



Año 1918

N. 3501

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES
SOBRE EL
TRATAMIENTO TUBERCULINICO
SEGUN EL PROCEDIMIENTO
DEL
DOCTOR JUAN JOSE VITÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE A. GAYOSO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1914-15)
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1916)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1917)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI-CORRIENTES 3151
1918

Consideraciones sobre el Tratamiento Tuberculinico según el
procedimiento del Doctor Juan José Vitón.

Año 1918

N. 3501

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES
SOBRE EL
TRATAMIENTO TUBERCULÍNICO
SEGUN EL PROCEDIMIENTO
DEL
DOCTOR JUAN JOSE VITÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE A. GAYOSO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1914-15)
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1916)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1917)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI—CORRIENTES 3151

1918

La Facultad no se hace solidaria de
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

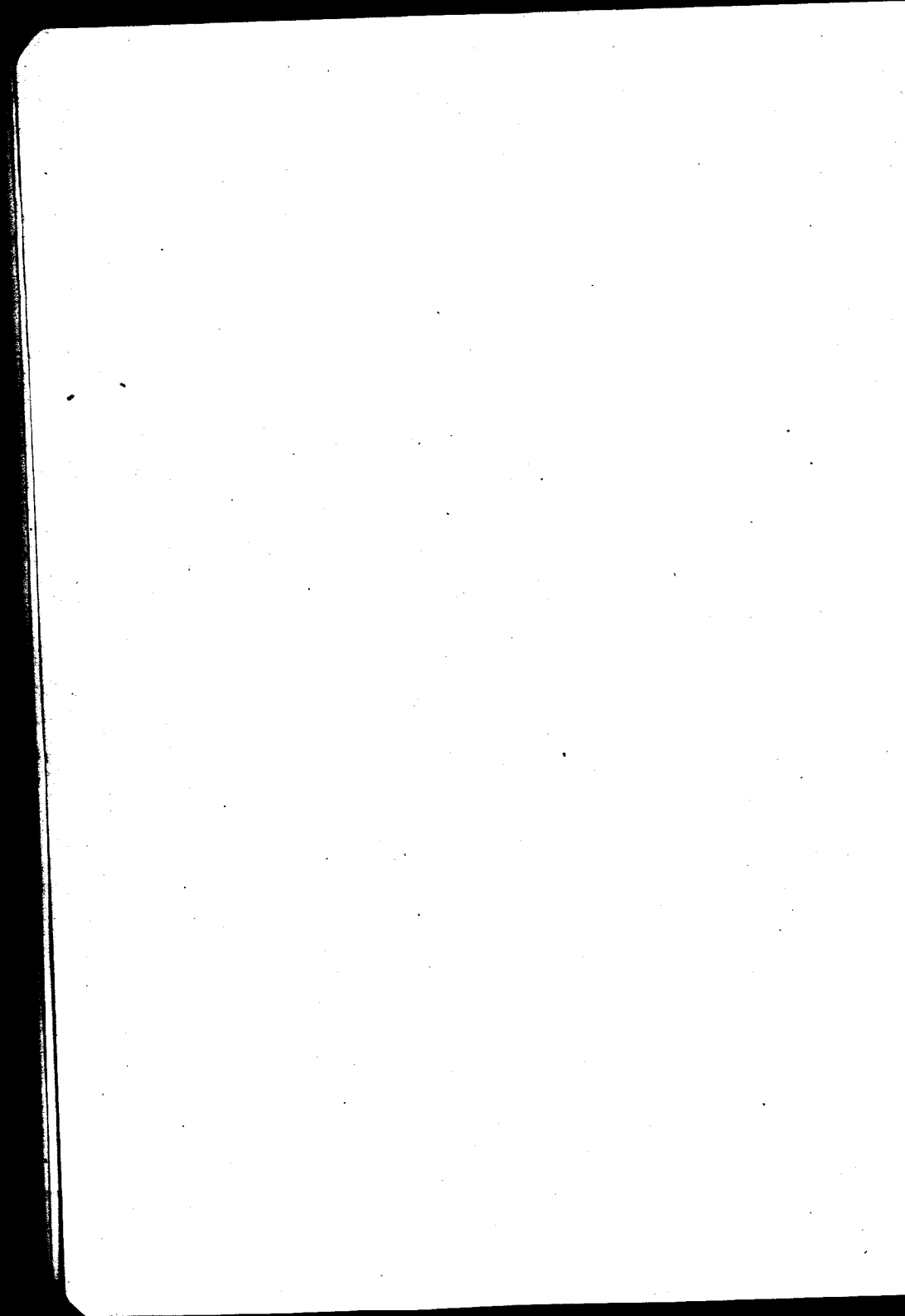
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. GRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » PEDRO BENEDIT
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano interino

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice Decano

DR. D.

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. JORGE LEYRO DÍAZ

» » ADOLFO F. LANDÍVAR

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI

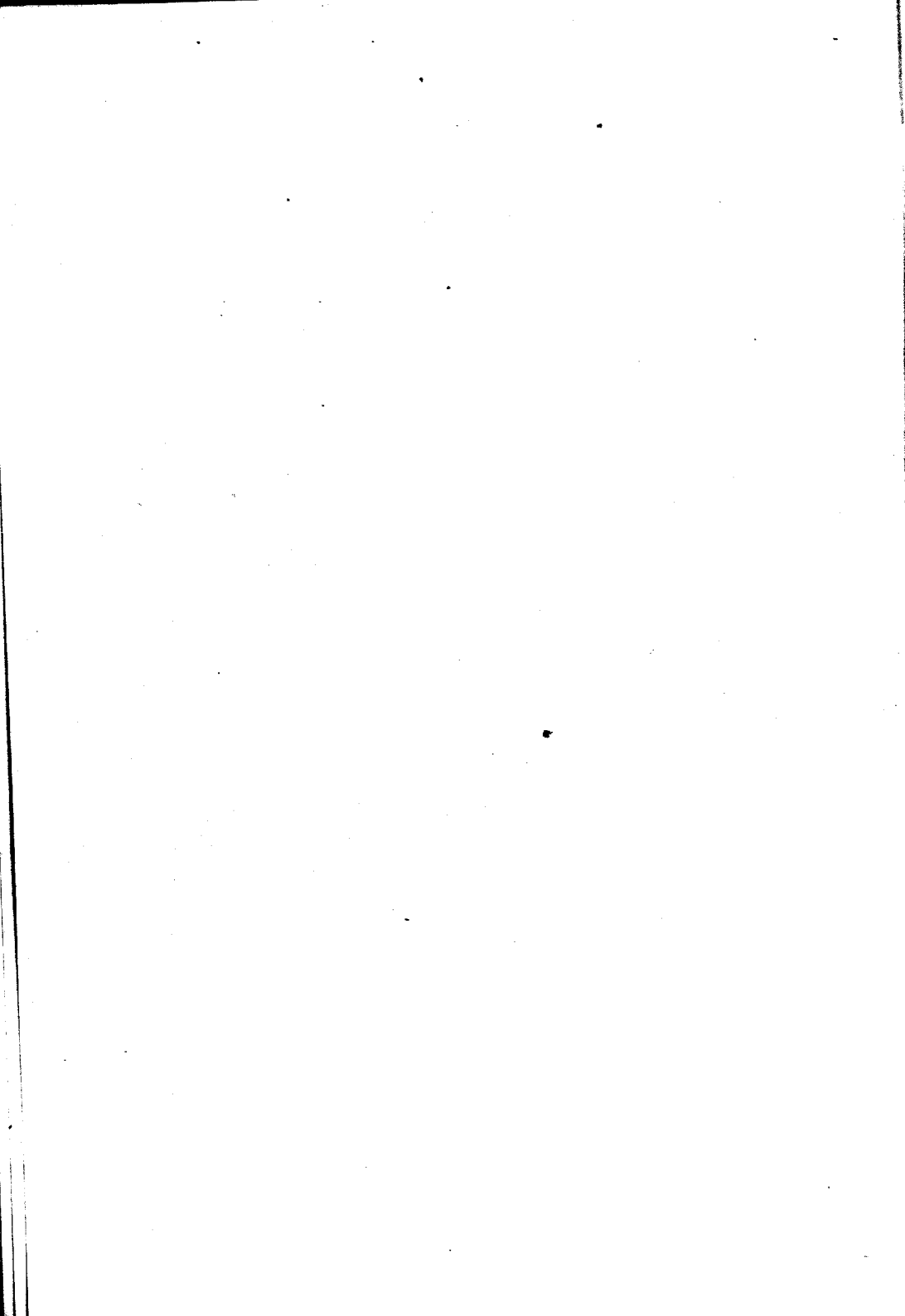
» ANGEL M. CENTENO

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. GRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica	
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARATNI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....	
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Fisiología y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Anatomía topográfica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Olinica dermató-sifilográfica.....	
» Génito urinaria.....	
» epidemiológica.....	
» oftalmológica.....	
» oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Olinica quirúrgica.....	
» Neurrológica.....	
» Médica.....	
» pediátrica.....	
» ginecológica.....	
» obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clínica Psiquiátrica.....	
Toxicología.....	

