

caso comunicado por Wehrheim,¹ el enfermo al parecer había contraído la infección por vía bucal. Se repuso con inyecciones intravenosas de tartrato emético al 1 por ciento cada 2 días comenzando con 5 cc. y aumentando gradualmente hasta 10 cc.

Poradenitis

Stibenyl.—Bellard² se ha visto obligado a practicar la poradenectomía en 13 casos de poradenitis inguinal en que el stibenyl no logró la curación inmediata que esperaba. Actualmente emplea la poradenectomía radical inmediata, seguida de una serie de inyecciones intravenosas de stibenyl formando un total de 2 gramos. En los casos incipientes, si no hay mejoría marcada después de una semana de tratamiento intenso con el stibenyl, procede a la intervención quirúrgica. En un caso hubo una recidiva después de un tratamiento prolongado por el stibenyl suplementado con una poradenectomía.

Brasil.—La linfogranulomatosis inguinal aguda, dicen Motta Rezende y Fernandes,³ ofrece un cuadro clínico propio con iniciación, evolución y terminación características. El chancro linfogranulomatoso es atribuido con facilidad a la sífilis, al chancro blando o al herpes. En dos pacientes se obtuvo la curación completa, a los 30 días, con inyecciones intravenosas de yoduro de sodio en dosis de 10 cc., en cada vez., diariamente o cada tercer día, en solución al 10 por ciento.

Legislación

En Berlín la solución de los problemas creados por la nueva ley relativa al dominio de las afecciones venéreas corresponde en gran parte al servicio municipal de higiene. A fin de ilustrar al público sobre el asunto, se organizó una campaña de publicidad. Todas las obligaciones que recaían antes sobre la policía de la moral, quedan ahora a cargo del servicio público de higiene, en particular a lo tocante a examen obligatorio de los sospechosos y tratamiento forzoso de los infectados que rehusan asistencia médica. Entre las medidas más importantes figura la creación de centros de examen y consulta, como los que han existido desde hace algún tiempo en muchos hospitales grandes. Al principio se establecerán en los distritos más poblados. El servicio de higiene tiene también que mantener suficientes camas para enfermos venéreos en los hospitales, tanto para hombres como para mujeres, y además, que facilitar tratamiento profiláctico.

Tuberculosis

Tuberculosis infantil.—La tuberculosis infantil, y sobre todo su diagnóstico y despistaje precoz, siguen avivando la atención de los higienistas y médicos en todas partes del mundo.

¹ Wehrheim, H. L.: Urol. & Cutan. Rev. 21: 760, 1927.

² Bellard, E. P. de: Gac. Méd. Caracas. 34: 371 (dbr. 31) 1927.

³ Motta Rezende y Fernandes, E.: Arch. Bras. Med. 18: 1 (eno.) 1928.

El estudio por Rueda⁴ de 6,259 dermorreacciones (en 2,307 niños de menos de dos años) a la tuberculina demuestra la ventaja que ofrece la Mantoux comparada con la Pirquet. La Mantoux dió resultados parecidos con la tuberculina humana y bovina, pero es más sensible con la primera. En el lactante deben repetirse periódicamente las pruebas. La proporción de reacciones positivas fué de 27.72 por ciento. Las positivas variaron de 21.9 por ciento con la Mantoux humana y 19.5 por ciento con la bovina y 2 por ciento con la Pirquet humana.

Según Asserson,⁵ entre 4,003 criaturas de menos de 2 años en dos hospitales y clínicas de New York, la frecuencia de la tuberculosis llegó a 11.4 por ciento. En varias, la enfermedad era avanzada. Entre 1,656 de la misma edad, observadas en los centros infantiles y en las clínicas, en ninguna de las cuales había manifiesta tuberculosis, la proporción bajó a 3 por ciento. El niño resiste, pues, la infección tuberculosa, mejor que lo que se solía creer, y en cambio relativamente poco la afección tuberculosa.

Kieffer⁶ da los resultados de la exploración sistemática clínica seriada y roentgenológica de 1,700 niños en los tres primeros años de edad escolar. De 879 niños de la primera edad de escuela (entre las edades de 5½ y 6½ años) 30.7 dieron una reacción positiva a la tuberculina; de 789 niñas, 25.9 por ciento una reacción positiva. En el primer año escolar, las cifras fueron de 41.3 por ciento para los niños y 48.7 por ciento para las niñas. En muy pocos casos pudo hacerse el diagnóstico clínico de tuberculosis, contando sólo con las alteraciones pulmonares. Se observó un foco primario reciente en ocho casos de los niños del primer año; una vez en los del tercer año. En algunos casos pudieron seguirse observando las alteraciones que sufrieron los focos tuberculosos, desde el primero hasta el tercer año escolares.

El trabajo de Chadwick⁷ básase en el examen de 50,000 escolares de 5 a 14 años, por el departamento de sanidad de Massachusetts. De unos 25,000, 29.6 por ciento reaccionaron a la Pirquet. El grupo comprendía 16 por ciento de contactos y muchos niños desnutridos, siendo el porcentaje de reactores entre los primeros casi doble que en los demás. Los niños faltos de peso acusaron un porcentaje algo mayor que los otros. En el grupo rural hubo 27.5 por ciento de reactores, comparado con 29.9 por ciento en el urbano. En tres aldeas los reactores llegaron a 16 por ciento. En 3.7 por ciento se hizo el diagnóstico de tuberculosis hiliar y a 10.4 por ciento más se les clasificó como sospechosos. De los reactores, en 12.5 por ciento se diagnosticó tuberculosis hiliar y a 35 por ciento más se les clasificó como sospechosos, de modo que 47.5 por ciento parecían necesitar

⁴ Rueda, P.: Santa Fé Méd. 2: 259, 1927.

