hace daño a dosis masivas y resulta inútil a dosis pequeñas. A menudo parece haber deficiencia crónica de vitaminas en la tuberculosis, sobre todo en la pubertad.

*Quimioterapia.*—Ante la Sociedad de Médicos de los Hospitales de París, Flandin, Lecocq, Maisson y Thiroloix presentaron su opinión, basada en numerosas pruebas terapéuticas, no tan sólo con las sales úricas, sino también con las de cerio y molibdeno. Es difícil interpretar la mejoría observada en la tuberculosis pulmonar, pues puede ser espontánea, pero las pautas mejores son la temperatura, el peso, los bacilos del esputo, y las observaciones radiológicas. De las sales úricas, prefieren un compuesto lipófilo en inyecciones intramusculares. Los resultados han sido satisfactorios en la mayor parte de los casos. Con respecto al cerio por vía bucal o intramuscular, el resultado fué por lo menos equivalente al obtenido con las sales úricas, con las cuales puede alternarse. El molibdeno parece producir resultados todavía mejores. (Carta de París: *Jour. Am. Med. Assn.* 702 (fbro. 28) 1931.)

Sullivan<sup>10</sup> estudió los protocolos de mil casos de tuberculosis descubriendo en 11.6 por ciento sífilis. Si ésta es latente, o el enfermo viejo, o existen complicaciones graves, como nefritis crónica o cardiopatía, probablemente es mejor probar primero la higiene general, y si no hay mejoría, iniciar con cautela la terapéutica antisifilítica. Si la sífilis es activa y afecta la gravedad de la tuberculosis, debe ser tratada. Debe comenzarse con una dosis pequeña de neosalvarsán, y aumentarla gradualmente, pero sin pasar jamás de 0.6 gm. Una vez iniciado el tratamiento, debe ser completado. Los mercuriales y los bismutados complementarán a los arsenicales, pero no deben utilizarse yoduros.

*Antígeno metílico.*—Evans y Spray<sup>11</sup> probaron en 48 enfermos en varios períodos de tuberculosis avanzada, el antígeno metílico de Nègre y Boquet. Aunque los primeros resultados eran algo alentadores, los subsecuentes no revelaron ningún beneficio permanente tras una serie completa de 32 inyecciones. El procedimiento ha sido aplicado en otra parte a 40 cobayos y 7 monos, sin efecto observable.

*Antígeno metílico.*—Espaciando ligeramente las inyecciones del antígeno metílico de Boquet y Nègre, Comis<sup>12</sup> ha podido evitar la sensibilización, y llegado a inyectar dosis enormes. Con ese mismo espaciamiento, se obtiene la inmunización del organismo, que dispone del tiempo necesario entre dos inyecciones, para explotar convenientemente el antígeno inyectado. Con ese método se obtiene la curación, puede decirse completa, de las lesiones externas de la tuberculosis, así como una mejoría pronunciada de algunas tuberculosis pulmonares en las cuales, con el método anterior, no se obtenía efecto. En un pequeño número de casos hubo, sin embargo, que abandonar el tratamiento, debido a las reacciones generales, y en particular febriles, que eran demasiado prolongadas.

<sup>10</sup> Sullivan, M.: *Am. Jour. Syph.* 15: 37 (eno.) 1931.

<sup>11</sup> Evans, G. F., y Spray, R. S.: *W. Va. Med. Jour.* 27: 20 (eno.) 1931.

<sup>12</sup> Comis, A.: *Marseille Méd.* 68: 464 (ab. 5) 1931.

Las observaciones de Levaditi y Lépine<sup>13</sup> demuestran que la asociación terapéutica del ergosterol irradiado (vitamina D) por vía bucal, y del antígeno metílico de Nègre y Boquet por vía subcutánea, ejerce un influjo favorable sobre la tuberculosis experimental del conejo (cepa bovina), sin que se manifieste la intensa acción calcificante de la vitamina D sobre las alteraciones bacilares del testículo y el pulmón.