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SEEBER
» SILVIO E. PARODI
» EUGENIO GAULLI
» JUAN JOSÉ CIRIO
» FRANCISCO ROPHILLE
» FRANK L. SOLER
» BERNARDO HOUSSEY
» RODOLFO RIVAROLA
» SALVADOR MAZZA
» BENJAMÍN GALARCE
» MANUEL V. CARBONELL
» SANTIAGO M. COSTA
» CARLOS HONORINO UDAONDO
» ALFREDO VITÓN
» PEDRO J. HARDOY
» ANGEL H. ROFFO
» PEDRO ELIZALDE
» ANGEL F. SAN MARTÍN
» JOSÉ MORENO
» PEDRO CASTRO ESCALADA
» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» GUILLERMO BOSCH ARANA
» GUILLERMO ZORRAQUIN
» FRANCISCO P. CASTRO
» CASTELFORT LUGONES
» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ALEJANDRO CEVALLOS
» NATAL LOPEZ CROSS
» NICOLÁS V. GRECO
» PEDRO L. BALINA
» JOAQUÍN CERVERA
» JOAQUÍN NIN POSADAS
» FERNANDO R. TORRES
» FRANCISCO DESTÉFANO
» ANTONINO MARCÓ DEL PO
» DANIEL THAMM
» ADOLFO NOCETTI
» RAÚL ARGANARAZ
» JUAN DE T. A. CRUZ CORREA
» MARTÍN CASTRO ESCALADA
» FELIPE J. BASAVILBASO
» ANTONIO R. ZAMBRINI
» ENRIQUE FERREIRA
» DIÓGENES MASSA
» PEDRO LABAQUI
» LEONIDAS JORGE PACIO
» PABLO M. BARILARO
» EDUARDO MARIÑO
» ARMANDO R. MAROTTA
» LUIS A. TAMINI
» MIGUEL SUSSINI
» ROBERTO SOLÉ
» PEDRO CHUTRO
» JOSÉ M. JORGE (H.)
» OSCAR COPELLO
» ADOLFO F. LANDIVAR
» JORGE LEYRO DÍAZ
» ANTONIO F. CELESIA
» TOMÁS B. KENNY
» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» VICENTE DIMITRI
» RÓMULO H. CHIAPTORI
» JUAN JOSÉ VITÓN
» PABLO J. MORSALINE
» RAFAEL A. BULLRICH
» IGNACIO IMAZ
» PEDRO ESCUDERO
» MARIANO R. CASTEX
» PEDRO J. GARCÍA
» JOSÉ DESTÉFANO
» JUAN R. GOTTEN
» JUAN JACORO SPANGENBERG
» TULLIO MARTINI
» Cándido PATIÑO MAYER
» GENARO SISTO
» PEDRO DE ELIZALDE
» FERNANDO SCHWEIZER
» JUAN CARLOS NAVARRO
» JAIME SALVADOR
» TORIBIO PICCARDO
» CARLOS E. CIRIO
» OSVALDO L. BOTTARO
» JULIO IRIBARNE
» CARLOS ALBERTO CANTAÑO
» FAUSTINO J. TRONCÉ
» JEAN B. GONZÁLEZ
» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
» JUAN A. GABASTOU
» ENRIQUE A. BOERO
» JOSUÉ A. BERUTTI
» NICANOR PALACIOS COSTA
» VICTORIO MONTEVERDE
» TOMÁS A. CHAMORRO
» DOMINGO IBAETA
» JOAQUÍN V. GRECCO
» JAVIER BRANDAN
» ANTONIO PODESTA
» AMABLE JONES
» ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. PANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica....	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal....	Sr. EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica.....	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica general.....	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

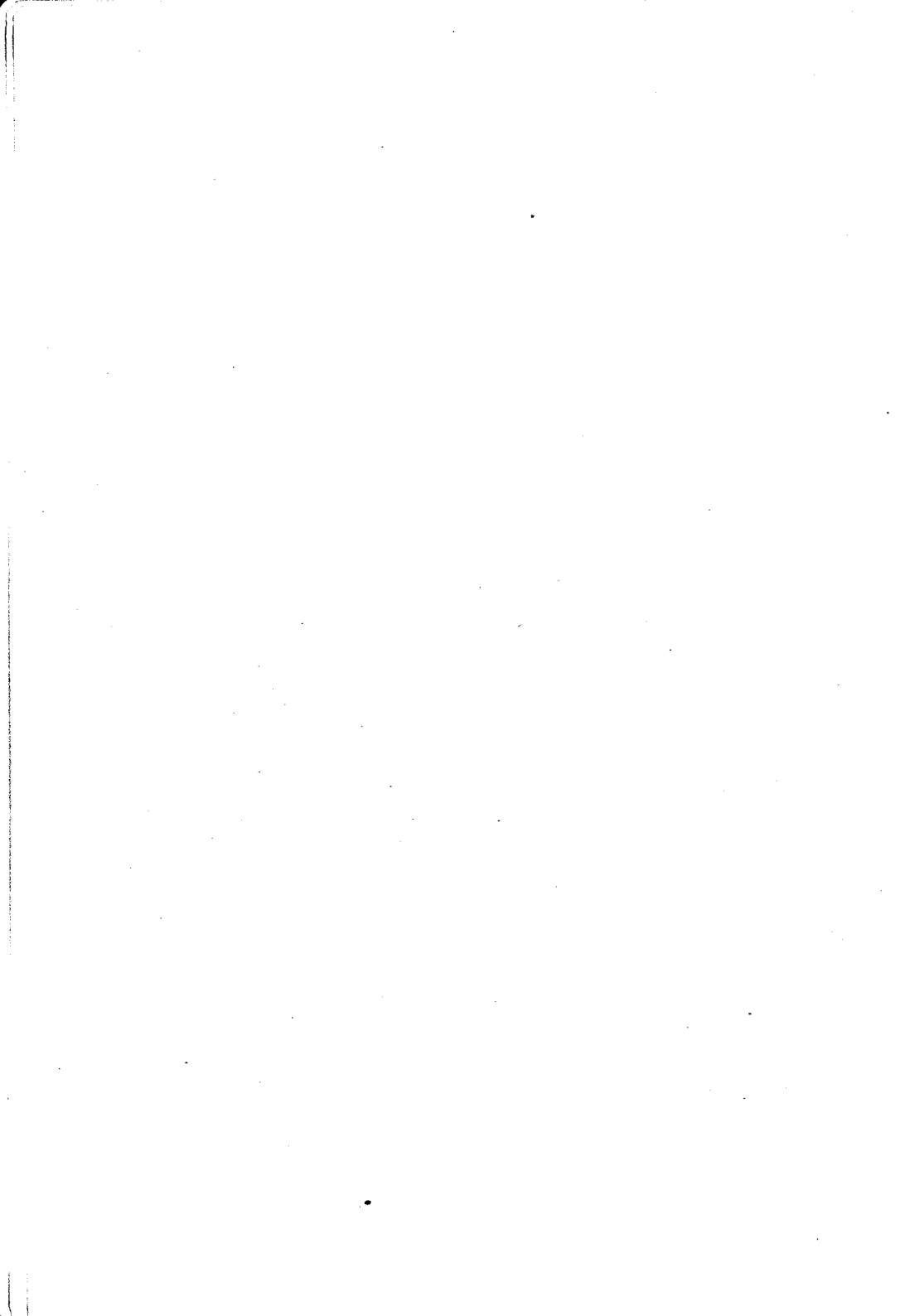
Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

Dr. JUAN JOSE VITÓN

Profesor suplente de Clínica Médica

Jefe del Servicio de Clínica Médica, Pabellón III Sala 6 del Hospital Rawson.

A LA MEMORIA DE MI HERMANA DELIA

A MIS PADRES

A MIS HERMANAS

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS:

DR. PEDRO SAURÉ

» HORACIO MALTER TERRADA

ING. MARTIN A. CAMINAL

DR. MARCELO VERNENGO

A MIS AMIGOS

A MIS COMPAÑEROS DEL HOSPITAL RAWSON



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Es indudable que aún no se ha llegado al desideratum en materia de tuberculinoterapia, sin embargo son grandes los progresos alcanzados y un perfeccionamiento progresivo en el empleo de la tuberculina ha hecho que puedan beneficiar con ella a gran número de tuberculosos a punto que en virtud de los éxitos obtenidos, la tuberculina ha conquistado un lugar definitivo e indispensable, en el grupo de agentes terapéuticos que disponemos para combatir el terrible mal.