⁵ Asserson, M. A.: Am. Rev. Tub. 16: 359 (obre.) 1927.

⁶ Kieffer, O.: Beit. Klin. Tub. 67: 417 (nbre. 19) 1927.

⁷ Chadwick, H. D.: Boston Med. & Surg. Jour. 197: 1399 (eno. 26) 1928.

tratamiento, lo cual representaría de 9 a 10 por ciento de la población de las escuelas elementales. Si se descubre el estado antes de presentarse la forma secundaria y adulta, el pronóstico es magnífico, con tal que haya buena vigilancia y cuidado. Es posible que muchas muertes por tuberculosis en la adolescencia y juventud procedan de una infección masiva en la infancia que pasa desapercibida.

De 206 niños con tuberculosis visceral clínica, a que se refiere Gugelot,⁸ sólo en dos dejaron de convenir los resultados de la eritrosedimentación con la desviación de los núcleos de los neutrófilos. La combinación alcanza su importancia máxima en cuanto a indicar la actividad del proceso tuberculoso. Jamás se descubrió en los casos inactivos, pero sí en 80 de 95 clínicamente activos. En los positivos a la tuberculosis la desviación nuclear fué más frecuente que la sedimentación patológica. Es probable que la primera dependa de la tuberculosis y demuestre que no se ha extinguido la infección, en tanto que la eritrosedimentación sólo se acelera cuando la desintegración celular llega a cierto punto. De ser así, la hipersedimentación no se presentaría casi nunca sin desviación nuclear. Al retroceder la actividad clínica, unas veces la desviación y otras la sedimentación retorna primero a lo normal. Los enfermos negativos a la tuberculina presentaron casi siempre cifras normales en cuanto a la eritrosedimentación. Sucedió lo mismo con los positivos a la tuberculina, pero clínicamente inactivos, aunque se notó aumento de la desviación nuclear en 23.5 por ciento de esos casos, comparado con 12.5 por ciento en los negativos. En un niño que reacciona a la tuberculina y presenta signos frecuentes de tuberculosis, las cifras normales de la sangre militan poderosamente contra la existencia de un proceso abierto, aunque la temperatura varía algo. Una desviación nuclear marcada sin hipersedimentación confirma la tuberculosis o indica la labilidad del proceso. Las cifras anormales, aunque con una temperatura aproximadamente normal, son una indicación tolerablemente segura de que el proceso se halla todavía activo.

En 400 niños, Sorrentino⁹ ensayó las tuberculinas humana, bovina y aviaria. De 185 con signos clínicos de tuberculosis, 60 por ciento, 49.2 por ciento y 3.8 por ciento resultaron respectivamente positivos a las tres tuberculinas. En los 215 sin signos clínicos de tuberculosis las cifras fueron 21, 33.2 y 8 por ciento, respectivamente. De 156 niños positivos a la tuberculina humana, 75.6 por ciento fueron igualmente positivos a la bovina, en tanto que de 215 casos negativos a la primera, 18.6 por ciento resultaron positivos a la segunda. Al comprobar con las varias tuberculinas, hay que diferenciar la reacción específica a la tuberculina que representa la misma raza infectante y la reacción general en grupo a las demás tuberculinas.

⁸ Gugelot, P. G.: *Ned. Tidsch. Geneesk.* 71: 1282 (sbra. 24) 1927.

⁹ Sorrentino, C.: *Pediatria* 35: 1329 (dbre. 15) 1927.

Según dice Heimbeck,¹⁰ desde 1924 practica la reacción de Pirquet en todas las muchachas que ingresan en la escuela para enfermeras del hospital municipal de Oslo. Casi todas tienen de 20 a 25 años y disfrutan de buena salud. De 420 comprobadas, 48 por ciento acusaron una reacción positiva. En los niños de las escuelas públicas de la misma ciudad, a la edad de 9 años 85 por ciento resultaron positivos a la Pirquet. En el campo el número de positivos fué menor. De 79 estudiantes de medicina, 53 por ciento, y de 225 reclutas militares, 45 por ciento resultaron positivos. Se destacaron dos puntos: En la infancia avanzada y la adolescencia, las reacciones positivas casi llegan a 100 por ciento, a la edad de 20 años bajan a casi 50 por ciento. La infección tuberculosa puede matar rápida o lentamente, o ser matada por el organismo. El autor logró conseguir una reacción positiva a la Pirquet empleando BCG, lo cual conviene con la teoría de Koch de que, en tanto una persona se halla infectada con tuberculosis, no puede adquirir una reinfección.

En 123 de 216 casos de meningitis tuberculosa y de tuberculosis miliar, Gelmi¹¹ practicó la cutirreacción con tuberculina, resultando positiva en 78.2 por ciento, o sea, en una proporción mucho mayor que la aceptada habitualmente. La causa puede residir en el buen estado de los pacientes al enfermarse, el período comparativamente temprano de la enfermedad y la modificada sensibilidad cutánea. En 4 casos observados hasta la muerte, la cutirreacción se volvió negativa en 3, dos días antes de la muerte. En cambio, la intradermorreacción continuó positiva en 2 de los 3.

