

CRÓNICAS

Tuberculosis

Argentina.—Según Vitón, la tuberculosis mata en la Argentina de 25,000 a 30,000 personas al año, y ataca en forma diversa a un número 5 ó 6 veces mayor, es decir, a unas 200,000. En tanto que en otros países retroceden la mortalidad y morbilidad, sucede lo contrario en la Argentina, salvo pequeñas variantes locales. El mal se ha difundido a todos los ámbitos del país, con mayor o menor intensidad, según el medio. En las provincias ricas y asoleadas, como Mendoza, no ha cundido mucho, pero en Buenos Aires y Tucumán, donde la industria prepondera, las fuentes de contaminación multiplican los casos. En las zonas pastorales, como Corrientes, Entre Ríos, Pampa Central, la dolencia ataca especialmente las clases obreras, no siempre bien alimentadas. En Córdoba, más que otra causa, ha obrado la migración de los enfermos. En las regiones subtropicales, como Jujuy, Salta, Santiago, por una parte el paludismo, y en otras, como Corrientes, Chaco, Misiones, el trabajo extenuador y la anquilostomiasis, y en todas, la penuria económica, hacen cundir el flagelo. La tuberculosis causa, pues, serios perjuicios en todo el país, sin distinción de clase, regiones o edades, pues las revisiones médicas militares demuestran que en otras zonas también, como Rioja, Catamarca, etc., poco importantes comercialmente, se sufre igualmente del terrible mal. La resistencia desarrollada explica por qué en Buenos Aires son ahora más frecuentes las formas poco evolutivas que hace 30 años, aunque todavía forman elevado porcentaje las formas agudas, y por qué en el interior del país las formas caseosas son frecuentes.

Formas clínicas en la Argentina.—El material de Sayago y Hurtado² procede del Hospital de Tuberculosos T. C. de Allende de Córdoba, a donde acude un buen número de tuberculosos del norte del país. En 90 por ciento de los casos la condición social correspondía a las clases más pobres. Sólo en 39 por ciento los enfermos pertenecían a la campaña, y el 61 por ciento restante a la ciudad. La comunicación abarca un total de 81 casos estudiados a fondo. La edad varió de 18 a 20 años en 18.8 por ciento; de 20 a 30 años en 52.9 por ciento; y de 30 y más años en 28.1 por ciento. La proporción de los sexos fué: varones, 64.7 por ciento; mujeres, 35.3 por ciento. La proporción de contagio familiar alcanzó a 21.3 por ciento. En los antecedentes

¹ Vitón, Alfredo: Rev. Cir. Méd. Arg. & Cen. Est. Med. 28: 1037 (mayo) 1923.

² Sayago, G., y Hurtado, J.: Prensa Méd. Arg. 15: 199 (jul. 10) 1928.

figuraba el paludismo en 33.17 por ciento. Se curó el 2 por ciento; mejoró el 28.1 por ciento; empeoró el 22 por ciento; y murió el 47.1 por ciento. La división por formas fué: fibro-caseosas, 49.4 por ciento; caseosas, 44.7 por ciento; ganglionares, 2 por ciento; pleurales, 1.2 por ciento; y septicémicas, 1.2 por ciento. La evolución, en general desfavorable, debe interpretarse principalmente como causada por la gravedad de los enfermos, a tal grado, que la mitad de las defunciones se produjeron dentro de los primeros tres meses de ingreso en la clínica.

Chile.—Según el informe de la Dirección de Sanidad al Ministerio de Bienestar Social de Chile, en dicho país no hay sanatorios ni hospitales especiales para tuberculosos instalados en buenas condiciones higiénicas, y en cambio, el número de enfermos es enorme, alcanzando aproximadamente a 60,000. Debido a esta circunstancia, la Caja de Seguro Obrero, que atiende a un gran porcentaje de tuberculosos, se ha visto obligada a alquilar un hotel particular para poder llevar a los enfermos. La tuberculosis constituye la primera causa de la mortalidad en Chile. El único establecimiento del país destinado a curar tuberculosos tiene una capacidad total para 600, y es el Hospital de San José de Santiago. El Gobierno ha designado hace poco como director al Sr. Carlos Ramírez, y subdirector o sea técnico al Dr. L. Ugarte Valenzuela. La nueva administración ha emprendido la reorganización de los servicios, y tiene también en estudio la construcción de solaríos.

Epidemiología en Puerto Rico.—Costa Nandry³ pone de relieve ciertos hechos significativos acerca del alto desarrollo que ha alcanzado la tuberculosis en Puerto Rico. Los datos no se remontan más allá de 1923, por ser poco fidedignos los anteriores. Entre las causas de la muerte en Puerto Rico la tuberculosis ocupa el segundo lugar (221.9 por 100,000), sólo superándola la llamada "diarrea-enteritis." La mortalidad por 100,000 ha variado de 205.5 en 1923-24, 220.9 en 1924-25 y 233.2 en 1925-26 a 268.1 en 1926-27; es decir que ha aumentado constantemente en los últimos 4 años. La proporción es 22 por ciento mayor para las mujeres que para los hombres y 50 por ciento mayor para los negros que para los blancos y 3.5 mayor para los habitantes de las ciudades que para los de los campos. La tuberculosis constituye, pues, en Puerto Rico un problema de inmensa magnitud, ya que la mortalidad es allí mayor que en ningún otro país civilizado, y en vez de retroceder, aumenta cada día.

El estudio autópsico realizado por Burke⁴ de una serie de 124 casos tuberculosos en Puerto Rico y de otra igual en New Haven, Conn., E. U. A., no reveló ninguna diferencia notable en la naturaleza de las lesiones. Hubo sí más lesiones activas y avanzadas en Puerto Rico

³ Costa Mandry, O.: P. R. Rev. Pub. Health 4: 3 (jul.) 1928.

⁴ Burke, Alice M. B.: P. R. Rev. Pub. Health 4: 14 (jul.) 1928.

y un porcentaje algo mayor de casos probables en New Haven. Las lesiones en Puerto Rico fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres después de los 20 años y comparativamente raras en ambos sexos antes de esa edad. Si bien el número de casos estudiados es demasiado pequeño para permitir generalizaciones, la tuberculosis glandular y en particular la cervical parecen ser frecuentes en Puerto Rico.

Mortalidad en los negros puertorriqueños.—De 572 tuberculosis observados por Rodríguez Pastor,⁵ 379 eran blancos, 102 mulatos y 91 negros. De los 124 incipientes, 29.8 por ciento y de los 448 avanzados, 34.9 por ciento eran negros. Del total de negros, 19.2 por ciento eran incipientes y 80.8 por ciento avanzados, comparado con 29.8 y 70.02 por ciento en los blancos. En 1924, la mortalidad tuberculosa fué de 188.7 entre los blancos y de 298.7 entre los negros. En 1925, las cifras fueron 216.7 y 333, respectivamente, y en 1926, 251.1 y 350. Los datos corroboran lo notado en otras partes, a saber, que el negro posee menos inmunidad que el blanco a la tuberculosis.

Alemania.—Según un informe estadístico publicado por la Caja del Seguro de Colonia,⁶ la morbilidad por tuberculosis entre los miembros, de 1915 a 1925, fué sólo ligeramente menor que el promedio de 1904 a 1914. En esas estadísticas quedan comprendidos los años de la guerra y de la inflación, sin abarcar el período de 1926 a 1928, en que bajó marcadamente la mortalidad. Dividiendo las personas que se ganan la vida en tres grupos: patronos, empleados y dependientes (incluso familiares), en 1924 la mortalidad por tuberculosis fué en los dos primeros grupos de 9.9 por diez mil, y en el tercero de 15.6. En los últimos años la mortalidad en los grupos 1 y 3 es casi idéntica (9.6 y 9.5 por diez mil) en tanto que en el grupo 2 sólo es de 6.9. Esta observación armoniza con un hecho conocido desde hace años en Alemania, a saber: que en contraposición a lo que sucedía en el pasado, las regiones más industriales, por ejemplo Sajonia, tienen menos tuberculosis que las agrícolas, por ejemplo Baviera.

Japón.—En el Japón calculan que la tuberculosis ocasiona como 10 por ciento de la mortalidad total del país.⁷ La mayor parte de sus víctimas tienen de 15 a 35 años. Solamente en Tokio hubo 11,689 muertes de la enfermedad en 1927. El día antituberculoso fué celebrado en todo el país el 27 de abril.

Profilaxia.—La liga de sociedades interesadas en la lucha tuberculosa de Berlín, ha remitido a los médicos el siguiente comunicado:

Según las últimas investigaciones, la tuberculosis pulmonar grave no se presenta frecuentemente del habitual modo crónico, sino que comienza con infiltrados

⁵ Rodríguez Pastor, J.: P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 3: 416 (ab.) 1928.