Desde el año 1914, unas veces como externo, otras como interno he acompañado al Doctor Juan José Vitton en su Servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson fue allí donde he podido comprobar las ventajas del tratamiento tuberculino según el procedimiento preconizado por el distinguido maestro y convencido de la utilidad de su empleo he decidido hacer una recopilación

de las ideas vertidas por el maestro en distintas comunicaciones a la Sociedad Médica Argentina, y en sus enseñanzas de todos los días, y presentarlas a vuestra alta consideración como última prueba, para optar al título de Doctor en Medicina.

Colmara mi satisfacción si contribuyo a vulgarizar un poco este método terapéutico, sobre el cual no se ha dicho aún la última palabra, pero sobre cuyo porvenir creo en la afirmación de Cataigne y Gouraud. "Puede en que no esté lejano el día en que el tratamiento específico sea suficiente."

"Por el momento, el constituye uno de los elementos principales del tratamiento de la tuberculosis."

No quiero terminar estas páginas, sin manifestaros, queridos maestros de nuestra Escuela de Medicina, mi agradecimiento por las enseñanzas recibidas y mi admiración por la competencia y dedicación con que dais cumplimiento a la ardua tarea de formar la pléyade médica argentina.

Mi sincero agradecimiento al Doctor Juan José Viton, que me honra acompañándome en este acto, a su lado he formado mi criterio clínico, en ese Servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson, donde se enseña con la palabra y el ejemplo a ser médico y hombre de bien.

Mi agradecimiento a los señores médicos del Hospital Rawson por sus enseñanzas en la práctica diaria durante mi internado, a los Doctores Francisco Llobet, Alfredo López, Francisco Rophielle y Jorge Díaz Ro-

mero, mis jefes en el Servicio del Pabellón IX mi agradecimiento por sus enseñanzas y atenciones, igualmente a los médicos internos Doctores Rodolfo Pasman, Ricardo Rodríguez Villegas, César Allende y Luis Gene.

Fluye espontáneo a mi memoria, en este momento, el recuerdo de nuestro querido hospital Rawson, los inolvidables días del internado, los días de guardia tan provechosos para nuestro aprendizaje, las sabias lecciones de los maestros Escudero, Facio, Alurralde, Seminario, Manes, Maraini, las salas de operaciones, cada una un centro de enseñanzas, con sus maestros, Medina, Prando, los hermanos Finochietto, Reibel todos han contribuído a nutrir mi bagaje científico, mi reconocimiento.

A mis compañeros de internado, hermanos espirituales en la gran familia rawsoniana, fraternalmente los abrazo a todos.



CAPITULO I

Historia

La historia de la tuberculinoterapia puede dividirse en tres períodos.

Primer período de 1890 a 1897. — En 1890 Roberto Koch hace su famosa comunicación sobre su tuberculina: se sigue el fracaso de su aplicación en la práctica. Aparecen después las nuevas tuberculinas, tuberculina residual y emulsión bacilar de Koch. Los resultados con todas fueron poco alentadores.

Segundo período de 1897 a 1905. — Está caracterizado por la aparición de nuevas tuberculinas, los autores piensan que las causas del fracaso residen en el preparado y aparecen las tuberculinas de Denys, Beraneck, Jacobs, la tuberculoicidina de Klebs, el tuberculol de Landman, la oxituberculina de Hirschfelder, la tuberculino pura de Hunter y Cheyne, el tuberculinum purum de Grabrilowitsch, la emulsión bacilar de John.

el extracto ganglionar de Haentjes, la tubérculo albu-
mosa de Nitta, la tuberculoxoidina de Ishgami, etc.

La opinión actual sobre las distintas tuberculinas es
que los efectos terapéuticos varían poco de una a otra,
pues se piensa que en todas existe un principio común,
siendo la diferencia sólo de cantidad y por los productos
extraños que contienen, la influencia de estos últimos es
secundaria.

Las más usadas son la tuberculina purificada del Ins-
tituto Pasteur, el caldo filtrado de Denys, la Beraneck,
la Jacobs; el Instituto Biológico Argentino preparó en-
tre nosotros una tuberculina bruta.

En el tercer período que aún no está cerrado, nume-
rosos autores tratan de penetrar el modo de acción
de la tuberculina.

Se observa también que la mayoría de los accidentes
ocurridos en la práctica se deben al imperfecto em-
pleo de la tuberculina, de allí que hayan aparecido nue-
vos métodos de su uso.

Se admite en general que las tuberculinas ejercen una
acción de inmunización activa determinando la forma-
ción de anticuerpos, pero por más que se diga no se
pasa de teoría.

Otros explican la acción por fenómenos de anafila-
xia. Von Pirquet y Salich, fundan la teoría de las lisi-
nas, Wolff Eisner otra teoría lisínica. Hay también
una teoría de Wassermann y Bruck.

En realidad, ninguna de las teorías citadas demues-

tra de un modo claro la manera íntima de actuar de la tuberculina, siendo imposible sentar indicaciones y técnicas terapéuticas fundadas en teorías que están en plena discusión.

No nos queda otra orientación que la observación clínica.

Esta nos dice que la tuberculina tiene una acción específica, los hombres y animales atacados de tuberculosis son mucho más sensibles a la tuberculina que los sanos; los tuberculosos responden a la dosis de tuberculina aún siendo pequeñas, 0.0001, 0.001, 0.005 y aún menores con síntomas reaccionales como fiebre, malestar, etc., mientras que los sanos necesitan para presentar fenómenos semejantes dosis mucho mayores, 10 miligramos o más.

La tuberculina posee además de una acción general sobre el organismo, una acción local sobre los focos tuberculosos, esta última es de carácter congestivo. Por un procedimiento no bien determinado aún, pero innegable, produce un estímulo general que incita al organismo a poner en acción la reserva de poder defensivo que en él existe. Produce también a nivel de los focos un acrecentamiento de la producción de funciones defensivas fisiológicas.

La acción de la tuberculina es de naturaleza reaccional que se manifiesta clínicamente por reacciones generales y focales.

La importancia de las reacciones merece algunos detalles.

Las reacciones generales interesan el aparato digestivo, el circulatorio, el urinario y el nervioso.

Aparato digestivo: Disminución del apetito, aparición de trastornos gástricos vagos, ligero estado saburral, mas raras veces náuseas o vómitos y a menudo tendencia al enflaquecimiento.

Sistema nervioso: Decaimiento, fatiga, poca disposición para los esfuerzos, los movimientos no son deseados, tendencia al sueño, a veces insomnio, pesadez de cabeza, cefalalgia y dolores en los miembros.

Aparato circulatorio: Se ha notado excitación del aparato nervioso del corazón que se traduce por aceleración del pulso y palpitaciones.

Aparato urinario: Aumento de la cantidad de orina y a veces albuminuria.

Las reacciones térmicas son de tal importancia que han sentado como principio que no debe hacerse una cura tuberculínica sin un buen control termométrico. Se manifiestan por elevación de temperatura que comienza unas horas después de la inyección y dura en general uno o dos días. La máxima alcanzada depende de la dosis inyectada y de la sensibilidad particular de cada enfermo a la tuberculina.

Hay que hacer notar que en sujetos a quienes se inyecta una determinada cantidad de tuberculina sin producir elevación térmica, puede llegar un momento en que esa misma dosis produzca reacción, se explica esto como fenómeno de anfilaxia y se llaman reacciones de hipersensibilidad.

En cuanto a las reacciones focales hay que distinguir las reacciones en el punto de la inyección, que pueden consistir en rubicundeces, dolores y tumefacciones ligeras y pasajeras que no tienen mayor importancia y por el contrario en la aparición en el lugar de la inyección de una zona tumefacta, roja y muy dolorosa.

Las verdaderas reacciones focales, pueden ser: complicaciones pleuro-pulmonares, a veces benignas, otras veces graves pleuresias, congestiones, acompañadas de hemoptisis, espleno-neumonias y bronco-neumonias.

2.º — Transformación de una tuberculosis cerrada en una tuberculosis abierta. Aparición de bacilos en los esputos de enfermos que antes no los presentaban.

3.º — Modificaciones de los síntomas funcionales: aumento de la tos, opresión y disnea.

4.º — Modificación de los signos físicos: *a*) aumento sensible de la matitez; *b*) transformación de los rales, más finos durante la reacción, más gruesos y húmedos al terminar ésta; *c*) aparición de rales, frotes y sibilancias donde antes no existían.

La importancia de las reacciones es tal que la interpretación de su significado es la base de dos grupos de métodos en el tratamiento tuberculínico: el método con reacciones y el método sin reacciones.