*Vitamina D en la tuberculosis ósea.*—La adición de ergosterina<sup>14</sup> irradiada a un régimen equilibrado y ya adecuado en contenido vitamínico, no produjo marcada aceleración de los procesos de cicatrización en 9 de 18 niños que padecían de tuberculosis ósea, comparado con otros 9 que recibieron el mismo régimen, pero sin ergosterina irradiada. Dosis terapéuticas relativamente grandes de ergosterina (equivalentes a 0.6 a 1 litro diario de aceite de hígado de bacalao), no evocaron síntomas tóxicos ni calcificación patológica observable, ni hipercalcemia o hiperfosforemia.

*El carbón en el tratamiento.*—De sus observaciones en tuberculosos, Vaccarezza y Martínez<sup>15</sup> deducen que el carbón no representa una medicación útil en la tuberculosis pulmonar y puede, en cambio, ser peligrosa. Publican 10 observaciones con una muerte, 7 agravaciones, 3 hemoptisis y complicaciones, 2 mejorías y un estacionamiento.

Glaser<sup>16</sup> describe 19 casos de tuberculosis pulmonar, en que probó un preparado de carbón en polvo, a dosis venosas de 3 cc., repetidas cada 10 días, y sin administrar más de tres inyecciones. Después de cada inyección, el enfermo era encamado, y se determinaba la temperatura cada dos horas. Las inyecciones resultaron más eficaces en los casos con lesiones catarrales, pero el efecto fué transitorio.

*Colina.*—Carles y Leure<sup>17</sup> confirmaron ante la Academia de Medicina de París, los previos resultados con respecto a la acción, a menudo notable, del clorhidrato de colina en las tuberculosis. Sin embargo, no se trata de un medicamento específico, sino de un agente que aumenta o restablece los medios de defensa.

*Cumis.*—Rubenstein<sup>18</sup> hace notar que, en el oeste de Europa y parte de Asia, han empleado desde hace mucho tiempo el cumís, con marcado éxito en la dietoterapia de la tuberculosis pulmonar, recomendándose por su contenido ideal de albúmina, grasas, hidratos de carbono, y sales minerales. Viene a ser un tratamiento irritante, que a dosis masivas puede producir reacciones contraproducentes, en tanto que a dosis terapéuticas acrecienta las fuerzas inmunobiológicas del organismo. El cumís posee virtudes diuréticas y sedantes, y por licuar el esputo, facilita la expectoración. También mejora la fórmula sanguínea. Para el tratamiento, hay que seleccionar cuidadosamente los casos, dosar bien el cumís, y observar cuidadosamente al enfermo. Para esto pueden utilizarse la eritrosedimentación y la reacción de Costa.

Las observaciones de Vilkoviskiy<sup>19</sup> comprenden un estudio de 65 tuberculosos y 10 sujetos normales, en que estudiara el efecto del cumís sobre el número

<sup>13</sup> Levaditi, C., y Lévine, P.: Gaz. Hop. 104: 1107 (jul. 18) 1931.

<sup>14</sup> Grayzel, H. G., Shear, M. J., y Kramer, B.: Am. Rev. Tub. 24: 106 (agto.) 1931.

<sup>15</sup> Vaccarezza, R. A., y Martínez, F.: Semana Méd. 37: 1853 (dbr. 18) 1930; Rev. Especialidades 5: 1730 (nbre.) 1930.

<sup>16</sup> Glaser, W.: Beitr. klin. Tub. 76: 187 (dbr. 22) 1930.

<sup>17</sup> Carles, J., y Leure, F.: Progrès Méd. (mzo. 14) 1931, p. 495.

<sup>18</sup> Rubenstein, C. L.: Am. Rev. Tub. 24: 537 (nbre.) 1931.

<sup>19</sup> Vilkoviskiy, A. L.: Klin. Med. 12: 1173 (fbro.), 1931.

de reticulocitos. La fórmula reticulocitaria en la mayoría de los tuberculosos, si había compensación cardíaca absoluta, no se derivó de lo normal ni varió con el tratamiento. La hiper-reticulocitosis se acompañó de descompensación cardíaca, y sólo se observó aumento en la tuberculosis hipertóxica. Con el cumis, a medida que mejoran el estado tuberculoso, la descompensación cardíaca y la toxicosis, la reticulocitosis se aproxima a lo normal.