La meningitis tuberculosa, secundaria a la articular, ganglionar o pulmonar, dicen Debré y Senoze,¹² es relativamente rara en los niños, y sólo representa 7 por ciento del total de meningitis tuberculosas. Es más frecuente a la edad de 4 a 6 años y secundariamente de 11 a 13 años. La tuberculosis múltiple, aunque sea banal, va seguida a menudo de meningitis. Ésta se presenta poco después de la iniciación clínica de las lesiones primarias. Sesenta por ciento de los niños mueren en el primer año, en particular de los 4 a los 12 meses.

Tuberculosis intestinal.—Es difícil hacer el diagnóstico de tuberculosis intestinal, debido a la falta de un cuadro clínico característico, según dice Blumberg.¹³ El hallazgo de bacilos tuberculosos en las heces rara vez, o ninguna, comprueba la existencia de la enfermedad. No hay ninguna prueba conocida de laboratorio para el diagnóstico.

De 300 enfermos estudiados por Williams y Gardner¹⁴ con los rayos X, 283 resultaron afectados de tuberculosis pulmonar. Los otros 17 sirvieron de testigos. De los 283 tuberculosos, 13.7 por ciento

¹⁰ Heimbeck, J.: Arch. Int. Medic. 41: 336 (mzo.) 1928.

¹¹ Gelmi, G.: Rev. Clin. Ped. 25: 769 (nbre.) 1927.

¹² Debré, R., y Senoze, R.: Rev. Franç. Pédi. 3: 830 (dbre.) 1927.

¹³ Blumberg, A.: Jour. Lab. & Clin. Med. 13: 405 (fbro.) 1928.

¹⁴ Williams, H. B., y Gardner, L. U.: U. S. Vet. Bur. Med. Bull. 4: 203 (mzo.) 1928.

revelaron signos roentgenográficos de colitis ulcerada. De los 39 casos en que se descubrió tuberculosis intestinal, los rayos X pusieron de manifiesto cavernas pulmonares en 33, en tanto que de los otros 244, sólo las revelaron el 50 por ciento.

Coloración del bacilo.—Moss¹⁵ fija el ejemplar en solución de formaldehído por 8 minutos y lo tñe con carbolfucsina fría (Ziehl-Neelsen) durante 8 minutos. Lo lava bien, de preferencia en agua corriente, entre cada tiempo. Luego lo colorea durante 2 minutos con el cloruro de metiltionina de Gabbett, o lo decolora en alcohol ácido y lo contracolora con cloruro de metiltionina alcalino durante 30 segundos.

Tuberculosis renal.—Salleras y von der Becke¹⁶ afirman que, de 1,724 enfermos atendidos en los servicios urológicos más importantes de Buenos Aires, 278, o sea 16.12 por ciento, eran tuberculosos renales. El porcentaje varió de 8.88 a 28 en los distintos hospitales. La forma hematúrica pura es rara, siendo la más frecuente la vesical pura, a tal punto que toda cistitis espontánea debe ser tenida por tuberculosa hasta demostrarse lo contrario. En la orina reside casi siempre, sobre todo en las tuberculosis abiertas, el diagnóstico de certeza.

Cónyuges.—En un matrimonio descrito por Salleras¹⁷ la enfermedad comenzó en el marido hace unos ocho años, siendo comprobada por los síntomas y el análisis urinario. El tratamiento logró la curación aparente. Hace unos dos meses se presentó el sujeto con la esposa, diciendo que la última padecía de la misma enfermedad desde hacía unos ocho meses. Los únicos antecedentes eran genitales y coincidían con la época de la enfermedad activa del esposo. Tras una nefrectomía izquierda, todos los síntomas desaparecieron, menos la cistitis.

Tuberculosis prostática.—Para Lucri,¹⁸ la tuberculosis prostática es bien rara y puede ser el primer síntoma que revele una tuberculosis genital latente que, en la mayor parte de los casos, ha sido tratada como manifestación prostática gonocócica crónica e interpretada como rebelde. El caso descrito constituye una típica demostración de la posible asociación del gonococo con el bacilo.

Embarazo.—Un cuidadoso estudio de los datos disponibles relativos al efecto del embarazo sobre la tuberculosis, impulsan a Hill a deducir que el primero no ejerce ningún efecto apreciable sobre la segunda. Hill¹⁹ ideó un nuevo plan de investigación, que consiste en que cada médico interesado llene un impreso uniforme para todas y cada una de las tuberculosas casadas que atienda, y que cuando haya terminado sus observaciones, las envíe a la Asociación Nacional de la Tuberculosis.

¹⁵ Moss, E. S.: U. S. Vet. Bur. Med. Bull. 4: 247 (mzo.) 1928.

¹⁶ Salleras, J., y von der Becke, A.: Rev. Asoc. Méd. Arg. 40: 935 (nbre.-dbr.) 1927.

¹⁷ Salleras, J.: Semana Méd.: 34: 1364 (nbre. 17) 1927.

¹⁸ Lucri, T.: Arch. Ital. Urol. 4: 151 (dbr.) 1927.

¹⁹ Hill, A. M.: Am. Rev. Tub. 17: 107 (fbro.) 1928.