Método con reacciones: Fué iniciado por Koch y continuado por sus discípulos, su más ferviente partidario es Petruschky, quien considera como indispensable para la acción curativa, la congestión producida en

el foco enfermo y trata de obtenerla en cada inyección. Como el organismo se va acostumbrando a la tuberculina, a fin de obtener siempre la reacción usa cada vez una dosis más fuerte. Actualmente se considera perjudicial este procedimiento por la mayoría de los autores, sólo Kuss en Francia persiste en su uso.

Método sin reacciones: En la descripción que hemos hecho de las reacciones se notará que todas se manifiestan por fenómenos perjudiciales. La producción de fenómenos tan graves como las generalizaciones rápidas, las exacerbaciones súbitas, de procesos dormidos, las hemoptisis, las neumonías, la movilización de bacilos con fijación en órganos antes indemnes fueron la causa del fracaso del ensayo de Koch, pero la causa determinante de estas reacciones violentas estaba en la forma errónea como se empleaba la tuberculina.

Es natural que se haya pensado en evitar los peligros de estas reacciones tratando de mantener la acción benéfica de la tuberculina.

Fué Lichtheim el que primero habló de la posibilidad de un tratamiento por la tuberculina sin reacciones, pero fué Goetsch en 1901, quien lo introdujo en la práctica. Denys y Schnoller, también se adhirieron a esta opinión y sobre todo Sahli se hace el campeón del método sin reacciones.

Los fundamentos del método sin reacciones se encuentran extensamente expuestos en el libro de Sahli, "Del tratamiento de la tuberculosis por la tuberculi-

na", bástenos saber que la conclusión más importante es que las reacciones inflamatorias clínicamente apreciables y también las reacciones generales deben evitarse en el tratamiento.

En este concepto fundamental se basan los métodos más en uso, el de Denys y el de Sahli; en ambos se emplea la tuberculina diluída empezándose por soluciones débiles y con dosis muy pequeñas.

Denys, emplea la siguiente escala de diluciones:

1. ^a	T III	caldo puro
2. ^a	T II	„ diluído al 1 10
3. ^a	T I	„ „ „ 1 100
4. ^a	T 0	„ „ „ 1 1000
5. ^a	T 0 10	„ „ „ 1 10000
6. ^a	T 0 100	„ „ „ 1 100000
7. ^a	T 0 1000	„ „ „ 1 1000000
8. ^a	T 0 10000	„ „ „ 1 10.000.000

Establece Denys las siguientes reglas a seguirse:

1.^a — Indispensable observación termométrica.

2.^a — La dosis inicial debe ser elegida de manera a evitar infaliblemente toda reacción un poco violenta. Los primeros ensayos los hizo Denys con T III, pero dadas las reacciones producidas se ha visto obligado a emplear concentraciones más débiles hasta llegar a la T 0|10000

3.^a — El aumento de la dosis debe ser proporcionado a la tolerancia, se empieza con 0.1 de la T 0|10000, se aumenta progresivamente a 0.1, 0.2, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6, 0.7,

0.8, 0.9 y se pasa a 0.1 de la solución siguiente que es T 0|1000. Así sucesivamente hasta llegar a la solución T III.

4.^a.— No se hará jamás una nueva inyección durante el curso de una reacción.

5.^a.— No se hará tampoco en el momento que ella concluye, sino que se dejará un período de reposo entre el fin de la reacción y la inyección siguiente.

6.^a.— En caso de reacción débil y corta se recurrirá a la misma dosis, en caso de reacción prolongada o pronunciada se disminuirá la dosis.

7.^a.— La cura debe ser llevada con la menor intolancia posible.

El procedimiento de Sahli es algo diferente, aun cuando es de opinión que todas las tuberculinas son semejantes, usa la de Beraneck.

Emplea la siguiente escala de diluciones:

H.—TBK.	Beraneck pura A.	2—TBK.	256
G.—TBK. 2	A.	4—TBK.	512
F.—TBK. 4	A.	8—TBK.	1024
E.—TBK. 8	A.	16—TBK.	2048
D.—TBK. 16	A.	32—TBK.	4096
C.—TBK. 32	A.	64—TBK.	8192
B.—TBK. 64	A.	128—TBK.	16384
A.—TBK. 128			

Se diferencia de la de Denys en que aquella sigue los múltiplos de 10 y la de Sahli los de 2, lo que hace posible una gradación más uniforme y un mayor número de grados en la escala.

Sahli, inicia el tratamiento con dosis pequeñas 1|20 de c. c. de las soluciones más débiles y va aumentando paulatinamente la dosis siempre que haya tolerancia, es decir, que no se presenten reacciones, llega así hasta la dosis máxima absoluta o sea una jeringa llena, 1 c. c. de la solución más concentrada, pero no con todos los enfermos se puede llegar a esta dosis, en muchos no es posible pasar de cierta dosis después de la cual sobrevienen reacciones, esa dosis sería la máxima individual.

CAPITULO II

Procedimiento del Dr. Viton

Desde Koch hasta nuestros días, los grandes progresos que se han hecho en materia de tuberculinoterapia se deben más que a los preparados tuberculínicos, en los cuales se ha adelantado poco, al perfeccionamiento de la manera de usarlos.

Las enseñanzas sacadas de los primeros fracasos dieron la pauta de que los inconvenientes observados tenían como causa principal la magnitud excesiva de las dosis.

Hay grandes diferencias entre las dosis aconsejadas por Koch y las de los últimos procedimientos en uso y sin embargo, aunque han disminuído no han desaparecido los inconvenientes de entonces.

Aun dice Salhi refiriéndose a las dosis usuales: "Se debe recordar que las dosis demasiado elevadas pro-

ducen acciones perjudiciales tanto locales como generales que si no producen mayor estimulación y formación consecutiva de acciones antagonistas a las mismas, pueden agravar la enfermedad resultando directamente perjudiciales para el enfermo.”

Esta idea teórica del principio fundamental de la tuberculinoterapia es el mejor talismán contra la peligrosa sobrecarga tóxica a que están expuestos los enfermos si en la terapéutica se aspira al inaccesible fantasma de una inmunización verdadera contra la tuberculosis.”

Piensa el doctor Vitón que con los procedimientos actuales no es posible muchas veces cumplir el precepto establecido de que las acciones reaccionales del tratamiento tuberculínico no deben ser apreciables clínicamente.

La práctica con tuberculina con las dosis aconsejadas actualmente no presenta en algunos casos la inocuidad que se pretende, acaso una sensibilidad más pronunciada en algunos enfermos hace que a pesar de las dosis pequeñas se produzcan reacciones nada convenientes, otras veces, es un estado febril que reacciona violentamente, otras veces, la ausencia de acción benéfica después de una serie de inyecciones acompañada en algunos casos de pequeños síntomas de intolerancia. Los inconvenientes observados hicieron pensar que las dosis usadas eran exageradas a pesar de su pequeñez relativa y se repetían con ellas los inconvenientes del método con reacciones.

La observación de numerosos casos en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson, pabellón III, sala VI y en la clientela privada decidió al doctor Vítón a ensayar el tratamiento tuberculínico empleando diluciones menos concentradas de tuberculina e inyectando dosis muy pequeñas.

Se hicieron las diluciones (0) y (00) $1|50.000.000$ y $1|100.000.000$, para emplear dosis que él llamó “muy pequeñas”, pero nuevas observaciones confirmando las ideas del maestro, hicieron ver que aún con esas dosis no desaparecían los inconvenientes arriba indicados y hubo de llegarse a las “dosis ultra pequeñas”, haciendo diluciones aún mayores (A), (B), (C), quedando la serie abierta para seguir haciendo diluciones más débiles si el caso se presenta.

Hemos observado también, que después de iniciado el tratamiento con dosis muy pequeñas, $1|20$ c. c. de las soluciones mencionadas, al ir aumentando la dosis se llega a una en que empiezan a desaparecer los efectos benéficos y la intolerancia se hace manifiesta. No debe creerse que esta intolerancia se refiera exclusivamente a reacciones más o menos intensas, no, se trata a veces simplemente de una resistencia al beneficio; a pesar del tratamiento, la mejoría que se notaba con las primeras inyecciones se estanca.

Hay, pues, una dosis óptima y según nuestra observación, ésta se encuentra siempre entre las dosis pequeñas sin necesidad de recurrir a las soluciones concentradas.

Una vez alcanzada la dosis óptima se repite, pues, su repetición afianza la eficacia y solidariza los resultados obtenidos. Sin embargo, es conveniente aumentar ligeramente la dosis empleada cuando no provoca ya reacción favorable, pero la progresividad debe ser muy lenta y no salir nunca de las pequeñas dosis.