*Quinina*.—Los experimentos de Levy<sup>20</sup> demuestran que, *in vitro*, la quinina ejerce un efecto marcado sobre el bacilo tuberculoso, inhibiendo su desarrollo en diluciones hasta de 1 por 50,000; pero sin afectarlo al 1 por 100,000. Varios cobayos fueron tratados por tres semanas con quinina, inoculándoseles después una dosis masiva de bacilos tuberculosos. Esos animales vivieron más tiempo y su peso fué mucho mayor que el de los que recibieron primero los bacilos, y la quinina sólo tres semanas después.

*Salicilato de sodio*.—Couv y Popoff<sup>21</sup> comunicaron a la Academia de Medicina de París, que han continuado obteniendo buenos resultados con el salicilato de sodio al 1 por 30, por vía venosa, en la neumonía, inyectando 1 gm. una o dos veces diarias. La mortalidad fué de 5 por ciento.

*Trasmután*.—Vaccarezza y Pastor<sup>22</sup> declaran que el bacilo tuberculoso trasmutado de Spronch y Hamburger ejerce en el enfermo tuberculoso modificaciones focales y por su intermedio reacciones mesenquimáticas favorables. Para conseguir ese objeto es preciso comenzar el tratamiento con la serie O, repitiéndola cada semana hasta comprobar su utilidad, y aumentándola en 0.1 a medida que aumenta su tolerancia, sin que se pueda establecer todavía el máximo. Las principales indicaciones radican: en las formas compensadas y sub-compensadas a predominio fibroso; en el período de apirexia consecutivo al colapso de las lesiones pulmonares; a continuación de otras medicaciones resolutivas, y en las formas iniciales y tórpidas en los estados crónicos. Los autores describen 10 casos.

*Dietoterapia*.—Refiriéndose al metabolismo de sales minerales en la tuberculosis, Mayer<sup>23</sup> afirma la posibilidad de que ciertas constituciones reaccionen favorablemente a la supresión de la sal de mesa, y también de que algunos individuos mejoren al recibir una cantidad mayor de vitaminas, correlacionándose ambos factores de algún modo bioquímico. Sin embargo, no cabe dictar una dietoterapia universal, ni existe un tratamiento curativo universal para la tuberculosis. Sí puede realizarse la resistencia de ciertas constituciones inferiores, y de ciertas funciones defectuosas o deficientes, con la dietoterapia correcta, y esa resistencia mayor representa la fase meritoria de esos nuevos esfuerzos.

Resumiendo su estudio de la dietoterapia de Sauerbruch, Hermannsdorfer y Gerson en 53 casos, Banyai<sup>24</sup> declara que el régimen es técnicamente difícil, pero todavía aplicable, debiendo reservarse para instituciones provistas de los medios necesarios y donde pueden analizarlo con respecto a la forma de los casos, duración del tratamiento, etc. En los casos estudiados varió mucho la tolerancia al

<sup>20</sup> Levy, A. J.: Am. Rev. Tub. 23: 710 (jun.) 1931.

<sup>21</sup> Couv y Popoff: Progrès Méd. (mzo. 14) 1931, p. 495.

<sup>22</sup> Vaccarezza, R. A., y Pastor, M. F.: Rev. Méd. Lat-Am. 16: 591 (bro.) 1931; Rev. Espec. 5: 1687 (nbre.) 1930.

<sup>23</sup> Mayer, E.: Jour. Am. Med. Assn. 97: 1935 (dbr. 26) 1931.

<sup>24</sup> Banyai, A. L.: Am. Rev. Tub. 23: 547 (mayo) 1931.

régimen y a la medicación. La administración de ácido clorhídrico diluido antes de las comidas puede mejorar la función gastrointestinal del enfermo. El régimen no debe ser considerado como curativo o específico, sino puramente como coadyuvante. En 36 por ciento de los casos pulmonares se notaron efectos favorables, y hay que tener en cuenta que 82 por ciento de esos casos eran muy avanzados.