⁶ Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 91: 412 (agto. 11) 1928.

⁷ Carta del Japón: Jour. Am. Med. Assn. 91: 110 (jul. 14) 1928.

inflamatorios (los llamados incipientes) que quedan principalmente debajo de la clavícula, en tanto que los vértices permanecen indemnes durante algún tiempo o permanentemente. Los susodichos infiltrados tempranos, que afectan principalmente a los jóvenes, entrañan siempre el peligro de propagar la infección. En cambio, suelen manifestar tendencia curativa, si se emplean medios apropiados. Por lo tanto, es indispensable reconocerlos cuanto antes en aras del enfermo y de los que lo rodean. . . . Esos infiltrados son difíciles de reconocer al principio, pues el cuadro clínico es a menudo más característico de influenza o de otras afecciones respiratorias. Por lo tanto, hay que llamar la atención sobre dos puntos fundamentales: la mayor parte de esos enfermos manifiestan al principio bacilos tuberculosos en el esputo; y la infección reviste la naturaleza de la tuberculosis abierta. Por lo tanto, no debe omitirse nunca el examen del esputo, en particular cuando se descubren por primera vez los infiltrados, pues los microbios pueden desaparecer al cabo de algunas semanas. Si es necesario, deben realizarse, no uno, sino varios exámenes del esputo. . . . En los casos en que no se descubren bacilos, el examen roentgenológico y a menudo el roentgenograma decidirán el diagnóstico. . . . Estas advertencias no deben alejar la atención de los médicos, del catarro de los vértices, que ha formado hasta ahora el principal contingente de los enfermos admitidos en los centros terapéuticos.

El seguro obrero en la profilaxia en Chile.—Para Betzhold,⁸ la ley 4054 sobre el seguro obrero obligatorio, es hoy por hoy la mejor organización de que disponen en Chile contra la tuberculosis y otras plagas sociales. Esta ley viene a constituir un verdadero gran dispensario, precioso como organización y funcionamiento, pero que resultará estéril sin las obras complementarias que exige la lucha sistemática y organizada contra la peste blanca.

Valor del dispensario.—Para Wilkinson,⁹ sólo puede atenderse a 10 por ciento de los tuberculosos en los sanatorios, y el tratamiento en ellos es costoso, y probablemente 10 veces más que en un dispensario, siendo los resultados definitivos mucho mejores en el último. En el dispensario el médico puede mantenerse en contacto con los enfermos, no tan sólo durante el tratamiento, sino después. Además, el sistema vigente de cooperación con enfermeras visitadoras parece ofrecer un modo mejor de implantar las medidas profilácticas en el hogar, sin olvidar que, en la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar crónica simple, no es necesario que los enfermos abandonen su trabajo.

Premio a un higienista inglés.—La Asociación Nacional de la Tuberculosis de los Estados Unidos otorgó en la reunión anual celebrada en Portland en el mes de julio, 1928, su medalla Trudeau a Sir Robert W. Philip, de Edimburgo, actual presidente de la Asociación Médica Británica, por haber elaborado un plan que resultó eficaz para dominar la dolencia en su población, y que ha sido luego tomado como modelo en otras partes de Inglaterra. Sir Robert es el primer extranjero que haya recibido la medalla.

⁸ Betzhold, H.: Arch. Soc. Méd. Valparaíso 1: 550 (nbre.-dbr.) 1927.

⁹ Wilkinson, W. C.: Brit. Jour. Tuberc. 22: 65 (abr.) 1928.

Escuela.—En un *Deutsche medizinische Wochenschrift* reciente, el profesor von Brunn recalca la importancia de la escuela en la cruzada antituberculosa. Los alumnos deben ser reconocidos por los médicos escolares, y enviados, si es necesario, a los sitios apropiados para tratamiento. Por supuesto, lo primero es que la escuela cumpla todos los preceptos higiénicos en su diseño, disposición e instalación. El maestro no tan sólo debe ser un ejemplo viviente para los alumnos, sino enviar a todos los enfermos al médico escolar. De 10,500 niños que reconociera el autor, 400 tenían tuberculosis. Los pocos casos graves deben ser separados de los muchos leves. La tuberculosis de un maestro constituye un grave peligro para los alumnos, y los médicos escolares deben estar a la mira de esos casos. Deben también buscar los focos infecciosos, sin olvidarse de que tal vez radiquen en un adulto, pues bastantes veces los abuelos transmiten la enfermedad a los nietos.

Escuelas.—Goudsmit y Vanderloo¹⁰ publican cifras para demostrar que, en las escuelas donde el maestro tiene tuberculosis abierta, aumenta el número de niños con signos de tuberculosis.

Aldea.—La aldea de Papworth en Inglaterra para los tuberculosos es única en su género, pues ofrece albergue a los enfermos y a las familias. En el año 1927 se recibieron 193 hombres y 44 mujeres. A todos se les enseñan industrias apropiadas, pues Papworth es en realidad una aldea industrial de 700 habitantes. De los 144 niños que viven en quintas con padres tuberculosos, ni uno ha contraído la enfermedad, debido a la cuidadosa vigilancia médica. Después de permanecer en el sanatorio y aprender un oficio, los enfermos pasan a las hostelerías, o si tienen familias a una quinta. La labor realizada ha sido muy encomiada por el ministro de sanidad, y muchos médicos extranjeros han ido a visitar la aldea.

Influjo de las estaciones.—Refiriéndose al hecho de que el número de casos denunciados de tuberculosis en las Islas Faroe llega a su máximo hacia el fin de la primavera, Heerup¹¹ indica que los rayos solares tal vez activen la tuberculosis latente, en particular tras un período de comparativa obscuridad.

Frecuencia humana y bovina.—De 60 casos de tuberculosis extrapulmonar analizados por Morrison,¹² 34 debíanse a infección bovina. A ésta correspondieron 75 por ciento de los casos de tuberculosis adenocervical. Un 65 por ciento de los sujetos con infecciones humanas tenían más de 12 años al sobrevenir la iniciación aparente, y 35 por ciento 20 años o más. En cambio, en los casos de infección bovina, sólo 15 por ciento tenían más de 12 años, y 3 de los 5 casos, de 20 a 25 años. Aunque toscamente 75 por ciento de la tuberculosis ósea se debe al bacilo humano, las cifras suben a 82 por ciento en los sujetos de más de 15 años, y bajan a 70 por ciento en los de

¹⁰ Carta de Holanda: Jour. Am. Med. Assn. 91: 335 (agto. 4) 1928.

¹¹ Heerup: Beitr. klinik Tuberk. 68: 739 (mzo. 27) 1928.

¹² Morrison, J. T.: Lancet 2: 319 (agto.) 1928.

menos de 15. Estas cifras revisten mucha importancia. De los casos de infección linfadenica en los niños, 16 por ciento manifestaron el bacilo humano, y 84 por ciento el bovino. En los adultos, un 72 por ciento de todas las tuberculosis extrapulmonares fué resultado de infección humana, lo cual denota que una proporción muy numerosa de ellos tienen también un foco pulmonar, ya activo o latente, que agrava el pronóstico.

Inspecciones del ganado.—Durante el año fiscal que terminó el 30 de junio de 1928, el Negociado de Industria Animal del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos comprobó con tuberculina un total de 10,826,280 cabezas de ganado vacuno, o sea más de un millón más que el previo número mayor. Ciento sesenta y nueve mil trescientos cincuenta y seis rebaños que tienen 2,265,938 cabezas resultaron absolutamente indemnes a la tuberculosis, habiendo ya pasado dos o más pruebas. Quince millones novecientas sesenta y ocho mil setecientas catorce cabezas de ganado ya han pasado con éxito una prueba. Más de 21,000,000 de cabezas se encuentran bajo vigilancia por el Gobierno Federal y los Estados, y más de 3,000,000 se encuentran en lista para comprobación en el futuro.

Predisposición y pretuberculosis.—De 147 sujetos de 10 a 25 años calificados de predispuestos a la tuberculosis, García Triviño¹³ comprobó en 122 tuberculosis efectiva, desde adenopatías tráqueobronquiales y cervicales con ligeros pero evidentes signos pulmonares, acompañados de síntomas discretos, hasta lesiones más claras, ofreciendo los unos lo mismo que los otros una tuberculino-reacción positiva. De los 122, 79 convivían con padres, hermanos o parientes tuberculosos, y 103 habitaban casas insalubres o trabajaban en sitios antihigiénicos, lo cual demuestra que, más que predispuestos eran ya enfermos efectivos, y más que predisposición, había una constante exposición a la debilitación y al contagio masivo. La palabra pretuberculosis debe desaparecer de la fisiología, pues si nos referimos a la "infección," desde que nacemos todos somos tuberculosos, y si aludimos a la "afección" hay que asignar a la pretuberculosis una paternidad perogrullesca que resuelva la duda de que todo tuberculoso es antes pretuberculoso, de la misma manera que todo tífico es antes pretífico.