La acumulación de las dosis confiere al organismo una carga reaccional favorable de tanto mayor duración, cuanto mayor es el tiempo que se lleva de tratamiento.

El doctor Vitón emplea la tuberculina que prepara el Instituto Biológico Argentino con el nombre de Tuberculina Bruta.

La escala de diluciones es la siguiente.

Soluciones.	Concentración.
N.º 7	1 10
" 6	1 100
" 5	1 1000
" 4	1 10.000
" 3	1 100.000
" 2	1 1.000.000
" 1	1 10.000.000
" 0	1 50.000.000
" 00	1 100.000.000
" A	1 1000.000.000
" B	1 10.000.000.000
" C	1 100.000.000.000

Las soluciones deben renovarse cada mes, pues pierden su actividad.

Para preparar las diluciones se procede de la siguiente manera. Para hacer la N.º 7 se toma 1 c. c. de tuberculina bruta y se diluye en 9 c. c. de agua destilada esterilizada y ligeramente fenicada (al 1/4 por 100).

Para hacer la N.º 6 se toma 1 c. c. de la N.º 7 y se diluye en 9 c. c. de agua destilada esterilizada y fenicada, y así sucesivamente para las demás soluciones, solamente para la N.º (0) varía un poco, se toma 1 c. c. de la N.º 1 y se diluye en 4 y 1/2 c. c. de agua.

Es conveniente conservarlas en frascos de color.

Las inyecciones se harán en el tejido celular subcutáneo eligiendo con preferencia el del brazo, región subclavicular y flancos; es preferible inyectar por la mañana.

Como se verá cuando se trate de la conducción del tratamiento las dosis a emplearse son muy pequeñas, vigésimos de centímetro cúbico se requiere una jeringa de 1 c. c. con 20 divisiones.

Sintetizando, podemos decir que el procedimiento del doctor Vitón preconiza las dosis muy pequeñas de soluciones débiles; la tuberculina usada así en proporciones tan pequeñas actúa produciendo todos los beneficios que su acción reporta y no trae los inconvenientes que se han observado con las dosis altas. Diríamos que se extrema la nota prudencial en el empleo de un medicamento que se ha dicho con razón es un arma de dos filos.

Por otra parte este carácter de prudencia se nota

más o menos en casi todos los investigadores modernos y si consultamos la historia de la tuberculinoterapia, veremos que casi todo el progreso está en la disminución de las dosis y en una mayor prudencia en su empleo.

Los procedimientos actuales requieren un control médico severo, esto trae una limitación en su empleo pues no siempre es posible esta vigilancia, con el procedimiento del doctor Vitón desapareciendo los peligros de reacciones intensas desfavorables, no se necesita una observación tan estricta del enfermo, lo que permite emplear esta terapéutica tanto en los enfermos hospitalizados, como en los de consultorio.

Con el procedimiento del doctor Vitón se disminuye el número de las llamadas contraindicaciones, entendiéndose por tales, todos los casos en que la inyección de tuberculina produce reacciones violentas, térmicas, focales o de cualquier clase; se ha visto que las contraindicaciones no es más que cuestión de dosis y las reacciones se eliminan usando dosis que no las produzcan.

Nosotros hemos tenido en algunos casos que diluir hasta 1|100.000.000.000 y puede que algún caso necesite más aún.

Conducción del tratamiento.

Es sabido que la sensibilidad a la tuberculina varía de un enfermo a otro y en un mismo enfermo en épocas distintas, de aquí que no puede el médico seguir reglas fijas para el tratamiento tuberculínico, todo en él

es variable, la dosis inicial, la frecuencia de las inyecciones, la duración total del tratamiento.

Dosis inicial. — Como decimos en otra parte más vale pecar por prudencia y no por exceso. Se empezará por dosis tanto más pequeñas cuanto más intensos son los fenómenos que motivan el tratamiento, sin descuidar el factor edad y peso del paciente.

Las lesiones apiréticas, las tórpidas, las de evolución crónica y las de órganos cuya contextura no exija mayores cuidados pueden beneficiar con vigésimos de la solución (00).

Las muy bulliciosas como el asma, exigen diluciones mayores. empleándose con éxito la solución A. y en muchas ocasiones mejor todavía con la solución B., cuando la sintomatología es insistente y los ataques subintrantes o muy frecuentes.

Reservándonos las diluciones mayores B y C para los estados febriles agudos pulmonares, sean hemoptoicos o simplemente evolutivos de parénquima.

Se observarán los efectos de esta primera inyección, temperatura, fenómenos locales y generales.

Puede suceder que ya a raíz de esta primera inyección se manifiesten los efectos benéficos, pero puede suceder lo contrario, es decir, que haya reacciones desfavorables o que los efectos sean nulos.

Veamos en cada caso cómo deberá procederse: en el primer caso cuando hay síntomas de mejoría si son vagos, se está autorizado a aumentar ligeramente la

dosis; si los síntomas de mejoría son evidentes, bastará con repetir la dosis, no habiendo ningún apuro en aumentarla siempre que persista la mejoría.

En el segundo caso, si los efectos son desfavorables, se debe después de pasados dichos fenómenos, empezar nuevamente con dosis menores.

En el tercer caso cuando los efectos son nulos se está autorizado a aumentar la dosis siempre con suma prudencia.

Sin embargo, hay casos en que la falta de beneficio es debida a la magnitud de las dosis, pues usando dosis menores se obtuvieron resultados satisfactorios. En estos casos no había síntomas desfavorables, sino falta de acción benéfica.

Se empezará por 1|20 de centímetro cúbico de la solución que se haya decidido emplear y el aumento se hará también por vigésimos de centímetro cúbico.

Frecuencia de las inyecciones.

Tampoco para esto hay reglas fijas, en nuestra práctica, en la mayoría de los casos hacemos una por semana, pero pueden hacerse más frecuentes, aunque siempre dejando entre una y otra, un plazo que permita apreciar los efectos, a fin de resolverse de acuerdo con ellos.

El sistema ideal es el que se ajusta a la indicación que el enfermo mismo ofrece, es un criterio oportunista por ejemp.: si hemos observado que los efectos benéficos de las dosis óptimas duran tantos días al cabo de los cuales

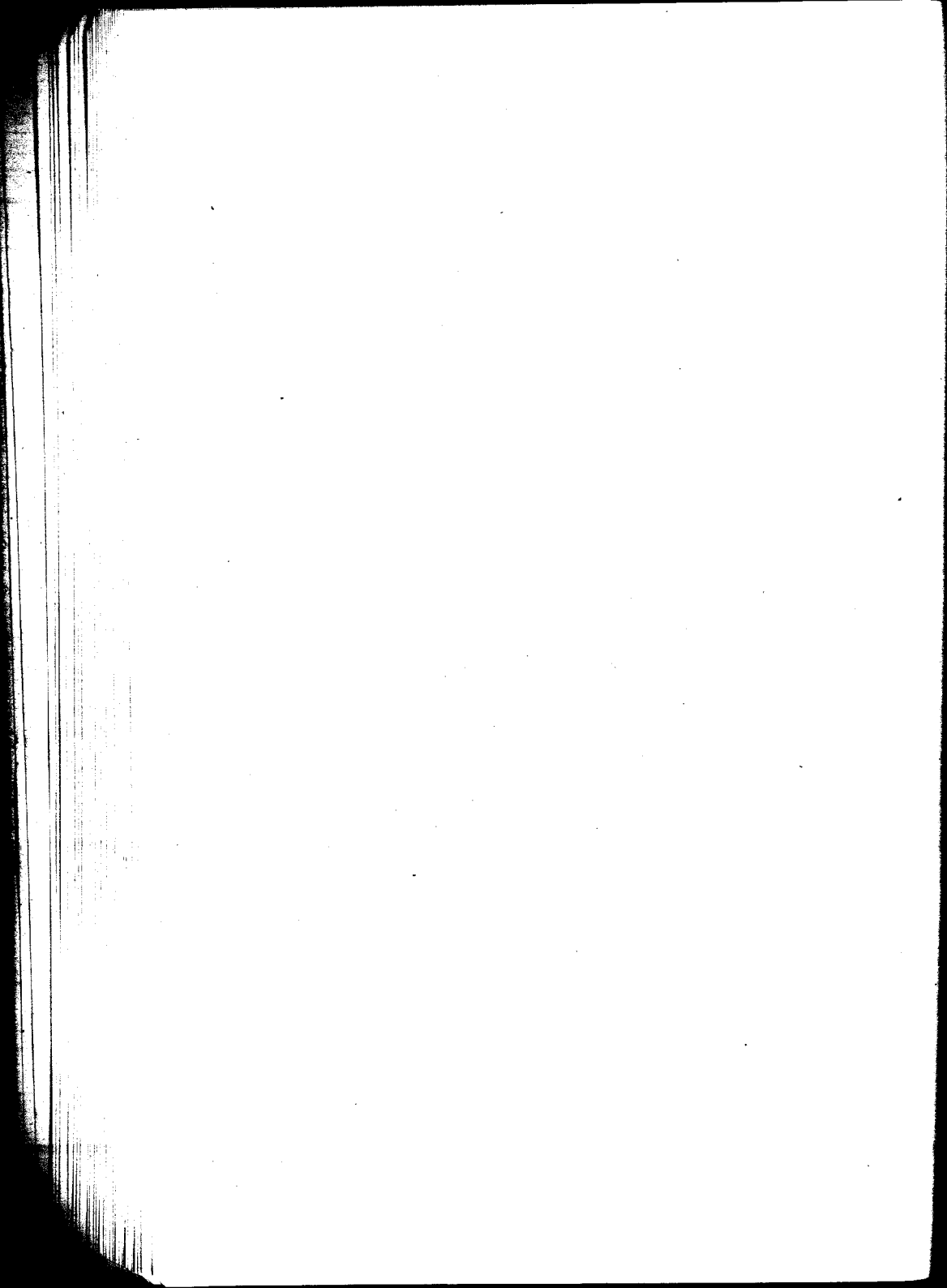
comienzan a aparecer nuevamente los síntomas del mal, inyectamos según nos indique ese intervalo, evitando así la reaparición de los síntomas mórbidos. Se observa en algunos casos que después de una serie de inyecciones con una misma dosis óptima, la mejoría se afianza haciéndose más duradera, si entonces decimos al enfermo que vuelva cuando sienta nuevamente pequeños síntomas de su malestar, veremos que los intervalos se van haciendo cada vez más largos. Es notable como los enfermos vienen pidiendo la inyección que comprueban tan benéfica.