Volk<sup>25</sup> declara que la dietoterapia de Gerson rinde los mejores resultados en la tuberculosis osteoarticular y el lupo. También se observó efecto favorable en la tuberculosis de las mucosas. Con respecto a la forma pulmonar, las observaciones del autor coinciden con las de Sauerbruch, a saber: que muchos casos desahuciados mejoran a tal punto que pueden ser tratados quirúrgicamente. La dietoterapia no puede ser considerada una panacea para todos los casos de tuberculosis, pero es un valioso auxiliar terapéutico. El régimen de Gerson está basado en la observación de que una dieta acidógena fomenta la curación de los procesos infecciosos. Los experimentos en animales también han demostrado que una gran cantidad de grasa merma la susceptibilidad a la infección tuberculosa, y las vitaminas también poseen mucha importancia.

Pawlowski<sup>26</sup> empleó el régimen de Gerson-Herrmannsdorfer en 64 muchachos que padecían de tuberculosis ósea o articular, y como testigos, suministró un régimen normal a 94 muchachos, sin observar marcada diferencia en el resultado en los dos grupos. Abandonó entonces la dieta, y con los habituales procedimientos dietéticos y terapéuticos, obtuvo los mismos éxitos y fracasos. Para el autor, los resultados favorables se deben probablemente a la medicación con aceite de hígado de bacalao, y al alto contenido en vitamina del régimen.

Schmiedeberg<sup>27</sup> ha utilizado también el mismo régimen durante los dos últimos años, en muchos niños con tuberculosis de los ganglios linfáticos bronquiales (con o sin manifestaciones escrofulosas), con tuberculosis pulmonar, y con tuberculosis múltiple de los huesos y ganglios linfáticos. Para él, el régimen de Herrmannsdorfer puede ser utilizado hasta en los pequeños apenas destetados, pero por lo menos la mitad de los tratados perdieron el apetito poco después, y se negaron a recibir la alimentación. Los mejores resultados correspondieron a los niños de 3 ó 4 años y de 13 ó 14. Cuando había manifestaciones escrofulosas en la piel, éstas a veces revelaron marcada regresión, pero frecuentemente no sucedió así, y en los casos graves no mejoraron las infiltraciones corneales. En las inflamaciones perifocales y en la tuberculosis adenobronquial sin manifestaciones escrofulosas en la piel, el resultado no fué satisfactorio, y en la tuberculosis pulmonar, menospreciable.

Sauerbruch y Herrmannsdorfer<sup>28</sup> replican a las críticas de su dietoterapia, haciendo notar que algunos de los autores no continuaron sus observaciones suficiente tiempo. En la evaluación de una terapéutica de la tuberculosis, precisa cierta reserva, dada la evolución variable de la enfermedad, y las alteraciones frecuentemente imprevistas. La dietoterapia no debe ser considerada como específico ni como panacea, sino más bien como un auxiliar menospreciado en el

<sup>25</sup> Volk, R.: Wien. klin. Wehnschr. 43: 1461 (nbre. 27) 1930.

<sup>26</sup> Pawlowski, E.: Deut. med. Wehnschr. 56: 1870 (obre. 31) 1930.

<sup>27</sup> Schmiedeberg, H.: Monatschr. Kinder. 48: 230 (obre.) 1930.

<sup>28</sup> Sauerbruch, V., y Herrmannsdorfer, A.: Münch. med. Wehnschr. 77: 1829 (obre. 24) 1930.

pasado, y que, lo mismo que la climatoterapia, afecta todo el organismo. Con ambas terapéuticas habrá resultados favorables y completos fracasos. El método, como cualquier otro, tiene sus indicaciones y contraindicaciones. Además, aunque sólo resultara útil en la tuberculosis cutánea, ósea y articular, esto ya representaría mucho.