Herencia.—Calmette, Valtis y Lacomme¹⁴ trazan una distinción "entre la herencia bacilar propiamente dicha, proveniente de la transmisión directa de las formas normales del bacilo de Koch, que es rara, y casi fatalmente mortal para el recién nacido, y la infección transplacentaria por el ultravirus que parece, por el contrario, muy frecuente, y que cuando no determina la muerte rápida del feto o del recién nacido, no parece acarrear consecuencias graves para los

¹³ García Triviño: Med. Ibero 22: 706 (jun. 23) 1928.

¹⁴ Calmette, A., Valtis, J., y Lacomme, A.: Gaz. Hop. 101: 987 (jul. 7) 1928.

lactantes cuando éstos no se hallan expuestos a reinfecciones bacilares en el medio familiar.”

Transmisión hereditaria de un virus filtrable.—Arloing y Dufort¹⁵ inocularon a los cobayas al nacer el virus filtrable de la tuberculosis. Algunos no revelaron efecto alguno, pero otros manifestaron marcado retardo del desarrollo. Algunos cobayas murieron a la edad de uno a dos meses sin verdaderas lesiones tuberculosas, pero sí con bacilos en los ganglios linfáticos. Para los autores, los nuevos hechos descubiertos acerca de los virus filtrables obligarán a revisar completamente nuestros conocimientos de la transmisión hereditaria de la tuberculosis.

Origen de la infección en la tuberculosis extrapulmonar.—Para Stallybrass,¹⁶ la tuberculosis osteoarticular es más frecuente sin historia de exposición a infección humana, sucediendo lo contrario en la meníngea y abdominal. La tuberculosis de los ganglios periféricos acusa un exceso en los expuestos a la infección humana.

Diagnóstico temprano.—Araoz Alfáreo¹⁷ sostiene que no se debe pretender contar con un solo signo ni siquiera con un solo procedimiento, si se quiere diagnosticar cuanto antes la tuberculosis pulmonar. En la mayoría de los casos ese diagnóstico es arduo y delicado, si va a hacerse en tiempo útil, y deben emplearse todos los medios, sin que ninguno esté demás. “En medicina, la simplificación se hace generalmente en detrimento de la verdad, y pocas enfermedades hay tan proteiformes y variadas como la tuberculosis.”

Diagnóstico.—En el diagnóstico de la tuberculosis, declara Corper,¹⁸ el método de la carbolfuchsina de Ziehl-Neelsen, o una de sus modificaciones, es el mejor método para determinar la existencia de bacilos tuberculosos en material patológico. Su principal inconveniente radica en la falta de delicadeza, pues tiene que haber más de cien mil bacilos en un centímetro cúbico de esputo para poder distinguirlos con el microscopio. En comparación, el método del cobaya es por lo menos mil veces más sencillo. Una comparación de la inoculación en el cobaya con los cortes teñidos del hígado de los perros y el bazo de los conejos, a los que se han inyectado intravenosamente bacilos virulentos, indica que el primer método es muy superior para distinguir pequeñas cantidades de bacilos. Para el aislamiento y descubrimiento de pequeñas cantidades de bacilos en materiales contaminados, el método de la patata-cristal de violeta-ácido sulfúrico ha resultado igual a la inoculación en el cobaya y superior al método del huevo-violeta de genciana-ácido sulfúrico. El método de la patata-ácido sulfúrico posee muchas ventajas sobre la inoculación en el cobaya en la práctica, y se recomienda como sustituto, en particular cuando

¹⁵ Arloing, F., y Dufourt, A.: Presse Méd. 36: 753 (jun. 16) 1928.

¹⁶ Stallybrass, C. O.: Lancet 2: 320 (agto.) 1928.

¹⁷ Araoz Alfáreo, G.: Prensa Méd. Arg. 15: 1 (jun. 10) 1928.

¹⁸ Corper, H. J.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 371 (ago. 11) 1928.

no pueden encontrarse bacilos ácido-resistentes en los frotos teñidos o es necesario diferenciar los bacilos presentes.

El principio activo de la tuberculina.—Las investigaciones de Seibert¹⁹ dejan poca duda que se ha obtenido una proteína hidrófila de naturaleza albuminoidea, de la tuberculina, que experimentó 5, 10, y hasta 14 cristalizaciones, sin perder su específica actividad biológica. Dicha proteína es un producto del bacilo tuberculoso, pues toda la tuberculina empleada se formó en un medio no proteico. Dicho autor hace notar también que, si el factor tóxico específico de la tuberculina es una proteína, debe considerarse la reacción a ésta como una proteorreacción alérgica, y hay justificación para buscar remedios y profilácticos verdaderamente inmunológicos.

Efecto del cloruro cálcico sobre la cutirreacción.—Delitala²⁰ expone sus resultados en 2 grupos de 8 casos, deduciendo que la administración de cloruro de calcio a los tuberculosos merma la intensidad y modifica el resultado de las cutirreacciones a la tuberculosis, de modo que puede pasarse por alto el estado tuberculoso. Al mismo tiempo, mejoran el estado general y el local. La calcioterapia resulta beneficiosa en el período inicial de la tuberculosis, en particular ósea.

Influjo de la luz solar sobre la cutirreacción.—Tratando de demostrar el influjo de los rayos solares sobre la cutirreacción a la tuberculina, Genoese²¹ tomó un grupo de 22 niños de 4 a 7 años. En todos los positivos repitió la cutirreacción en regiones fuertemente pigmentadas por la irradiación solar. De los 22 niños, en 13 la cutirreacción fué negativa en las partes expuestas a la acción de la luz, y en los otros ligera o débilmente positiva. La duración del fenómeno es breve, sólo persistiendo mientras dura la pigmentación.

La fijación del complemento en el diagnóstico.—Para González Calvo y Laguna,²² el método de la fijación del complemento es un recurso biológico muy preciso para el diagnóstico de las distintas formas clínicas de la tuberculosis. El antígeno de Boquet y Nègre se comportó muy específica y sensiblemente en todas las pruebas, y asimismo en los casos de finia pulmonar incipiente. Resulta ser un medio biológico muy preciso para hacer el diagnóstico diferencial entre las pseudotuberculosis y procesos bronquíticos crónicos y los legítimos estados tuberculosos. La sífilis ha proporcionado algunos resultados no específicos. La reacción de fijación tiene para las tuberculosis osteoarticulares un valor diagnóstico extraordinario. Cuando el examen reiterado de los esputos no acusa la existencia del bacilo de Koch, la reacción de fijación del complemento y la exploración radioscópica del enfermo deciden la etiología del proceso.

¹⁹ Seibert, F. B.: Am. Rev. Tuberc. 17: 402 (abr.) 1928.

²⁰ Delitala, P.: Ras. Inter. Clin. Ter. 9: 359 (mayo) 1928.

²¹ Genoese, G.: Poliédrico (jul. 16) 1928.

²² González Calvo, V., y Laguna, S. I.: Rev. Esp. Med. & Cir. 11: (agto.) 1928.

Enzimorreacción y desviación del complemento.—Capuani²³ ensayó paralelamente la reacción de desviación del complemento y la enzimorreacción en 120 casos, de los cuales 80 eran claramente tuberculosos, 15 sospechosos, y 25 claramente no tuberculosos. Los resultados positivos en los 3 grupos fueron, con la enzimorreacción: 76, 12, 6, y con la desviación del complemento 74, 5, 0, y los negativos 4, 3, 19, y 6, 10, 25, respectivamente. De este estudio despréndese que, en los casos más leves, la enzimorreacción se presenta más frecuentemente que los anticuerpos; que en los casos de mediana gravedad no es posible descubrir una marcada diversidad de comportamiento de las dos reacciones; que mientras que la presencia de anticuerpos no posee el menor significado pronóstico, la enzimorreacción puede aportar un criterio pronóstico solamente relativo, y de posible formulación cuando se toma en cuenta la extensión de las lesiones pulmonares; y que las peculiaridades de la técnica de las dos reacciones son tales, que conviene ejecutarlas simultáneamente.