Viena.—En la última reunión de la Sociedad para la Lucha Contra la Tuberculosis,²⁰ el Médico Jefe Dr. Götzl discutió la frecuencia de la tuberculosis en Viena y los medios de combatirla. La enfermedad ha aumentado ligeramente, pero casi exclusivamente en el sexo masculino y personas de más de 20 años, habiendo disminuido en las mujeres en conjunto. Fué importante la relación con las viviendas. De 1,981 enfermos de tuberculosis abierta, 314 sólo disponían de una habitación (que 118 de ellos ocupaban con dos personas o más), 973 sólo disponían de dos piezas (que 458 de ellos compartían con 3 personas o mas) y 551 sólo disponían de tres piezas (que 215 de ellos compartían con 4 personas o más). En 28 por ciento de los casos investigados, el enfermo infeccioso compartía su lecho con otras personas. El municipio de Viena ya ha construido más de 50,000 apartamentos bien aireados y asoleados, y si bien no muy espaciosos (de 45 a 85 m³), también higiénicos, que destina a las clases bajas. La ordenanza relativa a la notificación de los casos de tuberculosis ha surtido poco efecto, pues sólo ha abarcado hasta ahora a 1 por ciento de los enfermos.

Tuberculosis bovina en Chile.—Según una comunicación publicada en el *Boletín Sanitario* de la Dirección General de Sanidad de Chile, el porcentaje de tuberculosis en el ganado bovino puede dividirse según las diversas zonas, así: La Serena, 10 por ciento; Los Andes, promedio de 5 a 22 por ciento en los diversos departamentos de las provincias de Aconcagua y Valdivia; Curicó, 10 por ciento; Temuco, 12 por ciento; Osorno, muy variable, pero de no más de 6 a 7 por ciento. La tuberculosis supurada de la mama varía de un promedio de 1 por ciento en la zona de La Serena a 30 por ciento en la provincia de Aconcagua, en Los Andes.

Diagnóstico.—De un detenido estudio dedicado al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar por el médico general, Brown²¹ deduce que el factor diagnóstico más importante en la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar por el médico general es tener siempre en cuenta esta enfermedad. En fundar su confianza en el conocimiento más bien que en la agudeza de la audición es que estriba la diferencia principal entre el médico general y el especialista. El secreto profesional del último consiste en gran parte en escuchar y auscultar, después de la tos. Debe evitarse el peligro de la familiaridad, pues el bacilo tuberculoso no respeta a nadie. La investigación de la historia de las ocasiones de infección es mucho más importante que considerar el influjo ineficaz de la herencia. Los síntomas de localización revisten mucha importancia en el diagnóstico de la enfermedad para determinar la actividad. El signo físico anómalo más importante es el estertor persistente moderadamente grosero o fino en el tercio superior del

²⁰ Carta de Viena, Jour. Am. Med. Assn. 90: 1055 (mzo. 31) 1928.

²¹ Brown, L.: Jour. Am. Med. Assn. 90: 1032 (mzo. 31) 1928.

tórax, y cuando lo apoyan lesiones roentgenológicas parenquimatosas, justifica el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Debe comprobarse el diagnóstico, siempre que sea posible, buscando el bacilo tuberculoso en el esputo, y cuando no existe deben repasarse cuidadosamente los datos en que se basa el diagnóstico. Para poder establecer el diagnóstico positivo deben existir uno o más de los siguientes datos diagnósticos: hemoptisis de 4 cc. o más; pleuresía con derrame; estertores moderadamente groseros por encima de la tercera costilla y de la tercera apófisis vertebral; lesión radiológica parenquimatosa en la misma zona, y bacilos tuberculosos en el esputo. A fin de excluir la tuberculosis pulmonar, deben eliminarse esos cinco datos. Para poder afirmar o excluir su existencia tal vez se requiera un estudio por lo menos de tres semanas. El porcentaje de error con este método llega aproximadamente a 2.

Serología.—En los casos quirúrgicos de Badoux y Narbel,²² el método de Vernes resultó superior para el diagnóstico que el de Besredka. En sujetos clínicos no tuberculosos la reacción de Vernes fué positiva dos veces y la de Besredka nueve veces. El método de Vernes es también superior al de Besredka en los sueros sifilíticos. No es más específico en la tuberculosis que el otro, pero sí rinde resultados más exactos. Ninguno de los métodos resultó satisfactorio para el examen de la sangre retroplacentaria o umbilical.

Signo.—En los enfermos de tuberculosis pulmonar latente, dice Gaeta²³ el sudor, en particular axilar, manifiesta un marcado olor fórmico. El papel inmunológico de la piel y su relación con las secreciones internas tal vez expliquen ese cambio en la secreción de las glándulas sudoríparas. Meyer ya notó aumento del ácido oxálico en la orina de los tuberculosos. Como se forma ácido fórmico por la acción del oxálico sobre la glicerina, tal vez proceda de la cápsula cereoadiposa del bacilo tuberculoso.

Bacilos bovinos en el esputo.—En 5 casos comunicados por Munro,²⁴ se esputaron bacilos tuberculosos bovinos. En 8 casos se encontraron bacilos bovinos y una vez bovinos y humanos en los ganglios traqueobronquiales de niños que habían muerto de tuberculosis, de entre 20 que fueron investigados.

Bacilos en las heces.—De 391 vacas aparentemente sanas, cuyas heces fueron examinadas por William y Hoy,²⁵ seis excretaban bacilos tuberculosos. Al examinar las heces de casi todas las vacas de 14 granjas, 5 también los excretaban.

Cultivo del bacilo.—De los varios reactivos empleados por Corper y Uyei,²⁶ los ácidos sulfúrico y clorhídrico resultaron superiores para

²² Badoux, V. E., y Narbel, M.: Rev. Med. Suis. Rom. 48: 102 (fbro. 25) 1928.

²³ Gaeta, R.: Gazz. Osp. e C.lin. 48: 1179 (dbre. 11) 1927.

²⁴ Munro, W. T.: Lancet, 1: 384 (fbro. 25) 1928.