Duración del tratamiento.

La duración del tratamiento estará indicada por las condiciones de cada enfermo; en general la cura es larga.

Los casos de trastornos sintomáticos, su curación clínica será en muchos casos el término de la cura, así en el asma, dispepsias, hiperclorhidrias y reumatismo.





CAPITULO III

Empleo de la tuberculina como medio de diagnóstico

La prueba diagnostico-terapéutica del Dr. Viton

Es indudable que en estos últimos tiempos gran número de trastornos, sobre todo entre las visceropatías, a los cuales ha sido posible clasificar etiológicamente, han resultado de origen sífilítico o tuberculoso.

La vaguedad de los antecedentes y los síntomas clásicos son insuficientes en gran número de casos, para permitirnos determinar con certidumbre la posible etiología, pero sí nos permiten sospecharla; si entonces pensamos en la sífilis, no vacilamos en recurrir al mercurio y así llegaremos a la confirmación o no de la sospecha; a la certidumbre.

La literatura médica se ha enriquecido en estos últimos tiempos con numerosas publicaciones al respecto

y gracias al mercurio ha sido posible etiquetar como específicos síndromes los más diversos.

Propone el doctor Vitón un criterio semejante para los numerosos casos en que la sospecha de la tuberculosis, nos hace ver en ella la causa de algunos síndromes clínicos de clasificación dudosa.

Se recurre en tales casos a la aplicación del tratamiento tuberculínico según aconseja el distinguido maestro, que por la forma de conducirlo, no puede en ningún caso ser perjudicial.

Se verá así en nuestras observaciones gran número de casos con síndromes los más diversos, que han podido ser clasificados como de origen tuberculoso, permitiendo así, una orientación definitiva en la terapéutica a emplearse, con evidente beneficio para los pacientes.

No estará demás recordar algunas ideas modernas sobre etiopatogenia de la tuberculosis.

Se piensa con Sergent dando a la infección tuberculosa una semejanza con la sifilítica, que así como la espiroqueta produce el chancro sifilítico como fenómeno inicial, el bacilo de Koch daría el chancro tuberculoso admitiéndose como su localización más probable el pulmón.

Este proceso inicial podría tener dos evoluciones, una de diseminación granúlica que conduce a la muerte, y otra en la cual se cicatriza o calcifica. En este caso los ganglios del hilio se infartan y se infectan y allí es donde queda localizado el bacilo de Koch.

Consecutiva a esta infección, sobrevendría un estado de inmunidad que puede durar mucho tiempo, y aún toda la vida.

Pero por múltiples circunstancias, puede romperse este equilibrio entre la infección acantonada en los ganglios y la inmunidad determinada por el primer ataque, entonces recién aparecen manifestaciones viscerales u otras, determinadas por movilización de bacilos y formación de nuevos focos o simplemente debidas a fenómenos de toxemia tuberculosa por falta de neutralización de los tóxicos emanados del foco oculto.

Durante este período de latencia que media entre el clamero inicial y la recaída con sus manifestaciones comprobables por la clínica, son validas todas las reacciones biológicas, cuti-dermo y tuberculino reacción que nos indican la existencia de la infección tuberculosa. Es en estos sujetos con reacciones positivas y con apariencia de indemnidad tuberculosa, que con frecuencia aparecen fenómenos mórbidos de distinta naturaleza, fenómenos articulares, reumatismo de Poncet, otras veces accesos asmátiformes o bronquitis difusas, enfermos con manifestaciones de orden digestivo, hiperclorhidrias, dispepsias, gastralgias y hasta en algunos casos pericarditis y endocarditis.

Estas mismas manifestaciones pueden aparecer en sujetos con pequeños síntomas viscerales, fenómenos de vértice muy leves, enflaquecimiento, anorexia; y

también pueden observarse en tuberculosos confirmados.

En todos estos casos en presencia de cuadros sintomáticos como los arriba mencionados, resulta difícil determinar la etiología de dichos fenómenos.

Estos cuadros clínicos en sujetos con cuti-reacción positiva o con ligeros síntomas de localización visceral, ¿son de naturaleza tuberculosa o no?

Es entonces que la prueba diagnóstico-terapéutica tiene su aplicación, sirviéndonos de medio precioso para el diagnóstico etiológico, constituye una prueba de certidumbre.

Procede el doctor Vitón en estos casos, instituyendo el tratamiento tuberculínico según la técnica inyectando muy pequeñas dosis de tuberculina diluída, se verá entonces en los casos positivos una mejoría de los síntomas mórbidos que presentaban los enfermos. Es digno de llamar la atención sobre el hecho observado en algunos casos de que a raíz de la primera inyección de tuberculina en dosis muy pequeñas, ha aparecido la mejoría en forma tan evidente y rápida que parecería que obrara como verdadero antitóxico más que como antígeno, puesto que no habría tiempo para la formación de anticuerpos. Sin embargo en un trabajo aparecido en la gaceta degli Ospedali e delle Cliniche (Barlocco, Marzo de 1918), se establece que la reacción hematológica consecutiva a la cuti-reacción y a la inyección de tuberculina empieza a las 12 horas y tiene

su acento a las 24 horas y bien puede ser que las reacciones humorales se produzcan también en plazos tan breves.

No debe confundirse la prueba a la tuberculina del doctor Vitón con la prueba a la tuberculina de Koch, ésta sólo nos confirma la existencia de un foco tuberculoso, pero nada nos dice si el cuadro sintomático responde a la misma etiología, además esta prueba trae agravación del proceso, aumento de temperatura, síntomas generales y focales, disnea, anorexia, vómitos y a veces puede activar tuberculosis dormidas.

La prueba del doctor Vitón trae por el contrario una serie de síntomas favorables, disminución o desaparición de la fiebre, aumento de peso y una total calma de las manifestaciones del proceso.

Dada la especificidad del medicamento empleado, la mejoría indudable que presentan los enfermos nos da la certidumbre de que las manifestaciones mórbidas que presentaba eran de origen tuberculoso.

Esta nueva prueba que su autor llama prueba diagnóstico-terapéutica a la tuberculina es más categórica que las otras y como se opone a su empleo puede completarla. En resumen, presenta sobre las reacciones mucosas, dérmicas y cutáneas, así como sobre la tuberculino-reacción a dosis altas las siguientes ventajas:

1.^a — En vez de entrañar incomodidades (oftalmo-reacción muy positiva, cuti o dermo-reacción muy exuberantes), o peligros (grandes reacciones de foco en las

tuberculino-reacciones), proporciona grandes mejorías, atenuando los fenómenos subjetivos, modificando favorablemente los objetivos, ejemplos: de una fiebre porque cesa, de un enflaquecimiento porque se repara, de una anorexia porque desaparece, de una astenia porque se atenúa, y, por fin, se va, no sucede así con las otras reacciones puesto que traen fiebre y fenómenos focales, permitirían el diagnóstico de una lesión pulmonar, pero tendría serios inconvenientes, permitirían diagnosticar una artritis, pero traería exacerbaciones sino peligrosas, muy molestas.