La floculorreacción de Vernes en el diagnóstico.—De 338 observaciones, Gernez y Breton²⁴ deducen que, en los sujetos sanos, la floculorreacción de Vernes es negativa en 96.9 por ciento. En la tuberculosis pulmonar febril evolutiva es positiva en 98 por ciento; en la tuberculosis pulmonar afebril casi estacionaria, positiva en 73.8 por ciento y en la tuberculosis pulmonar clínicamente curada, negativa en 91 por ciento. En la tuberculosis extrapulmonar sólo posee valor relativo, salvo en la tuberculosis pleural evolutiva, en la que es casi constantemente positiva. En los sujetos afebriles sospechosos, una reacción constantemente negativa elimina casi siempre el diagnóstico de tuberculosis. En las afecciones no tuberculosas, y en particular, las infecciosas, la reacción pierde parte de su valor diagnóstico, pues es positiva en el período agudo de la mayor parte de las fiebres.

Valor de la reacción de Besredka.—De 100 sujetos sanos estudiados por Olivera,²⁵ algunos de los cuales tenían pequeñísimas lesiones de las llamadas incipientes, y sin ninguna actividad, reaccionó, positivamente un 23.25 por ciento a la Besredka, 54 por ciento a la Pirquet, 33.67 por ciento a la Bandelier-Roepke, y el examen clínico resultó positivo en 27 por ciento. De los 23 sujetos positivos a la Besredka, sólo 11 presentaban lesiones cicatriciales apreciables a la clínica y a la radiología, pero sin ningún signo de actividad. Ni la clínica, ni la radiología, ni las reacciones de Pirquet y Bandelier-Roepke, ni aún la misma Besredka, permiten separar las lesiones cicatriciales o curadas, de las abiertas. De 230 sujetos con reacción positiva de Besredka, sólo 2 ó 3 han manifestado tuberculosis, y eso que se hallan sometidos a la vida militar con sus privaciones y rigores.

²³ Capuani, G. F., *Riforma Med.* 44: 1240 (sbre. 24) 1928.

²⁴ Gernez, C., y Breton, A.: *Écho Méd. Nord* 32: 325 (jun. 9) 1928.

²⁵ Olivera, A.: *Rev. Cir. Méd. Arg.* 28: 458 (mzo.) 1923.

Reacción del esparadrapo.—En 358 niños Habetin²⁶ aplicó simultáneamente las reacciones de Moro y Pirquet, y otra reacción que consiste en limpiar parte del pecho con éter, aplicar una gota de tuberculina, y cubrirla con esparadrapo. Las tres pruebas convinieron 96.4 por ciento. La Pirquet resultó positiva en 50 por ciento, la Moro en 48.6 por ciento, y la prueba del esparadrapo en 49.4 por ciento.

Inyecciones intracutáneas de sudor en el diagnóstico.—Según Dorn,²⁷ el sudor de los tuberculosos abiertos contiene sustancias antigénicas. De 171 inyecciones intracutáneas, 40 con el propio sudor del enfermo y 131 con el ajeno, en 81.3 por ciento los resultados se conformaron a dicha teoría. En todos los tuberculosos abiertos de forma grave, el resultado fué positivo, menos cuando se había atenuado la alergia cutánea del enfermo.

Pruebas pronósticas.—Según McFarland,²⁸ ninguna prueba es suficientemente delicada para diferenciar entre un caso ligero, pero activo, y uno quiescente. Aunque la pigmentación constituye un signo favorable, no garantiza la inactividad. La intensidad, rápida iniciación, y duración de una cutirreacción de Pirquet, no guardan relación alguna con la gravedad y período de la enfermedad. A medida que la lesión se vuelve quiescente, la Arneth retorna gradualmente a lo normal. Existe una tendencia en el mismo sentido después de la helioterapia, y lo contrario en el invierno. La linfocitosis no reviste la menor significación. La existencia de más de 3 ó 4 por ciento de eosinófilos representa un signo favorable. La reacción del urocromógeno existe siempre en los casos graves o los períodos tardíos, y toda variación de su intensidad reviste valor en el pronóstico. Su falta en un caso aparentemente grave constituye una indicación fidedigna de que las defensas orgánicas son suficientes de momento. Su existencia en un caso al parecer ligero o quiescente constituye una indicación valiosísima de que la enfermedad avanza, y las defensas orgánicas son insuficientes. Su aparición durante un período breve no reviste mayor importancia en el período agudo.

Inversión nuclear.—Arrillaga y Rechniewski²⁹ sostienen que la inversión nuclear (desviación a la izquierda de la Arneth) es constante en la infección bacilosa de cualquier localización. Sólo estudiaron el signo en 90 casos perfectamente clásicos en su diagnóstico y evolución, encontrándolo en 100 por ciento. Al efectuar la investigación de la inversión nuclear, es necesario ceñirse a la técnica hematológica más estricta en lo que se refiere a la fijación, desecación y coloración de los frotos de sangre, para evitar múltiples causas de error y hacer siempre el recuento contando como mínimo 300 polinu-

²⁶ Habetin, P.: Wien. klin. Wochenschr. 41: 703 (mayo 17) 1928.

²⁷ Dorn, E.: Zeitsch. Tuberk. 51: 134 (jun.) 1928.

²⁸ McFarland, B. L.: Lancet, 1: 804 (abr. 21) 1928.

²⁹ Arrillaga, F. C., y Rechniewski, C.: Semana Méd. 35: 1531 (jun. 21) 1928.

cleares neutrófilos. Siendo la hematología de la tuberculosis tan variada en sus cuadros, tenemos en la inversión nuclear un verdadero síntoma patognomónico.

La eritrosedimentación.—Rodríguez Pastor ³⁰ declara que la eritrosedimentación es un auxiliar valioso en los dispensarios antituberculosos, pues ayuda a observar la evolución. De la misma manera que el pulso, la temperatura y el peso, constituye un índice del pronóstico. La técnica de Lizenmeier resultó ser la más sencilla y práctica. En los niños pequeños el método de la gota resultó más conveniente. Consiste en aspirar 8 gotas de sangre dentro de una pipeta de 1 cc. que contiene una gota de solución citratada al 5 por ciento. Mezcladas la sangre y la solución, el contenido se traslada a un tubito de 2.5 mm. de diámetro y 7 cc. de largo y se expresa la sedimentación en términos de milímetros a los 10, 20, 30, 45 y 60 minutos.

Monocitos en los niños.—Rogers ³¹ practicó 19 numeraciones sanguíneas en otros niños negativos a la tuberculina. La proporción de monocitos a linfocitos fué: 1:3.7 en niños de menos de 24 horas; 1:11.6 en niños de menos de un año; y 1:5.7 en niños de uno a 11 años. En ninguno de los grupos se encontraron monocitos o células epitelioides. Se practicaron tres numeraciones en niños con reacciones negativas a la tuberculina, en los que se sospechaba tuberculosis, encontrándose siempre monocitos o células epitelioides modificadas. De 19 niños con reacciones positivas, 4 acusaron una elevadísima proporción de monocitos a linfocitos, y en 3 de los 4 había tuberculosis abierta. Los otros 15 manifestaron proporciones de menos de 1:1.1 y acusaron bastante resistencia clínica a la tuberculosis. En la sangre de los niños que reaccionaban positivamente a la tuberculina había casi siempre células epitelioides o monocitos modificados.

Reserva alcalina.—En el hombre normal, la reacción yónica de la sangre oscila entre 7.3 y 7.4. De Carvalho y de Mira ²³ descubrieron tendencia clara a la disminución de la reserva alcalina en todas las lesiones graves y las formas más incurables de la tuberculosis pulmonar, lo cual concuerda con lo observado por Loewy, Kraus y Chvostek.

Significación pronóstica de la colestereemia.—Del estudio de la colestereemia de 100 tuberculosos pulmonares, Gavrila y Vior ³² deducen que la hipercolesteremia denota una inmunidad bien desarrollada y lesiones pulmonares inactivas, y en cambio, la hipocolesteremia indica un estado de inmunidad débil y de lesiones agudas; es decir, un pronóstico malo.

³⁰ Rodríguez Pastor, J.: P. R. Rev. Pub. Health 3: 525 (jun.) 1928.

³¹ Rogers, P. M.: New Eng. Jour. Med. 198: 740 (mayo 24) 1928.

²³ De Carvalho, L., y de Mira, F.: Lisboa Med. (mayo) 1928.

³² Gavrila, I., y Vior, V.: Arch. Mal. App. Digestif, etc. 18: 645 (jun.) 1928.

Albuminuria ortostática.—De 113 sujetos que acusaban cutirreacciones positivas a la tuberculina, Valdés Lambea³⁴ encontró en 83 albuminuria, y de ellos 65 pertenecían al grupo de los asténicos constitucionales. Para él, la mayoría de los jóvenes albuminúricos no nefríticos de tipo asténico, está constituida por tuberculosos, y la llamada albuminuria ortostática es frecuentemente de origen fímico.