²⁵ Williams, R. S., y Hoy, W. A.: Jour. Hyg. 27: 37 (nbre.) 1927.

²⁶ Corper, H. T., y Uyei, N.: Jour. Lab. Clin. Medic. 13: 469 (fbro.) 1928.

destruir los contaminadores presentes en las sustancias examinadas. El violeta de cristal o de metilo americano puede suplantar al violeta de genciana de Grüber, a la misma concentración, para preparar el medio de Petroff de huevo. Sin embargo, el medio de patata y cristal de violeta es superior al de huevo y otros para el cultivo y aislamiento de los bacilos tuberculosos.

Eritrosedimentación.—La reacción de Fahraeus (Westergren) fué empleada por Lindstedt,²⁷ unas 12,000 veces en más de 4,000 enfermos. En la tuberculosis pulmonar confirmóse tanto el aumento de la sedimentación según la extensión del proceso como su poco valor diagnóstico directo en la tuberculosis incipiente. Las cifras normales indican con bastante seguridad un proceso estacionado crónico; los aumentos, actividad. La sedimentación normal no basta para formular un pronóstico bueno. En la tisis la eritrosedimentación alta indica bastante probablemente un pronóstico desfavorable, pero en los casos centrales o “epituberculosos” de los pulmones, y en particular en la pleuresía exudativa y el eritema nudoso, las cifras suelen ser altas a pesar del pronóstico comparativamente favorable. En algunos casos antiguos de neumopatía central la sedimentación patológica representaba el único hallazgo objetivo seguro. En la poliartritis aguda la disociación entre la eritrosedimentación y la fiebre son muy significativas hasta en la segunda semana. Los estados ictericos, cianóticos y anafilácticos retardan la sedimentación.

En 500 enfermos del sur de la India, Fridmodt-Möller y Benjamin²⁸ determinaron la eritrosedimentación. De ellos, 283 eran tuberculosos de un sanatorio. El clima tropical parece afectar la velocidad de la sedimentación, acelerándola más que en el Occidente. En el sur de la India, a una temperatura de 30 C., el valor normal para los hombres es de 10 con un límite de 15; para las mujeres, 15, con un límite de 20, o sea 17 por ciento y 25.5 mm. para los primeros y 25.5 por ciento y 34 mm. para las últimas. La prueba no posee valor específico. En los tuberculosos es un signo indicativo, tal como la fiebre. No puede emplearse para determinar la actividad o inactividad de la enfermedad, pero ayuda a dirimir el punto cuando se considera junto con los síntomas clínicos. El valor pronóstico de la prueba es muy considerable en la tuberculosis pulmonar en la India, pues indica si amagan exacerbaciones o complicaciones. La prueba alcanza su valor máximo en los casos tratados con neumotórax artificial.

Del estudio realizado por Miraglia²⁹ de 37 niños de 9 meses a 12 años con varias formas de tuberculosis, despréndese que el estado general y la cutirreacción son benéficamente influidas por la tuberculoterapia, pudiendo volverse la Pirquet de positiva en negativa.

²⁷ Lindstedt, F.: Hygiea 89: 876 (nbre. 30) 1927.

²⁸ Fridmodt-Möller, C., y Benjamin, P. V.: Tubercle 9: 57 (nbre.) 1927.

²⁹ Miraglia, M.: Pediatría 35: 1145 (nbre. 1) 1927.

Por lo contrario, la sedimentación globular y las lesiones específicas no manifiestan más que modificaciones escasas o nulas. La falta de correspondencia entre ambas cosas demuestra que no se ha logrado la curación, sobre cuyo punto la eritrosedimentación quizás sea un índice que reviste mayor importancia.

Martinelli³⁰ practicó 149 sedimentaciones en 99 sujetos que comprendían 35 sanos, 10 con dolencias no tuberculosas, y los restantes, tuberculosos pulmonares. De sus observaciones deduce que no se debe calcar el pronóstico exclusivamente sobre una sola sedimentación, sobre todo dado que las sedimentaciones altas (de más de 60) suelen denotar un pronóstico pésimo. El valor de la reacción de Fahraeus estriba en las oscilaciones de los índices determinados de tiempo en tiempo. Un aumento persistente de la velocidad de la sedimentación indica—si no hay una dolencia intercurrente—disminución de la defensa orgánica y aumento de la extensión de las lesiones. Los índices estacionarios indican estabilización de la enfermedad. Las sedimentaciones normales no significan cura, pues en un sinnúmero de casos activos, los índices quedaban dentro de límites normales. Sólo cabe afirmar que la sedimentación está normalizada cuando no oscilan los índices determinados periódicamente. La alteración humoral, causa directa de la sedimentación, aparece antes que los signos clínicos y desaparece días después que cesan los mismos.

Electrocardiografía.—El estudio electrocardiográfico de 250 casos de tuberculosis pulmonar ha convencido a Simon y Baum³¹ de que el electrocardiograma es de mucho valor en la tuberculosis pulmonar, pues aporta información relativa al corazón que no puede obtenerse de otro modo con la misma exactitud.

Alergia y sarampión.—Goebel y Herbst³² observaron que el suero de convaleciente de sarampión, administrado por vía intramuscular, hacía desaparecer la cutirreacción tuberculínica en el máximo de su desarrollo. La reacción percutánea de la tuberculina, aplicada simultáneamente con tal inyección o dos días más tarde, produjo una reacción más débil de la que se produce sin la inyección. Sus experimentos confirman la observación clínica de que se activa la tuberculosis con el sarampión.