Para Köhler,<sup>29</sup> todavía no se comprenden bien las bases teóricas de la dietoterapia. Sin embargo, ya se ha demostrado que ciertos factores, tales como riqueza en vitaminas, aceite de hígado de bacalao, y sales minerales, ejercen un efecto favorable. Para la evaluación, precisan observaciones clínicas en muchos enfermos y durante un período prolongado. En la clínica quirúrgica de Munich han observado a 200 tuberculosos en los últimos dos años, y de esa serie deduce el autor que el régimen ejerce un efecto terapéutico en el lupo y en la tuberculosis cutánea. En la tuberculosis osteoarticular, el resultado es favorable en los casos leves y medianos, pero rara vez en los graves y supurados con infecciones mixtas y mucha secreción. En la tuberculosis pulmonar, no ha transcurrido todavía suficiente tiempo para sacar deducciones precisas. La dietoterapia sólo surtirá efecto si saben seguir sus reglas en la cocina. Si es utilizada en la tuberculosis quirúrgica, no debe descuidarse el tratamiento quirúrgico.

*Esplenoterapia.*—Leitner<sup>30</sup> probó el extracto esplénico en el tratamiento de 41 tuberculosos pulmonares, 35 de ellos en el tercer período de la enfermedad, y 6 en el segundo, todos bacilares, 36 con cavernas, y en 15 extensión a la laringe. La dosis diaria del extracto representaba 120 gms. de bazo fresco. El tratamiento duró de 6 semanas a 5 meses. De los 41, 17 revelaron marcada mejoría, en particular en el estado general, pero el proceso pulmonar sólo se estacionó temporalmente. No se modificaron los procesos laríngeos. Aunque el resultado no fué tan favorable como el obtenido por otros investigadores, el autor cree que como el tratamiento es inocuo y a veces actúa favorablemente, está justificado probarlo, sobre todo si no pueden utilizarse otras terapéuticas.

Mattausch<sup>31</sup> ha utilizado el extracto esplénico con éxito, durante año y medio en el tratamiento de 140 tuberculosos pulmonares. Los roentgenogramas obtenidos antes y después del tratamiento revelan un marcado proceso de induración. La estabilización de las fuerzas defensivas después de la ingestión del extracto esplénico, se refleja en la desaparición de la desviación a la izquierda y la aparición de linfocitos y eosinófilos en el cuadro leucocitario.

*Tratamiento de la tuberculosis genital en las mujeres.*—Según los anatómicos,<sup>32</sup> la tuberculosis representa de 1 a 2 por ciento de todos los trastornos genitales. El diagnóstico es a menudo difícil, y a menudo sólo lo ponen en claro la operación o la autopsia. En ocho años, Kermauner observó 92 casos de tuberculosis genital. En muchos había ascitis. En la mayoría realizó la reacción a la tuberculina, pero no resultó siempre fidedigna. En algunos casos, la laparotomía corroboró el diagnóstico. En el tratamiento, si se aplica la cirugía, el método de Hegar es todavía uno de los más importantes. Para el autor, se necesita en algunos casos, en particular para el diagnóstico, pero no le parece prudente la operación radical, por lo menos en las jóvenes. En los últimos años se ha recalcado el tratamiento general,

<sup>29</sup> Köhler, B.: id. p. 1832.

<sup>30</sup> Leitner, J.: Deut. med. Wehnschr. 56: 2082 (obre. 5) 1930.

<sup>31</sup> Mattausch, F.: Beit. klin. Tub. 75: 597 (obra. 23) 1930.

<sup>32</sup> Kermauner, F.: Wien. klin. Wehnschr. 43: 1245 (obre. 9) 1930.

y en particular la dietoterapia, el descanso, el aire, y el sol. La irradiación con la lámpara de cuarzo ha sido útil en la ascitis de los jóvenes. De utilizarse la roentgenoterapia, sólo deben aplicarse dosis pequeñas, en la mayoría como la décima parte de una unidad de dosis cutánea.