Examen de la orina.—Radó y von Huth³⁵ recomiendan el uranálisis como el método que dió resultados positivos en 80.6 por ciento de sus casos de tuberculosis renal. En la incipiente de la enfermedad se excretan frecuentemente grandes cantidades de bacilos.

Hematuria renal.—En los tres casos de Cilento,³⁶ la hematuria precedió a todas las otras manifestaciones clínicas. Para él, toda hematuria que se presente sin causa conocida en un sujeto que ha perdido peso hace algún tiempo, debe hacer pensar en tuberculosis. Los signos de hemorragia renal no faltan casi nunca en la infección parenquimática, si se analiza la orina microscópicamente cuando las lesiones son recientes.

El líquido cefalorraquídeo en la meningitis.—Después de citar casos típicos, Mouriz³⁷ declara que, en todo caso sospechoso de meningitis tuberculosa, es de rigor el examen metódico y detenido de las preparaciones microscópicas en busca del bacilo. Si hay red fibrinosa, elegirla para las preparaciones; si no, el centrifugado. La reacción de Wassermann, en el líquido cefalorraquídeo, debe ser hecha paralelamente con el líquido corriente y el estabilizado. Los oros coloidales deben estar exactamente comprobados, en cuanto a su grado de dispersión, con distintos tipos de líquidos patológicos y con líquido cefalorraquídeo normal. El hecho de que un líquido raquídeo sea turbio, siempre que no se comprueben otras bacterias, no excluye la rara posibilidad de meningitis tuberculosa. En todo caso sospechoso, y siempre que se disponga de suficiente líquido cefalorraquídeo, deben hacerse, además de la curva de Lange y de las reacciones y determinaciones corrientes, la reacción de Braun-Hussler, la de hemolisinas y el índice peptolítico.

Yoduro potásico y meningitis.—En la observación de Mériel³⁸ se presentó meningitis tuberculosa después de haberse administrado yoduro potásico. Este reavivó al parecer un proceso tuberculoso latente.

Laringe.—Según Looper y Schneider,³⁹ la tuberculosis laríngea es secundaria a la pulmonar, denotando una hiporresistencia general. El esputo es la causa más común de la infección, pero los microbios

³⁴ Valdés Lambea, J.: Med. Ibera 22: 229 (sbra. 15) 1928.

³⁵ Radó, B., y von Huth, T.: Deutsch. med. Wchnschr. 54: 868 (mayo 25) 1928.

³⁶ Cilento, M.: Rass. Intern. Clin. Terap. 9: 169 (mzo.) 1928.

³⁷ Mouriz, J.: Med. Ibera 23: 251 (sbra. 22) 1928.

³⁸ Mériel, P.: Gaz. Hôp. 101: 821 (jun. 6) 1928.

³⁹ Looper, E. A., y Schneider, L. V.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1012 (obre. 6) 1928.

pueden penetrar por la linfa o sangre. En todo caso de tuberculosis, debe practicarse un examen detenido de la laringe. La mayoría de los casos se encuentran a la edad de 20 a 40 años, predominando los varones. Muchos casos pueden ser impedidos hasta cierto punto, corrigiendo los defectos patológicos de las vías aéreas. La cauteroterapia empleada esporádicamente en el Sanatorio Maryland desde agosto de 1923, dió resultados alentadores. De todos los enfermos tratados con el galvanocauterio, mejoraron y curaron 65.5 por ciento de los que tenían moderada invasión pulmonar y 26.5 por ciento avanzada invasión pulmonar. La cauteroterapia ejerció en muchos enfermos un influjo favorable sobre los pulmones y el estado general. De emplear el galvanocauterio, debe cooperarse siempre con un clínico. El material de Looper y Schneider comprende 500 enfermos.

Laringe.—En 100 casos comprobados, las reacciones del urocromógeno y del diazo resultaron inútiles para el diagnóstico de la tuberculosis laríngea.⁴⁰ Una reacción positiva indica un pronóstico malo e, *ipso facto*, contraindica el tratamiento local y la roentgenoterapia profunda. Si la prueba alérgica, la eritrosedimentación y el cuadro sanguíneo diferencial resultan favorables, hay muy buenas probabilidades de éxito con la intervención cruenta o la terapéutica activante.

Sífilis.—Priano⁴¹ resume así sus conclusiones en el Sanatorio Vicente López y Planes: La asociación de sífilis y de tuberculosis, en un establecimiento destinado a la cura de tuberculosis es rara. Las manifestaciones broncopulmonares de la sífilis las tendremos muy presentes, pues es relativamente frecuente observar enfermos con el diagnóstico erróneo de tuberculosis. La sífilis adquirida puede poner de manifiesto la tuberculosis que en estado latente tenía ya el paciente. La sífilis activa debe investigarse en todo enfermo de tuberculosis pulmonar confirmada, pues tratando la sífilis se mejora la tuberculosis.

Mediastino.—En 115 casos de tuberculosis pulmonar, Buckley⁴² sólo observó 2 de tuberculosis de los ganglios del mediastino inferior.

Tálamo.—Carnot, Bariéty y Guédon⁴³ comunicaron a la Sociedad Médica de los Hospitales de París dos observaciones de tuberculosis talámica en jóvenes, secundarias a una localización pleural primitiva. Clínicamente el cuadro varió, pues el primer tubérculo no provocó más que signos de hipertensión intracraneal, con crisis jacksonianas y ligera hemiparesia, en tanto que el segundo evocó un síndrome talámico: movimientos atetoideos, hemiparesia y trastornos sensitivos.

Esofago.—Vimtrup⁴⁴ comunica cinco casos de tuberculosis esofágica y cita otros. Esa forma sólo se presenta en los enfermos ya de una

⁴⁰ Rickmann, L., y Ernst, F.: Zeitsch. Tub. 50: 465 (mayo) 1928.

⁴¹ Priano, D.: Semana Méd. 35: 1549 (jun. 21) 1928.

⁴² Buckley, R. C.: Am. Rev. Tuberc. 17: 583 (jun.) 1928.

⁴³ Carnot, Bariéty, y Guédon: Gaz. Hôp. 101: 770 (mayo 26) 1928.

⁴⁴ Vimtrup, B.: Bibl. Læger 120: 137 (mzo.) 1928.

tuberculosis abierta grave. En los casos en que los ganglios tuberculosos caseosos perforan el esófago, la tuberculosis se localiza por regla general. La rareza de esa forma se debe a factores en parte anatómicos y en parte fisiológicos.

Úlcera péptica.—En una serie consecutiva de 10,000 autopsias, sólo se encontró ulceración tuberculosa del estómago en tres casos, y en dos se debía a invasión de afuera por ganglios tuberculosos adyacentes. En una serie de 320 subgastrectomías, ninguna era asiento de úlceras tuberculosas. En las dos comunicadas por Collinson y Stewart⁴⁵ había úlceras crónicas simples con tubérculos miliares esparcidos, y en otra, un "carcinoma ex-ulcere," coexistía con una lesión muy indicativa de tubérculo.

Etiología de la tuberculosis intestinal.—Stewart⁴⁶ se refiere a la tuberculosis hiperplásica primaria del intestino, forma comparativamente rara, pero que cede a la cirugía, y que, bastante frecuente en Europa, es al parecer rara en América. De sus 21 casos, 18 eran histológicamente tuberculosos, 2 revelaban folículos tuberculosos únicamente en los linfáticos cercanos, y 1 era absolutamente negativo. La enfermedad afecta la región ileocecal. La edad es un punto importante en el diagnóstico diferencial. En el carcinoma, 85 por ciento de los enfermos tienen más de 40 años; en la tuberculosis, sólo 19 por ciento. La roentgenología es de mucho valor en el diagnóstico.

Riñones.—Para Lucri,⁴⁷ en todo enfermo, independiente de sexo, edad, o estado general, que no padezca de estenosis uretral, prostatismo infeccioso, neoplasia, cálculo vesical, o blenorragia previa, si manifiesta trastornos vesicales espontáneos o repetidos, de naturaleza intermitente, debe sospecharse tuberculosis vesical, probablemente secundaria a tuberculosis renal. Si sólo está infectado un riñón debe practicarse la uninefrectomía.

Ojo.—Finlay⁴⁸ cita seis casos para demostrar que muchas afecciones oculares que vienen considerándose como lesiones locales, una vez descartada la sífilis, no son por lo general más que manifestaciones locales de un proceso general en que la tuberculosis puede presentarse en la coroides y resto del tracto uveal. Para él, en esos casos procede una serie de investigaciones sistemáticas completas de los posibles elementos causales. También desea conocer la opinión de los internistas sobre el valor de la tuberculina como factor diagnóstico y terapéutico en esos casos.