Diabetes.—Escudero³³ afirma que, entre 360,758 enfermos de Buenos Aires hubo diabetes en 1.87 por mil. Entre 735 casos de diabetes se observó tuberculosis en 9.1 por ciento. En el tratamiento, lo mejor es tratar al diabético como si no fuera tuberculoso y al tuberculoso como si no fuera diabético. La tuberculosis aparece generalmente en los diabéticos de más de 40 años, habiendo durado la enfermedad por término medio de $3\frac{1}{2}$ a 4 años, y sólo en cuatro un

³⁰ Martinelli, E.: Rev. Medic. 12: 441 (obre.-dbre.) 1927.

³¹ Simon, S. y Baum, F.: Am. Rev. Tub. 17: 159 (fbro.) 1928.

³² Goebel, F., y Herbst, R.: Monatsch. Kinderheilk. 37: 424 (dbre.) 1927.

³³ Escudero, P.: Arch. Arg. Enf. Apar. Dig. y Nutr. 3: 5, 1927.

año o menos. Un 52.3 por ciento de los diabéticos-tuberculosos llegaron en acidosis. Sólo en uno de 21 casos se había hecho diagnóstico de tuberculosis antes, en parte por ser los síntomas banales. Una lesión pulmonar abierta en un diabético-tuberculoso es muy grave, llegando la mortalidad en esos casos a 71.4 por ciento.

Portadores.—En el esputo de varios sujetos sin síntomas bien definidos de tuberculosis, Guttman³⁴ encontró bacilos acidorresistentes. En algunos se diagnosticó tuberculosis, pero resultó ser bronquiectasia o amigdalitis no tuberculosa.

Porvenir de los enfermos.—Krause³⁵ asegura que, de 969 pacientes tratados por tuberculosis abierta, en los sanatorios, de 1902 a 1922, todavía vivían 40 por ciento en la primavera de 1927; 83 por ciento de ellos pueden trabajar. Esas cifras demuestran, además, que el paciente que vive cinco años después del tratamiento en el sanatorio por tuberculosis abierta, puede esperar y estar en condiciones de trabajar durante un período prolongado de tiempo.

Erradicación en el ganado vacuno.—En los Estados Unidos, la campaña dedicada a erradicar la tuberculosis en el ganado vacuno continúa avanzando. El jefe del Negociado de la Industria Animal declara en su informe anual al Secretario de Agricultura que se ha reducido la proporción de la infección a 0.5 por ciento. El Gobierno federal ha asignado a esta obra un fondo de \$4,653,000, complementado con \$13,000,000 concedido por los Estados, lo cual permite comprobar unas 10,000,000 de cabezas de ganado vacuno.

Sanocrisina.—El método utilizado por Würtzen y Sjørlev,³⁶ con modificaciones según el caso, consiste en administrar 0.5 gm. de sanocrisina, durante 12 días, a plazos de 3 a 4 días. Tras 6 a 8 semanas de descanso, se administra otra serie final. Contraindicaciones para proseguir las inyecciones son la aparición de albuminuria, estomatitis o exantema. Las 16 muertes en una serie de 84 casos, se explican por el estado avanzado de la enfermedad, en muchos de los pacientes. Muchos presentaban, al mismo tiempo tuberculosis laríngea e intestinal. En la quinta parte de los casos, desaparecieron los bacilos tuberculosos del esputo, a pesar de existir cavernas en siete. En 40 pacientes mejoró el "estado estetoscópico" y en 23 de éstos también los hallazgos roentgenológicos. En 11 casos, la temperatura volvió a lo normal. Comparando estos resultados con los de los testigos, en éstos, el número de defunciones fué relativa y absolutamente mayor, hubo menos casos en que la temperatura se volvió normal y sólo en dos desapareció el bacilo del esputo. En 58 pacientes se prosiguió el estudio de los resultados del tratamiento con la sanocrisina, durante más de un año. De éstos

³⁴ Guttman, M. J.: Münch. med. Wehnsch. 74: 1871 (nbre. 4) 1927.

³⁵ Krause, K.: Beit. Klin. Tuberk. 67: 386 (nbre. 19) 1927.

³⁶ Würtzen, C. H., y Sjørlev, N.: Acta Tub. Scand. 3: 319, 1928.

murieron 14, no se supo de 7, 10 no pueden trabajar y 27 pueden trabajar.

Ens us experimentos en animales, Møllgaard³⁷ ha demostrado que el organismo sano no reacciona con fenómenos de choc e hipertermia a las inyecciones de sanocrisina. Un organismo sensibilizado a la tuberculosis reacciona lo mismo que uno sano, con tal que la inyección no tenga lugar directamente en el foco tuberculoso. La intensidad de la reacción en un animal tuberculoso depende de la raza del bacilo así como del estado del tejido infectado. La inyección directa en un foco tuberculoso produce una reacción en casos en que fracasa la inyección endovenosa. Inyectando suero tuberculoso, pueden acrecentarse el choc y la albuminuria. La acción de la sanocrisina no es puramente medicamentosa sino de afinidad química hacia ciertos elementos del proceso tuberculoso.