Hemos observado que lo cuti-reacción no es en algunos casos tan inocua como se quiere y es lógico pensarlo así, si tenemos en cuenta que la cuti se hace con tuberculina pura y por la simple escarificación puede absorberse bastante como para producir en sujetos sensibles, reacciones lo suficiente intensas para ser perjudiciales; con la prueba del doctor Vitón se evitan estos accidentes, pues aparte de que siempre se inyectan dosis muy pequeñas, es posible dosar la cantidad inyectada.

2.^a — Permite atribuir a su verdadera causa, el origen de la lesión o de la manifestación que se estudia.

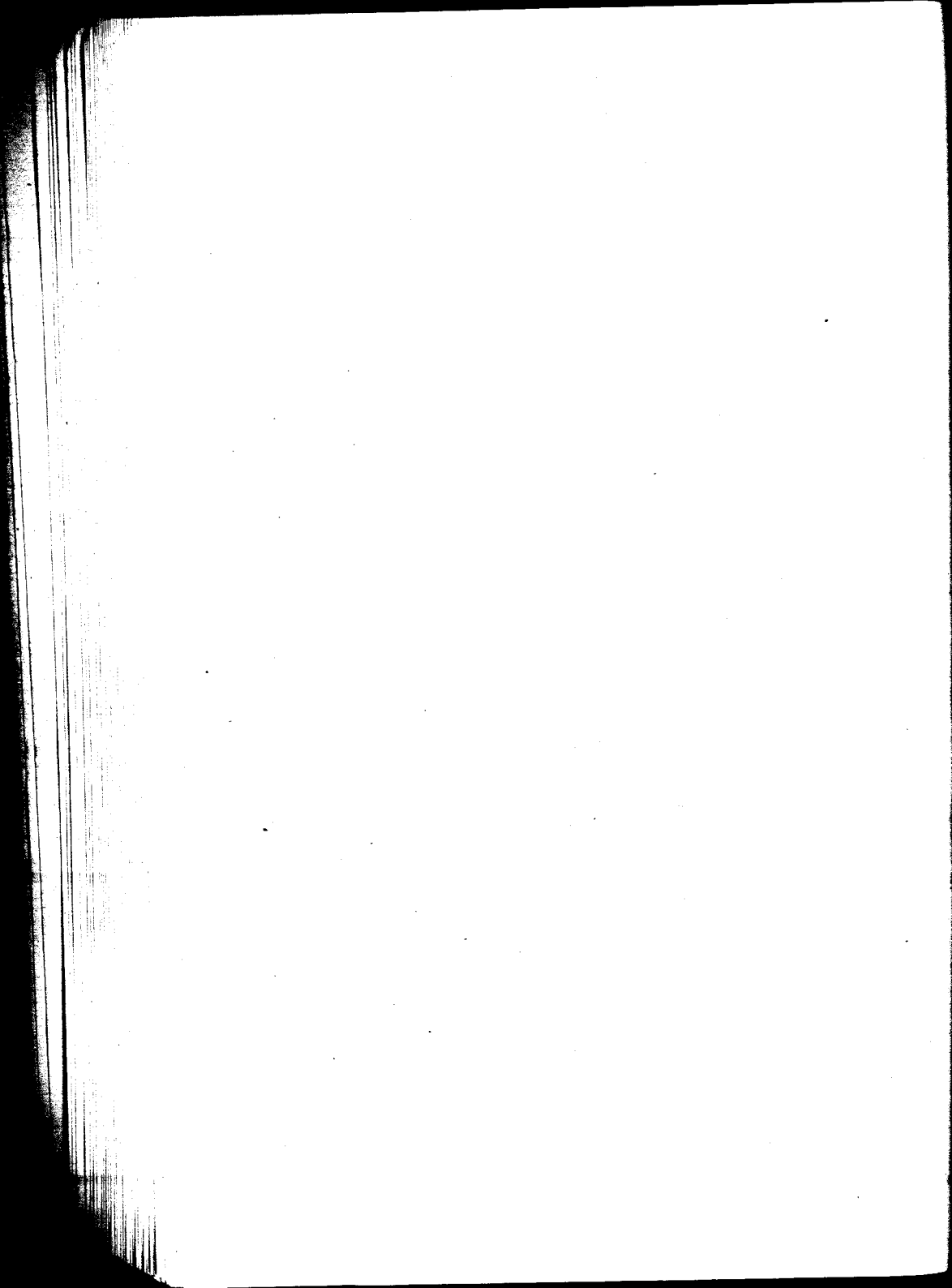
3.^a — Permite comenzar en muchos casos una terapéutica que puede ser muy útil y que en ningún caso puede perjudicar si se siguen cuidadosamente las instrucciones pertinentes.

4.^a — Como el paciente mismo también se encarga de

juzgar la bondad de los efectos, quedan descartadas las auto-sugestiones del observador.

5.ª — Parece ser más fiel que la cuti o dermo-reacción pues en casos en que estas han resultado negativas la prueba del doctor Vitón ha producido efectos indudables.





OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.^a, Cama 15

Antonio C., 19 años, argentino, soltero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde el mes de Marzo del año pasado empieza su enfermedad, caracterizada por trastornos gastro-intestinales, crisis diarreicas alternando con períodos de constipación.

Ingresa a un servicio de clínica médica del hospital Ramos Mejía, donde le diagnostican "colitis", después de permanecer allí dos meses siguiendo un régimen estricto, el enfermo de 60 kilos que pesaba baja a 48 kilos y 100 gramos, no sintiendo mejoría decide cambiar de hospital y se presenta a este servicio ingresando el 18 de Noviembre de 1918. Refiere que desde hace tres días tiene una crisis diarreica acompañada de dolores abdominales, especialmente a lo largo del colon.

Dice que la materia fecal es como esputos con estriás de sangre. Tiene cinco a seis deposiciones diarias, se queja también de dolores en el epigastrio y eructos especialmente después de las comidas.

Estado actual. — Sujeto en mal estado de nutrición, piel oscura, sistema piloso muy desarrollado, hábito externo del baciloso.

Aparato respiratorio.

Vértice derecho por detrás

S.—

V. +

Inspiración ruda

Espiración soplante

Algunos frotos

Vértice izquierdo por delante y por detrás

S.—

V. +

Inspiración ruda

Espiración soplante

Algunos frotos

Vértice derecho por delante y régimen lácteo.

S.

V. +

Aparato circulatorio. — Pulso regular, igual, hipotenso. Ligera taquicardia. Corazón normal.

Abdomen. — Doloroso a la palpación, especialmente en la fosa ilíaca izquierda y epigastrio.

Hígado y bazo. — Normal.

Tratamiento. — Dadas las manifestaciones pulmonares que presenta el enfermo se piensa que los trastornos gastro-intestinales sean de origen tuberculoso, decidiendo hacer tratamiento tuberculínico.

18— II—1918	48 K 100	1 20 cc (oo)
25— II— "	49 K 300	1 20 cc "
4—III— "	50 K 400	2 20 cc "
11—III— "	51 K 900	3 20 cc "
18—III— "	52 K 800	4 20 cc "
25—III— "	53 K 800	5 20 cc "
1—IV— "	54 K 900	5 20 cc "
8—IV— "	56 K 100	6 20 cc "

Se encuentra casi curado de sus manifestaciones gastro-intestinales, pide el alta y se le indica concurra al consultorio externo, siguiéndose allí el tratamiento.

16—IV—1918	57 K 500	7 20 cc. (oo)
23—IV— „	57 K 900	7 20 cc. „
7— V— „	58 K 900	7 20 cc. „
1—VI— „	60 K 800	7 20 cc. „
16—VI— „	61 K	7 20 cc. „



OBSERVACION II

*Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.^a — Consultorio
Externo*

Serafina de C., 41 años, casada.

Consulta por astenia, debilidad general, ardores de
estómago, anemia dismenorrea.

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

Respiración ruda.

Vértice derecho por detrás:

S.—

V. +

Respiración ruda.

Algunos rales crepitantes.

Orina.—1 gramo de albúmina sin cilindros.

Ligera temperatura, 37°4.

Este examen se practica el 22-III-1917, ordenándose régimen apropiado y teobromina un gramo diario.

Pasa todo el mes de Abril en las mismas condiciones; la albuminuria oscila entre 0,50 y un gramo.

Se inicia tratatamiento tuberculínico con el siguiente resultado:

3—IV—1917—Hace unos días tiene 37°4.

3—IV— „ 52 K 200 1|20 cc (oo)

15— V— „ 53 K 100 1|20 cc „

Sólo vestigios de albúmina. Se siente mucho mejor, aspirexia.