Ojo.—Solares Arroyo⁴⁹ pone de manifiesto que, si bien las manifestaciones oculares no son las primeras en presentarse en la lepra,

⁴⁵ Collinson, H., y Stewart, H. J.: Brit. Jour. Surg. 15: 626 (abr.) 1928.

⁴⁶ Stewart, M. J.: Tubercle 9: 409 (junio) 1928.

⁴⁷ Lucri, T.: Policlinico 35: 603 (abr. 2) 1928.

⁴⁸ Finlay, C. E.: Rev. Medic. & Cir. Habana 33: 323 (mayo) 1928.

⁴⁹ Solares Arroyo, A.: Rev. Inst. Méd. Sucre 24: 37 (mzo-abr.) 1928.

tampoco son las últimas. Todas las porciones del globo ocular, así como los anexos, ofrecen amplio campo a esa entidad nosológica. El autor cita tres casos y declara que ha tenido oportunidad de ver algunos en los que la afección había producido la destrucción total de los globos oculares.

Úlcera conjuntival en un lactante.—En un niño de seis meses de edad, que ingresó con el diagnóstico de distrofia diarreica, Scroggie⁵⁰ descubrió una infección primitiva tuberculosa en la conjuntiva, que fué precedida de una conjuntivitis de Weeks. La causa del contagio bacilar fué la sirvienta tuberculosa que atendió al niño mientras se hallaba enferma la madre. Como única manifestación de su infección, fuera de la lesión primaria con la correspondiente adenitis regional, existían exantema precoz y tubercúlides.

Oído.—En una reciente reunión de la Sociedad Médica de Bucarest, el Dr. Olteanu⁵¹ declaró que la tuberculosis de los órganos de la audición suele tomar la forma de supuración del oído medio. Casi siempre es secundaria, o puede coexistir con tuberculosis ósea o pulmonar, sobre todo en los niños. La tuberculosis motiva un ligero porcentaje de todas las afecciones otíticas. El hallazgo del bacilo es a menudo difícil y a veces imposible. El cuadro clínico es variable. Una característica es la falta de dolor. El pronóstico es siempre desfavorable, pues aunque sobrevenga la cicatrización, restan imperfecciones del tímpano y de la audición.

Ganglios inguinales.—McCormac⁵² repasó 2,189 historias clínicas de tuberculosis quirúrgica. En unas 40 ó 50 el diagnóstico fué clínico, y se excluyeron. En 52 casos el informe microscópico fué tuberculosis inguinal. En 31 el proceso era primario. En 8 había invasión tuberculosa en otra parte. En 12 no se mencionó el punto. En 41 el estado fué unilateral; en 4 bilateral; y en 6 no se anotó. En 2 de las series, la adenitis era post-traumática. En 20 se hizo el diagnóstico correcto, pero en los otros 32 se hicieron varios diagnósticos. En 12 no había dolor, pero en 20 sí. Sólo en un caso hubo recurrencia al cabo de 10 meses. El porcentaje de la adenitis venérea excede con mucho el de las demás causas.

Helioterapia.—Fundándose en los resultados obtenidos con la helioterapia en 134 casos de tuberculosis pulmonar, Cooper⁵³ declara que, empleada inteligentemente en los casos fibrosos, acelera la mejoría.

Laird⁵⁴ aplicó la helioterapia en una serie de 110 casos de tuberculosis pulmonar sin complicaciones, y sólo la higiene y el descanso en otra de 110. Observó ambas series aproximadamente al mismo

⁵⁰ Scroggie, A.: Arch. Chil. Pediatría 4: 703 (nbre.-dbr.) 1927.

⁵¹ Carta de Bucarest: Jour. Am. Med. Assn. 91:261 (jul. 28) 1928.

⁵² McCormac, E.: New OrL. Med. & Surg. Jour. 81: 15 (jul.) 1928.

⁵³ Cooper, A. T.: Am. Rev. Tuberc. 18: 66 jul. 1928.

⁵⁴ Laird, A. T.: Am. Rev. Tuberc. 18: 80 (jul.) 1928.

tiempo. Se demostró el valor de la helioterapia cuidadosa en los enfermos comparativamente con pocos síntomas que manifestaban ligera actividad y tendencia a la fibrosis. Aunque muchos recobraron la salud sin ella, eso no es razón para omitirla. En cambio en los casos más activos se gana tan poco con ella, y tanto con el descanso y el aire libre, que hay que emplear cautela al recetarla.

Roentgenoterapia de la tuberculosis genital en la mujer.—Wagner⁵⁵ ha tratado con los rayos X a 42 casos de tuberculosis genital en la mujer. En 16 de 18 casos simples el resultado fué satisfactorio, y una enferma tuvo un feto sano a los dos años de ser irradiada y se halla de nuevo embarazada. Las enfermas con complicaciones peritoneales no reaccionaron tan bien. Los mejores resultados se obtuvieron con dosis pequeñas, de 10 a 15 por ciento de la dosis eritemática.

Roentgenoterapia de la tuberculosis genital en el hombre.—De 36 sujetos tratados con los rayos X, por lo menos hace tres años, 30 por ciento están curados y 50 por ciento mejorados. El autor⁵⁶ recomienda dosis pequeñas, por lo común menos de 5 por ciento de la dosis eritemática, a plazos de 7 a 10 días.

Genitales femeninos.—Los dos casos descritos por Halter⁵⁷ son extraños pues en el primero, una úlcera socavada blanda de la cara interna del labio menor, y otra semejante en la porción uterina resultaron tuberculosas. Había antecedentes de inflamación pulmonar. En otra enferma, operada por carcinoma uterino, se descubrió que había cicatrizado una antigua lesión tuberculosa, provocando completa atresia. La enferma, de 34 años, jamás había menstruado, y es probable que la atresia fuera prepúber.

La esterilidad y la tuberculosis genital.—Las estadísticas de la clínica de mujeres de la Universidad de Tubingan, citadas por Vogt,⁵⁸ demuestran que en 7.2 por ciento de los casos de esterilidad la causa radica en tuberculosis uterina. En algunos casos un mero raspado curó la tuberculosis y la esterilidad. Otros casos se curaron con la roentgenoterapia.

Críticas de la vacuna BCG.—La vacuna BCG ha empezado a encontrar algunas críticas en Francia.⁵⁹ El profesor Nobecourt ha publicado un artículo que contiene varias reservas importantes y recomienda que no se saquen deducciones definitivas hasta que haya más datos disponibles. En cambio, otros críticos, fundándose en las investigaciones de Weill-Halle, van manifestando más confianza en la vacunación por vía subcutánea, aunque Calmette desea contar con estadísticas más completas antes de recomendar esa vía.

⁵⁵ Wagner, G. A.: Strahlenth. 28: 639, 1928.

⁵⁶ Palugyay, J.: Strahlenth. 28: 762, 1928.

⁵⁷ Halter, G.: Zentralbl. Gynäk. 52: 1148 (mayo 5) 1928.

⁵⁸ Vogt, E.: Zeitsch. Tuberk. 51: 114 (jun.) 1928.

⁵⁹ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 91: 739 (sept. 8) 1928.

Siete años de empleo de BCG.—Poix⁶⁰ declara que el Instituto Pasteur de París ha expedido más de 300,000 dosis de la vacuna BCG en los últimos 7 años, sin que se haya comunicado ni un accidente. Algunas veces se ha observado ligera micropoliadenitis, pero ha sido siempre pasajera. Entre 3,308 criaturas vacunadas de menos de un año, que vivían en un ambiente tuberculífero, hubo una mortalidad general de 3.1 por ciento, comparada con 8.5 por ciento en las criaturas no vacunadas, independiente del medio. Entre criaturas de 1 a 3½ años expuestas al contagio, la mortalidad por tuberculosis en los vacunados sólo llega a 0.2 por ciento, siendo 7 veces mayor en los no vacunados. Todavía no se puede asegurar cuánto dura la inmunidad conseguida por medio de la BCG. Según el autor, debería vacunarse a todos los recién nacidos, pero reservando la vía subcutánea para las clínicas especiales de la tuberculosis. Eso limita el empleo de la vacuna BCG a los primeros 10 días de vida extrauterina.

BCG en Chicago.—En una reunión celebrada por una comisión de fisiólogos en la ciudad de Chicago, Illinois, se formularon las siguientes conclusiones relativas al estado actual de la vacunación antituberculosa con BCG: BCG no se estabiliza en lo tocante a virulencia, pues algunas razas adquieren tal virulencia que matan a los animales inoculados con ellas. Los resultados comunicados hasta ahora con la vacunación oral no parecen ofrecer pruebas terminantes de que confieren protección. El método debe ser considerado todavía como si se hallara en el período experimental, y por lo tanto, inapropiado para aplicación general al hombre, bien por vía bucal o inoculación directa en los tejidos. Como precisan años para determinar el valor de un procedimiento de este género, la comisión opina que deben esperarse los resultados obtenidos en otras poblaciones donde ya se ha comenzado a probar el método y continuar en el sanatorio municipal de Chicago únicamente la experimentación en animales, e inoculaciones limitadas y cuidadosas en el hombre.