Vacuna de Ferrán.—Sáenz y Estapé,³⁸ delegados del Gobierno del Uruguay sumarizan así sus estudios sobre la vacuna "Anti-Alfa," y las doctrinas de Ferrán: 1. Que con los caracteres que su autor ha dado de sus bacterias "Alfa," imprecisos, contradictorios y confusos, resulta imposible poderlas identificar bacteriológicamente como "grupo" nosológico definido. 2. Que las bacterias "Alfa" pertenecen a una de las innumerables especies de bacterias de la flora intestinal banal, resultando pueril toda tentativa de clasificación, por ser imposible cumplir con las exigencias de la ley de Henle-Koch, que rige y orienta la bacteriología actual. 3. Que el ciclo irreversible "in vivo" de las mutaciones ascendentes, según el esquema de la teoría de Ferrán, que constituye el eje mismo de su teoría, y que es doctrinariamente fundamental, no ha sido demostrado aún. 4. Por el contrario, que el ciclo "in vitro" reversible, de las mutaciones descendentes y regresivas del esquema de la teoría de Ferrán, ha sido demostrado experimentalmente, primero por su autor, y luego confirmado por sabios de la escuela francesa (Arloing, Courmont, Auclair y últimamente por Vaudremer). 5. Que la vacuna "Anti-Alfa" Ferrán no es más que un cultivo en caldo que contiene las bacterias "Alfa" y "Epsilon" y otras especies microbianas de la flora intestinal, sometidas, según su autor, a una temperatura adecuada como para matar ciertos gérmenes y atenuar otros. 6. Que el estudio realizado por nosotros con el contenido de las ampollas de vacuna "Anti-Alfa," tales como se expenden en el comercio, reveló la presencia de cuatro gérmenes vivos, constituidos por dos especies de bacilos esporulados, que resistieron las altas temperaturas de 100 y 115°, respectivamente, durante 10 minutos, de un anaerobio facultativo y un probable anaerobio estricto. 7. Que la inoculación experimental efectuada por nosotros al cobayo y al conejo por la vía subcutánea,

³⁷ Møllgaard, H.: Acta Tub. Scand. 3: 337, 1928.

³⁸ Sáenz, A., y Estapé, J. M.: An. Fac. Med. 12: 799 (nbre.-dbr.) 1927.

intraperitoneal e intravenosa, con el contenido de las ampollas de la vacuna "Anti-Alfa," demostró en todos los casos ausencia de poder patógeno, aplicado en las dosis terapéuticas exigidas. 8. Que en este mismo estudio quedó probado que las bacterias vivas que constituyen la vacuna "Anti-Alfa" no pertenecen al "grupo" coli-tifus, contrariamente a lo afirmado por Ferrán. 9. Que los resultados terapéuticos consignados en las estadísticas de Soria no pueden ser tomados como específicos de la vacuna "Anti-Alfa," explicándose perfectamente dichos resultados mediante el mecanismo de la "proteínoterapia." 10. Que los resultados de la vacuna "Anti-Alfa" como agente inmunizante antituberculoso, consignados en las estadísticas de Vacarezza, han demostrado ser incapaces de ejercer la más mínima acción preventiva y específica. 11. Que la vacuna "Anti-Alfa" también se mostró incapaz de preservar a los bovinos de la tuberculosis (experiencias de Arena). 12. Que los autores de este informe dejan expresa constancia de que, al impugnar ciertas conclusiones contenidas en la teoría pluralista de Ferrán sobre la tuberculosis, no significa que la rechacen de plano, pues consideran que el pronunciarse sobre el fondo de la misma sólo es factible para aquellos que tuvieren la autoridad en la materia que a ellos les falta. Dejan también expresa constancia de que con su tarea no pretenden en lo más mínimo desconocer los grandes y positivos méritos científicos del autor de la primera vacuna "Anti-Colérica," que por ese solo hecho merece ocupar lugar prominente en la bacteriología mundial.

Lucha en Chile.—A la iniciativa particular, según declara el *Boletín Sanitario* de la Dirección General de Sanidad de Chile, fué que se debieron los primeros trabajos útiles en Chile en la lucha contra la peste blanca, formándose para ello la Sociedad de Señoras y la Liga Contra la Tuberculosis. Se han formado varias otras sociedades propendentes al mismo fin. Colonias escolares y otras análogas. Se han instalado diversos sanatorios por iniciativa particular; el de la Sra. Juana Ross de Edwards en Santa Rosa de los Andes y después el de la Junta de Beneficencia de Santiago en San José de Maipo. El primero funciona para un reducido número de personas que no han de encontrarse en un período avanzado de la enfermedad. El segundo fué suspendido por dificultades de administración.

En el año próximo pasado se reunió en Santiago la Primera Semana de la Tuberculosis que presentó conclusiones completas y bien definidas para luchar contra el mal. Sus miembros se propusieron hacer cuantos esfuerzos estuvieran a su alcance a fin de llevarlos a la práctica. Muchas de sus recomendaciones se toman en cuenta para el funcionamiento de varias actividades del Departamento de Educación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad.

El Ministerio de Higiene y la autoridad sanitaria han resuelto emprender activamente la lucha. Combinarán su acción encargando a la Asistencia Social de los detalles de tratamiento en todas las formas posibles y que se vayan proponiendo y dejará para la Dirección General de Sanidad la acción preventiva,—el juego grande—reforzando la lucha contra el alcoholismo, extremando la campaña contra la mortalidad infantil, dedicándole la mayor atención al mejoramiento de las habitaciones populares y al bienestar del niño, tanto en el hogar como en los edificios escolares, favoreciendo la educación física, el desarrollo de los deportes, el mejoramiento de la alimentación y, por tanto, la nutrición. El primer paso en la lucha inmediata contra la tuberculosis, ha sido la determinación tomada por el Señor Ministro de Higiene de reabrir y hacer funcionar de nuevo el Sanatorio de San José de Maipo, para los individuos del Ejército y los obreros que estén en condiciones de aprovechar las ventajas de un tratamiento de altura.