*Tuberculinoterapia.*—Yépez de Constante ensayó la tuberculinoterapia por vía intradérmica en 50 enfermos, la mayoría de tuberculosis pulmonar, algunos quirúrgicos, y dos cutáneos. La sedimentación globular fué un guía valioso en el tratamiento, pues cuando había mejoría, bajó casi proporcionalmente, y de no haber beneficio, no se modificó o, al contrario, se aceleró. Otro control de laboratorio de primer orden, fué el índice proteico, cuyo descenso refleja un pronóstico reservado. El método intradérmico permitió catalogar los enfermos según la mayor o menor intensidad de la reacción local, facilitando la graduación de la dosis. En general, los enfermos que presentaban buenas intradermorreacciones mejor toleraban la tuberculina, y en general, eran los más beneficiados. En los casos favorables mejoró el estado general y disminuyeron la tos y expectoración, aunque a veces suelen aumentar al comienzo. Los signos estetoscópicos se modifican, pero escasamente. No se altera la imagen radiográfica. Por acción detoxicante se explicaría la disminución de la taquicardia observada en algunos casos. En dos mujeres, al mejorar el estado general, apareció la menstruación, suspendida hacía tres meses. La observación continuará metódicamente. Del total, se beneficiaron las formas fibrosas en general y las fibrocáseosas de marcha tórpida y apiréticas. En las formas quirúrgicas se observaron pocos enfermos, pero éstos se beneficiaron. La tuberculinoterapia está formalmente contraindicada en las tuberculosis pulmonares de comienzo agudo con grandes temperaturas, en los empujes evolutivos de las formas crónicas, y en los casos avanzados. El autor describe 30 casos. Para él, el método intradérmico de Sahli disminuye las reacciones focales y generales, permite dosificar exactamente la dosis, e indica, por las reacciones locales, el resultado que va dando el tratamiento. (Yépez de Constante, E.: "Tuberculinoterapia Intradérmica.")

*Tratamiento con bacilos vivos.*—Kutschera-Aichbergen<sup>33</sup> en una serie de observaciones, se propuso determinar el peligro y eficacia del tratamiento de la tuberculosis con bacilos vivos. Su vacuna contenía microbios sin atenuar, y la probó en 19 casos, todos graves, en muchos de los cuales logró marcada mejoría, aunque otros tratamientos habían fracasado antes, y a pesar de existir complicaciones contraproducentes, lo cual demuestra aumento de la resistencia tras la inoculación. En varios casos, la mejoría no resultó permanente, pues hubo recaídas de 6 meses a un año después. El autor discute limitaciones, peligro, contraindicaciones e indicaciones del tratamiento, expresando la esperanza de haber demostrado que pueden hacerse pruebas terapéuticas con bacilos tuberculosos vivos, si se toman las precauciones del caso.

*Vacuna de Vaudremer.*—Ratinoff Granik describe la aplicación de la vacuna antituberculosa de Vaudremer en todos los tuberculosos recibidos en el servicio de urología del Hospital del Salvador, de Santiago de Chile. De ellos, sólo 32 siguieron durante algunos meses el tratamiento. En las afecciones quirúrgicas óseas, aunque el resultado fué satisfactorio funcionalmente, no se logró la curación anatómica en ningún caso. En las lesiones ganglionares y pulmonares, el efecto fué satisfactorio. Los derrames pleurales, por lo general, se beneficiaron. Todas las tuberculosis renales también mejoraron. Las tuberculosis genitales se modificaron muy poco, tal vez debido al mal estado de los enfermos. (Ratinoff Granik, R.: "Vacuna de Vaudremer y Tuberculosis," 1931.)

<sup>33</sup> Kutschera-Aichbergen, H.: Beitr. klin. Tub. 77: 121 (ab. 18) 1931.