BCG en Alemania.—Maendl y Lichtwitz⁶¹ inocularon a 60 tuberculosos pulmonares con BCG intracutáneamente, a dosis iniciales de 1 a 2 millones, y practicando de 2 a 4 inoculaciones a plazos de 2 a 4 semanas. No se observaron efectos nocivos, pero tampoco terapéuticos bien definidos.

BCG en Italia.—Al resumir sus 4 años de experiencia con la vacunación antituberculosa con bacilos bovinos atenuados, Ascoli⁶² declara que las diferencias entre los que proclaman y los que combaten la inocuidad del BCG pueden ser reconciliadas, considerando los accidentes observados como debidos a la movilización de otras bacterias (no tuberculosas). Para el autor, pues, debe reservarse esa vacunación para los casos en que existen indicaciones precisas, es decir,

⁶⁰ Poix, G.: Presse Méd. 36: 868 (jul. 11) 1928.

⁶¹ Maendl, H., y Lichtwitz, O.: Med. Klin. 24: 1270 (agto. 17) 1928.

los recién nacidos expuestos al contagio masivo durante el primer año de vida, y entre ellos en primera línea a los hijos de padres tuberculosos y condenados a vivir con éstos. Su serie comprende 222 niños, de los cuales habían muerto 21 hasta el 30 de junio de 1928. En doce (9 de gastroenteritis y 3 de atrepsia) la causa de la muerte debe relacionarse con la lactancia.

BCG en Rumanía.—En la sesión extraordinaria de mayo, 1928, del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, se discutió el resultado obtenido con el BCG en Rumanía, donde esa vacunación ha sido practicada sistemáticamente en 1927 en tres barrios de Bucarest, y va a ser extendida en 1928 a toda la capital y 10 ciudades principales. Un hecho curioso observado en Bucarest y también en Francia consiste en la disminución de la mortalidad general entre los niños vacunados, comparados con los no vacunados (4 por ciento contra 20.4 a 22.1 por ciento). En la discusión se pusieron de relieve las diferencias en la mortalidad en los hijos de padres tuberculosos en varios países: por ejemplo, 7 por ciento en Dinamarca y la Ciudad de Nueva York, y 24 a 30 por ciento en otros países.

Virulencia del BCG.—Los experimentos de Kraus en ⁶³ cobayas y conejos indican que el BCG posee cierta virulencia, pero que los procesos que excita tienden a permanecer localizados, desapareciendo por fin las lesiones completamente. Sin embargo, para él es demasiado pronto todavía para ofrecer la vacunación para empleo general en el hombre.

Comparación del BCG con bacilos humanos virulentos.—Rist y Misiewicz ⁶⁴ inyectaron 0.001 Gm. de un cultivo de bacilos tuberculosos humanos virulentos en la ingle de 30 cobayos, y 1 cc. de BCG en la de otros 23. A los 38 días inyectaron intraperitonealmente bacilos tuberculosos humanos virulentos en todos los animales sobrevivientes, así como en algunos testigos. En la autopsia se descubrió que todos los testigos habían muerto de peritonitis tuberculosa, en tanto que los animales que habían recibido antes bacilos tuberculosos humanos o BCG, manifestaban tuberculosis visceral generalizada, sin peritonitis tuberculosa. De esos hechos, los autores deducen que la inmunidad relativa otorgada por una primoinoculación subcutánea con bacilos tuberculosos humanos virulentos es idéntica a la otorgada por el BCG. La única diferencia consiste en que la inmunidad producida por el último es mucho más duradera, y aunque sólo relativa, mucho más elevada que la otra.

Inyección intrarraquídea de BCG en los conejos.—Berger y sus colaboradores ⁶⁵ inyectaron BCG suboccipitalmente a 10 conejos. Cinco murieron, 2 de septicemia intercurrente. En otros 2, no pudo excluirse la infección fortuita. Los otros cinco fueron matados al cabo de

⁶² Ascoli, Alberto: Gior. R. Soc. Ital. Igiene 50: 226 (agto. 1) 1928.

⁶³ Kraus, R.: Beitr. Klinik Tuberk. 68: 686 (mzo. 27) 1928.

⁶⁴ Rist, E., y Misiewicz, J.: Ann. Inst. Pasteur 42: 945 (agto.) 1928.

⁶⁵ Berger, E.; Hunziker, H., y Staehelin, A.: Schweiz. mediz. Wehnschr. 58: 839 (agto. 25) 1928.

varios plazos. Parece que dosis muy masivas (10 ó 15 mg.) pueden producir intensas alteraciones patológicas que varían según la dosis. La raza de Calmette es manifiestamente muy poco patógena, y no hay motivos para suponer que sea en particular infecciosa para el sistema nervioso.

Antigenoterapia metflica.—Vitón⁶⁶ ha ensayado en una cincuenta de casos de tuberculosis pulmonar y pleural el antígeno metflico de Nègre y Boquet, pero a dosis mucho menores que las de dichos autores. Declara que la antigenoterapia de Boquet y Nègre carece de todo riesgo, y no provoca reacciones locales o focales o generales: un caso sobre 50. La antigenoterapia, ensayada ampliamente y aceptada con convicción por numerosos observadores en el tratamiento de las tuberculosis externas osteoarticulares y ganglionares, puede emplearse en el tratamiento de las tuberculosis pulmonares y pleuropulmonares, con grandes ventajas. Los fisiólogos, en general, deben ensayar la antigenoterapia, para que pueda establecerse un criterio amplio y definitivo al respecto, para que pueda ampliarse o restringirse su aplicación según lo que la experiencia aconseje.

Extractos metflicos.—Han sido tan alentadores, afirman Nègre y Boquet⁶⁷ los resultados obtenidos por Guinard, Armand Delille y Courcoux con los extractos metflicos del bacilo de Koch, que su empleo en el tratamiento de las diversas formas de la tuberculosis se ha generalizado rápidamente. Actualmente el Instituto Pasteur despacha el antígeno metflico a todos los médicos que lo piden, en forma de solución ya diluida o pura. Las inyecciones se efectúan dos veces por semana, bajo la piel o en los músculos. Se comienza el tratamiento con 0.25 cc., repitiendo cuatro a cinco veces esta dosis, y se va aumentando en 0.25 cc., renovando siempre el mismo número de veces cada dosis. Cuando se ha llegado a 1 cc. de antígeno diluido, se pasa a 0.25 cc. del puro, vigilando muy atentamente las reacciones del enfermo, y se progresa de la misma manera que con el antígeno diluido hasta 1 cc., dosis que que no hay que sobrepasar y que se continúa hasta la mejoría o curación del enfermo. En el estado actual de nuestros conocimientos, los autores creen que el antígeno metflico es el producto que puede dar el máximum de resultados con las mayores garantías de seguridad.

Tratamiento con antígeno metilado.—Nègre y sus colaboradores⁶⁸ discuten 13 casos de tuberculosis testicular, intestinal, peritoneal, urinaria, osteoarticular y pulmonar, tratados felizmente con antígeno metilado, el cual, para ellos, es menos peligroso y más cómodo que las tuberculinas.

⁶⁶ Vitón, A.: A Semana Méd. 35: 275 (agto. 2) 1928.

⁶⁷ Nègre, L., y Boquet, A.: Arch. Méd., Cir. & Esp. 28: 625 (mayo 12) 1928.

⁶⁸ Nègre, L., Boquet, A., y Valtis, J.: Presse Méd. 36: 658 (mayo 26) 1928.

Tratamiento con el antígeno de huevo de Besredka.—Berlin ⁶⁹ probó el antígeno de huevo de Besredka en 32 enfermos de tuberculosis pulmonar y 15 de otras formas. Sus observaciones indican que dicho antígeno es susceptible de rendir resultados terapéuticos favorables.