Tuberculosos que triunfaron.—En una obra reciente, Myers³⁹ traza sucintamente las biografías de personas que triunfaron en la vida aunque padecieron de tuberculosis. Entre ellos figuran poetas, músicos, sabios, estadistas y hasta santos, como denotan los siguientes nombres: Elizabeth B. Browning, Chopin, Paganini, Schiller, Bichat, Laënnec, Keats, San Francisco de Asís, Trudeau, Cecil John Rhodes, Lawrason Brown, Thoreau, y Dostoievsky.

El deber del médico.—En un trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Medicina en Lima (1927), Barton⁴⁰ acentúa una de las más importantes fases de la lucha antituberculosa:

Mucho puede hacerse en el terreno fecundo de la profilaxis sin grandes desembolsos de dinero. La instrucción del público que muy poco cuesta, será uno de los medios más seguros de éxito. Hay que emprender una propaganda activa de divulgación higiénica en la que corresponde al cuerpo médico, por su indiscutible autoridad, el rol de primer educador. El hogar infectado y el médico que lo visita, deberán ser los puntos céntricos de la lucha antituberculosa. Es ahí donde la acción médica desarrollada en la forma que dejamos expuesta, colaborando con la de las entidades oficiales, está llamada a producir los resultados más benéficos. El objetivo principal será impedir la infección, dominando en todo momento el concepto preventivo de la enfermedad. Desde este punto de vista son incalculables los beneficios que habrán de cosecharse por la inspección sistemática y bien reglada de los hogares tuberculosos.

1. Es deber del médico procurar mediante un examen cuidadoso de su enfermo el reconocimiento de la tuberculosis en su período inicial.

2. Establecido el diagnóstico, el médico lo hará conocer, con la mayor discreción, al enfermo y su familia.

3. Instruirá al paciente sobre los medios de evitar la propagación de su enfermedad y las condiciones en que deberá vivir. Instruirá asimismo a la familia acerca de los peligros del contagio.

³⁹ Myers, J. Arthur: *Fighters of Fate*. Baltimore, 1927.

⁴⁰ Barton, A. L.: *El deber del médico para con su enfermo tuberculoso*. Lima, 1927.

4. El tratamiento, que por carecer de institutos apropiados deberá hacerse las más veces a domicilio, será esencialmente higiénico.

5. Las medidas de profilaxis y tratamiento indicadas anteriormente son fundamentales en la lucha contra la tuberculosis, y por su importancia habrán de generalizarse a todos los tuberculos pobres y sus familias.

6. El elemento femenino deberá colaborar en la lucha contra la tuberculosis.

7. Deberá hacerse en forma vasta y continua, en la escuela, en el hogar del enfermo y entre el público en general, mediante artículos de prensa, conferencias, cartillas, museos, etc., la divulgación de las causas de la tuberculosis, de la importancia de descubrirla desde el momento que se inicia, el escaso peligro que ofrece cuando se toman las debidas precauciones y el valor supremo de los agentes naturales y la higiene para curarla y evitarla.

8. Dadas las deficiencias y peligros del tratamiento a domicilio; especialmente entre los pobres, es de la mayor urgencia construir hospitales con capacidad suficiente para el mayor número posible de casos avanzados. Es, asimismo, indispensable la erección de sanatorios para el tratamiento de los casos curables.

9. El mejoramiento de la habitación del pueblo es igualmente urgente e imposable.

10. La tuberculosis, por ser la causa principal de morbosidad y mortalidad así como por sus desastrosas consecuencias económicas y sociales, reviste las proporciones de un verdadero proberma nacional.

Escarlatina

¿Existe un virus escarlatinoso filtrable?—Después de filtrar por Berkefelds-W los lavados nasales de un enfermo en el séptimo día de una escarlatina grave y de cerciorarse de su esterilidad, Friedemann y Deicher⁴¹ los friccionaron en la faringe de dos personas que acusaban una Dick fuertemente positiva. Los dos sujetos permanecieron bien. Lo mismo sucedió al tocar con el filtrado la garganta de cuatro enfermos que tenían en ella, por padecer de amigdalitis, grandes cantidades de estreptococos hemolíticos, aunque la Dick era fuertemente positiva. La susceptibilidad de uno de los sujetos quedó patentizada cuatro semanas después al contraer la enfermedad tras la exposición a una infección casera. El dominio bacteriológico de los convalecientes de la escarlatina resultaría ilusorio si existiera un estreptococo filtrable, pero patógeno para el hombre, en la garganta de los casos recientes. De 11 muestras de orina procedente de enfermos en el período agudo de la nefritis escarlatinosa, una resultó estéril en cultivo, pero al inyectarla intraperitonealmente, resultó positiva en uno de cinco ratones, cuya sangre cardíaca, bazo, y riñón rindieron cultivos ricos en estreptococos hemolíticos verdaderamente escarlatinosos. Para los autores, el único microbio infeccioso de la escarlatina es el *Streptococcus hemolyticus scarlatinae* cultivable, y las formas no cultivables carecen de importancia práctica.

Seroterapia.—Desde mayo, 1926, hasta ahora, Castex y González⁴² han probado el suero antiescarlatinoso en unos 250 casos leves y graves, precoces y tardíos, de escarlatina pura y asociada con difteria

⁴¹ Friedemann, U., y Deicher, H.: Zeitsch. Hyg. Infekt. 108: 354 (ano. 30) 1928.

⁴² Castex, M. R., y González, H. D.: Prensa Méd. Arg. 14: 649 (nbre. 20) 1927.