*Suero de convaleciente.*—Leitner<sup>34</sup> probó la sangre de convaleciente en 63 casos de tuberculosis pulmonar, de varias edades y períodos. La enfermedad era evolutiva en 15 y estacionaria en 48, teniendo una duración de 6 meses a más de 5 años. La sangre inyectada fué extraída a convalecientes de una tuberculosis aguda, y fué inyectada, bien desfibrinada, o en forma de suero centrifugado a dosis de 1 a 10 cc. por vía muscular, cada 5 a 8 días, durante un período de uno a más de 6 meses. De los 15 evolutivos, 2 empeoraron, 4 mejoraron ligeramente, 9 mucho, y 2 no variaron. De los 48 estacionados, 14 mejoraron ligeramente, 34 mucho, y en 14 de los 36 casos abiertos se cerraron las cavernas. El autor trató después de utilizar suero de ganado inmunizado con bacilos atenuados, probándolo en 7 casos abiertos. De ellos, 3 mejoraron marcadamente, 1 después de 40, y 2 después de 12 inyecciones; 3 no variaron y 5 manifestaron signos contra-productores. Para el autor, el efecto fué en parte específico, y en parte inespecífico, y el método es sólo un coadyuvante.

*Tratamiento del lupo.*—En 264 casos de lupo tratados con los rayos X por Glikina y Jirmunskaya,<sup>35</sup> hubo mejoría en 7.8 por ciento, recurrencias de uno a dos años después en 4.9 por ciento, agravación en 1.5 por ciento, cicatrices atróficas y telangiectasia en 7 por ciento, y úlcera radiológica en un caso. Los resultados fueron más satisfactorios en los casos de úlcera de la piel y mucosas, pues en ninguno de 12 enfermos, se observaron recurrencias hasta 12 años después y otros fueron perdidos de vista tras una rápida cicatrización. En 9 enfermos, el lupo hipertrófico se benefició. Si la primera irradiación agravaba el estado general, se suspendía o abandonaba el tratamiento. Para los autores, la fototerapia de Finsen es preferible a los rayos X.

*Procedimiento de Robertson Lavalle.*—Robertson Lavalle<sup>36</sup> analiza los primeros 100 casos de mal de Pott en que probara su método. En conjunto, se curaron 76, mejoraron 7, y hay que reoperar 3; 8 no se curaron; y 6 fallecieron dentro del mes. Para el autor, todas las formas y todas las edades caben dentro de su procedimiento, pero unos casos son más difíciles que otros, sobre todo, los gibosos. El autor jamás ha dejado de operar en ningún caso que se le presentara, y de ahí que su proporción de éxitos no sea mayor. En los menores de 6 años, se curaron 8 de 10 niños.

Robertson Lavalle<sup>37</sup> ya tiene probados sus autoinjertos óseos en más de 600 casos de osteoartritis tuberculosas. Ahora comunica el resultado obtenido con el mismo tratamiento en 89 casos de mal de Pott, que se remontan, a lo más, a cuatro años y medio. Para él, su método es superior al de Albee. El resultado fué: curados, 62; en vías de curación, 7; mejorados, 5; por reoperar, 1; no curados, 8; y muertos en el mes de la operación, 6.

*Historia subsecuente de la tuberculosis extrapulmonar curada.*—Telford<sup>38</sup> ha tratado la tuberculosis extrapulmonar por métodos conservadores en una institución durante 26 años, aplicando, además de tratamiento general, una fijación rígida con escayola o aparatos. Los 170 niños tratados comprenden 67 enfermos del raquis, 71 de la cadera, y 32 de las rodillas, y todos fueron dados de alta de 1906 a 1924, como "aparentemente curados." No se examinó a ninguno dado de alta por un período menor de 6 años. De los 170 se determinó el estado actual de 129, y 110 siguen perfectamente bien. El tratamiento de los 170 duró, por término medio, 3 años y 2 meses.

<sup>34</sup> Leitner, J.: Beitr. klin. Tub. 76: 174 (dbr. 22) 1930.

<sup>35</sup> Glikina, K., y Jirmunskaya, K.: Vest. Rentgl. Rad. 8: 319, 1930.

<sup>36</sup> Robertson Lavalle, C.: Semana Méd. 38: 1743 (jun. 25) 1931.

<sup>37</sup> Robertson Lavalle: Rev. Méd. Lat.-Am. 16: 155 (nbre.) 1930.

<sup>38</sup> Telford, E. D.: Brit. Med. Jour. 2: 812 (nbre. 15) 1930.