El AO en la profilaxia y en el tratamiento.—Esta es la quinta comunicación de los autores ⁷⁰ sobre su vacuna AO. Probada primero en 4 médicos tuberculosis o sospechosos de tuberculosis, hasta el final de 1925 ya había sido aplicada a 10,000 personas: tuberculosos en todos los períodos, niños sospechosos y sujetos sanos, sin observarse jamás ningún efecto nocivo. En contraposición a la tuberculina, a dosis de 0.1 mgm., AO no provoca reacciones irritantes, mas a dosis mayores puede producir reacciones locales y generales, semejantes a las de aquélla. Con el AO, la inmunidad y la alergia parecen ir mano en mano. El AO evoca una inmunización activa, y por lo tanto, no puede modificar más que los procesos inflamatorios y exudativos, las alteraciones localizadas y tendientes a la destrucción, las formas localizadas al principio, las latentes y las incipientes hasta la mitad del segundo período. El efecto es tanto más marcado si se asocia AO con el reposo del órgano enfermo, por ejemplo, con el neumotórax. Si hay grandes hemoptisis, hay que utilizar el método con cautela. AO constituye además una vacuna profiláctica, y los autores han vacunado a más de 500 criaturas amenazadas de tuberculosis, notando en general mejoría. Cinco años de observación permiten apreciar el resultado duradero del método. Después de introducido en 1920 en los sanatorios de Osaka, donde sólo reciben enfermos avanzados y de los más pobres, el porcentaje de los curados dados de alta subió de 4.55 en 1919 a 24.88 en 1924. Una encuesta realizada en 1924 reveló que 70 por ciento de 127 enfermos que contestaron se consideraban curados. De 143 enfermos particulares tratados de 1921 a 1924, 107 contestaron en 1925 a un cuestionario semejante, y 92 se consideraban todavía curados. El tratamiento, por supuesto, no puede ser aplicado a la tisis de 2º y 3º grado ni a las tuberculosis óseas, articulares, cutáneas, y urogenitales.

Éster cinámico bencílico.—Gainsborough ⁷¹ ha empleado con buenos resultados el éster cinámico bencílico en 12 casos de tuberculosis de varios géneros.

Influjo de la colesteroína.—Shope ⁷² llevó a cabo dos series de experimentos terapéuticos. En la primera, trató con colesteroína aislada a los cobayas infectados experimentalmente con el bacilo tuberculoso, y en la segunda empleó varios compuestos colesteroínicos o un producto oxidado de colesteroína. Por vía intraperitoneal, la colesteroína prolongó marcadamente la vida de los cobayas si la infección

⁶⁹ Berlin, A.: Gaz. Hôp. 101: 771 (mayo 26) 1928.

⁷⁰ Arima, R., Aoyama, K., y Ohnawa, J.: Ztsch. Tuberkr. 47: 97, 197, 1927.

⁷¹ Gainsborough, H.: Lancet 1: 908 (mayo 5) 1928.

⁷² Shope, R. E.: Jour. Exp. Med. 48: 321 (sbre. 1) 1928.

tuberculosa era aguda y producida por la inoculación de una pequeña dosis de microbios humanos virulentísimos, pero no obró así cuando la infección era crónica o menos aguda, debida a la inyección de una dosis grande de microbios poco virulentos. Tampoco ejerció efecto beneficioso sobre la infección bovina aguda. De los otros compuestos, sólo el colesterilato sódico a dosis óptimas prolongó marcadamente la vida de los cobayos tuberculosos. El traumatismo intraperitoneal y la manipulación acertaron marcadamente la vida de los cobayos tuberculosos.

La sanocrisina en la tuberculosis cutánea.—Guiándose por 12 casos que trataran, Vacarezza y Zavala Sáenz ⁷³ declaran que el tratamiento con sanocrisina en las tuberculosis cutáneas permite la detención de la evolución de las lesiones mejorando el estado general de nutrición de los enfermos. La sanocrisina en estos casos, usada en dosis útil, vigilando las reacciones que puede producir y el estado clínico general de los enfermos (tuberculosis de los órganos internos), permite tentar la curación de lesiones externas expuestas, por un tratamiento estético. El procedimiento de Ulrici (infiltración local) parece actuar más activamente “loco dolenti” que el tratamiento por vía endovenosa, permitiendo el empleo de la dosis útil en proporción mayor. La sanocrisina en las tuberculosis cutáneas no excluye, en los períodos intercalares, los otros tratamientos físico-químicos de eficacia reconocida (rayos X, radio, helioterapia, actinoterapia, crioterapia), ni la tuberculioterapia. El tiempo de evolución y la constitución anatómopatológica de las lesiones tuberculosas cutáneas tienen importancia en los beneficios del tratamiento. Los lupus eritematosos benefician grandemente de esta terapéutica, que permite la curación estética de los mismos.

La tuberculina en la tuberculosis ocular.—Woods y Roncs ⁷⁴ trataron 42 enfermos de tuberculosis ocular con tuberculina. Un 45 por ciento parece curado, un 45 por ciento, mejorado y un 10 por ciento no se ha modificado. La curación es lenta y en un 25 por ciento se observaron recrudescencias. La mejoría suele comenzar pronto.

Poder inmunizante de la tuberculina sensibilizada.—Rappin ⁷⁵ declara que, si se agrega su suero antituberculoso a la tuberculina, en proporción también relativamente pequeña, y se dejan en contacto a 37° C. en la estufa durante unos tres cuartos de hora, son casi nulos los efectos nocivos de la inyección. En cambio, en los testigos la dosis mortal de tuberculina sin suero conduce a la muerte. A esa acción se une un marcado influjo sobre el proceso tuberculoso.

Inmunización con bacilos anacidorresistentes.—Ottolenghi y Rossetti ⁷⁶ notaron que, en tanto que los conejos testigos morían espon-

⁷³ Vacarezza, R. A., y Zavala Sáenz, A.: Rev. Méd. Lat.-Am. 13: 1708 (jun.) 1928.

⁷⁴ Woods, A. C., y Roncs, B.: South. Med. Jour. 21: 613 (ago.) 1928.

⁷⁵ Rappin: Brux. Méd. (mayo 20) 1928.

⁷⁶ Ottolenghi, D., y Rossetti, C.: Boll. Soc. Ital. Biol. Sper. 2: 1005 (dobre.) 1927.

táneamente de 30 a 40 días después de ser inoculados, con tuberculosis difusa del hígado, bazo y pulmones, los inoculados repetidamente con bacilos anacidorresistentes (procedentes de tuberculosos) parecían disfrutar de la mejor salud al cabo de cuatro a cinco meses. Sin embargo, cuando se les mataba después, la mayor parte presentaban lesiones tuberculosas, pero discretas y circunscritas en el pulmón.

Neumotórax artificial.—De 22,948 tuberculosos hospitalizados, 2.5 por ciento recibieron la colapsoterapia.⁷⁷ En 23.64 por ciento del total de enfermos fué necesario abandonar ese tratamiento por varias razones, entre ellas, la muerte en 10 de 139 enfermos. El neumotórax modifica marcadamente la presencia de bacilos tuberculosos en el esputo, sólo revelándolos 266 enfermos después de aplicarlo. En el tratamiento con el neumotórax, 52.89 por ciento de los enfermos manifestaron complicaciones de varios géneros.

Higiene de las casas.—MacDonald⁷⁸ discute las condiciones que debe cumplir la casa sana: Sitio seco, de buen aspecto, a prueba de la intemperie y de la humedad; alrededores limpios y sin más casas demasiado cercanas; cuartos capaciosos, debidamente ventilados y alumbrados; falta de hacinamiento en los aposentos; dispositivos higiénicos, incluso inodoro, sumidero, baño y agua caliente; depósitos para los alimentos y la leche ventilados y a prueba de moscas; debida calefacción y alumbrado; agua pura y medios satisfactorios de lavado; cocina apropiada; construcción conforme al plan general de la población.

Lepra

Argentina.—De 1798 a 1896, declara Vitón,⁷⁹ pasaron por los hospitales o asilos argentinos 309 leprosos. Cabría decir que hace treinta años sólo había unos pocos en unos muy escasos focos. Hace 21 años, en 1906, eran 730. Hoy se conocen cerca de 10,000, y dicen los leprólogos que para cada enfermo en el curso de muy pocos años se cuentan dos o tres más. No es solo Corrientes la assolada; lenta, pero a pasos firmes, la infección marcha hacia el sur, y ya Lavalle y Goya cuentan sus leprosos en cantidades relativamente elevadas para su escasa población. Es sobre todo Santa Fe del Norte, Reconquista, la colonia Avellaneda, la zona quebrachera del Chaco santafecino, el gran foco en actividad; lo es asimismo el Chaco y Formosa, la parte central de Entre Ríos, lo son pueblos prósperos; en una palabra, la epidemia cunde en todo el norte, zona riquísima desde el punto de vista material. Ya se van creando en el resto del país focos nuevos. Baliña hasta 1921 halló 14 casos autóctonos en Buenos

⁷⁷ Matz, P. B.: U. S. Vet. Bur. Med. Bull. 4: 587 (jul.) 1928.

⁷⁸ MacDonald, R. St. J.: Pub. Health Jour. 19: 156 (abr.) 1928.

⁷⁹ Vitón, A.: Rev. Cir. Med. Arg. 28: 833 (mzo.) 1928.