29— V—1917—54 K 1|20 cc. (oo)

Nada de albúmina, come de todo.

19—VI—1917—54 K 200 1|20 cc. (oo)

26—VI— „ 55 K 500 2|20 cc. „

10—VII— „ 55 K 200 2|20 cc. „

24—VII— „ 57 K 2|20 cc „

31—VII— „ 57 K 800 2|20 cc. „

14—IX— „ 58 K 600 2|20 cc. „

28—IX— „ 59 K 260 3|20 cc. „

Antes nada en 45 días.

Ahora 7 kilos 60 grs. en 5 meses. Desaparición de la albúmina, apirexia y mejoría general.



OBSERVACION III

*Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.ª — Consultorio
Externo*

Emilia V. C., 32 años, casada.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Data de unos 8 meses, caracterizada por debilidad general, sensación de peso en las espaldas y en los lomos, náuseas, vómitos, cefaleas, punzadas agudas a la altura del ángulo del omóplato, palpitaciones por cualquier trabajo o pequeña marcha. Digestión lenta y penosa. Ha tenido épocas dismenorréicas.

Hace diez días una hemóptisis que dura varios días.

Estado actual. — *Pulmones.*

Vértice derecho por delante y por detrás:

S.—

V. +

Respiración ruda.

Expiración prolongada.

Se inicia tratamiento tuberculínico con evidente beneficio para la enferma que aumenta de peso y mejora de sus dolencias.

22—	I—1917	47 K 300	1 20 cc. (oo)
29—	I— „	47 K 300	1 20 cc. „
5—	II— „	48 K 700	1 20 cc. „
13—	II— „	49 K 700	1 20 cc. „
19—	II— „	49 K 200	1 20 cc. „
26—	II— „	50 K	1 20 cc. „
5—	III— „	49 K 700	1 20 cc. „
12—	III— „	50 K 800	1 20 cc. „
20—	III— „	51 K 200	1 20 cc. „
26—	III— „	51 K 500	1 20 cc. „
2—	IV— „	50 K 900	2 20 cc. „
9—	IV— „	51 K 500	2 20 cc. „
23—	IV— „	52 K	2 20 cc. „
30—	IV— „	52 K 800	2 20 cc. „
7—	V— „	52 K	3 20 cc. „
12—	V— „	52 K 200	3 20 cc. „
18—	V— „	53 K	3 20 cc. „
28—	V— „	52 K 200	4 20 cc. „

OBSERVACION IV

*Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.^a — Consultorio
Externo*

Clara de A., 32 años, argentina, casada, q. d.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Escarlatina en la infancia, 5 hijos, un aborto.

Enfermedad actual. — Desde hace un año, ha enflaquecido notablemente, siente dolores en el tórax localizados de preferencia en el lado izquierdo, pérdida de apetito, tos al levantarse, disnea de esfuerzo.

Estado actual. — Mujer en mal estado de nutrición, fosas supra e infraclavicular y supra e infraespinosas muy pronunciadas.

Aparato respiratorio.

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

S.—

Respiración ruda.

Por detrás, matitez en ambos vértices.

Circulatorio, normal

8—	VI—	1918—	47 K 600	1 20 cc (oo)
15—	VI—	„	47 K 800	2 20 cc. „
22—	VI—	„	48 K 200	3 20 cc. „
6—	VII—	„	48 K 600	3 20 cc. „
20—	VII—	„	49 K 100	3 20 cc. „

OBSERVACION V

*Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.^a — Consultorio
Externo*

Luisa de F., 25 años, italiana, casada, modista.

Tres hijos sanos y uno muerto.

Enferma desde hace tres meses; tos, gran enflaquecimiento, sudores abundantes, se fatiga muy fácilmente, habiendo tenido que abandonar su trabajo habitual.

Vértice derecho, por delante y detrás.

S.—

V. +

Respiración ruda.

Algunos rales suberepítantes.

Peso, 51 k. 800.

Se hace tratamiento tuberculínico, mejorando la enferma tanto, que puede ocuparse de sus trabajos acusando además un aumento progresivo del peso.

15—V	— 1917—	52 K 200	1 20 cc.	(oo)
21—V	— „	52 K 600	1 20 cc.	„
29—V	— „	53 K 400	1 20 cc.	„
5—VI	— „	53 K 400	1 20 cc.	„
12—VI	— „	53 K	1 20 cc.	„
19—VI	— „	53 K 400	2 20 cc.	„
26—VI	— „	54 K 500	2 20 cc.	„
3—VII	— „	55 K 100	2 20 cc.	„
10—VII	— „	55 K 400	28.º gripe?	
17—VII	— „	54 K 500	2 20 cc.	„
21—VII	— „	54 K 100	3 20 cc.	„
7—VIII	— „	55 K	3 20 cc.	„
14—VIII	— „	54 K 600	3 20 cc.	„
28—VIII	— „	55 K 500	3 20 cc.	„
1—IX	— „	55 K 800	3 20 cc.	„
11—IX	— „	56 K 300	3 20 cc.	„
17—IX	— „	56 K 400	4 20 cc.	„
25—IX	— „	56 K 400	4 20 cc.	„
2—X	— „	56 K 500	4 20 cc.	„
9—X	— „	55 K 600	4 20 cc.	Fenómenos
				de pleuresia izquierda.
11—X	— „	55 K 600		Signe mejor
16—X	— „	56 K 200	4 20 cc.	„
23—X	— „	56 K 200	5 20 cc.	„
30—X	— „	55 K 400	5 20 cc.	„
3—XI	— „	55 K 520	5 20 cc.	„
13—XI	— „	55 K	6 20 cc.	„
20—XI	— „	55 K 200	6 20 cc.	„
27—XI	— „	55 K 400	7 20 cc.	„
4—XII	— „	55 K 200	7 20 cc.	„

11—XII —1917	55 K 400	8 20 cc.	(oo)
18—XII — „	54 K 700	8 20 cc.	„
26—XII — „	56 K	8 20 cc.	„
2—I —1918	55 K 700	8 20 cc.	„
15—I — „	56 K	8 20 cc.	„
22—I — „	56 K	8 20 cc.	„
29—I — „	56 K 300	8 20 cc.	„
5—II — „	55 K 800	8 20 cc.	„
13—II — „	57 K 100	8 20 cc.	„
19—II — „	56 K 500	8 20 cc.	„
26—II — „	56 K 200	8 20 cc.	„
5—III — „	56 K 600	8 20 cc.	„
12—III — „	56 K 700	8 20 cc.	„
20—III — „	57 K	8 20 cc.	„
26—III — „	57 K 400	8 20 cc.	„
9—IV — „	57 K	9 20 cc.	„
16—IV — „	57 K 600	9 20 cc.	„
30—IV — „	57 K	10 20 cc.	„
7— V — „	57 K 700	10 20 cc.	„
14— V — „	57 K 400	11 20 cc.	„
21— V — „	57 K 600	11 20 cc.	„
28— V — „	58 K	11 20 cc.	„
4—VI — „	58 K 600	12 20 cc.	„
11—VI — „	57 K 600	13 20 cc.	„
18—VI — „	58 K	13 20 cc.	„
25—VI — „	57 K 800	14 20 cc.	„
2—VII — „	58 K 300	14 20 cc.	„
10—VII — „	58 K 300	15 20 cc.	„
16—VII — „	58 K	15 20 cc.	„
23—VII — „	58 K 500	15 20 cc.	„

OBSERVACION VI

Hospital Rawson. — Pab. III, Sala 6.^a — Consultorio Externo

Sinforosa P., 30 años, argentina.

Dolores articulares en las pequeñas articulaciones de las manos. Los dolores son continuos día y noche.

Hay fenómenos de infiltración de ambos vértices.

Cutireacción, positiva.

Ha enflaquecido mucho desde hace dos años; pesa ahora, 6-IX-915, 62 k. 400 grs.

Desde hace un año, tumefacción de ambas manos, codos y hombros.

Se hace tratamiento tuberculínico empezándose en 8-IX-915 con la solución (1). Pesa la enferma entonces 63 k. 200 grs. Siguiendo los procedimientos en uso se va aumentando hasta llegar en 17-X-916 a emplear la Solución (6). El resultado obtenido fué que si bien la enferma ha mejorado algo de sus dolencias, el estado general ha permanecido estacionario, pesa entonces 62 k. 300 grs.

Se suspende el tratamiento hasta el 19-XII-916 en que se empieza con 2|10 de la Sol. (1).

19—XII—1916—60 K 200	2 10 cc. (1)
26—XII— „ 61 K	4 10 cc. „
2—I —1917—59 K 800	3 10 cc. „
9—I — „ 59 K 400	4 10 cc. „
16—I — „ 58 K 800	
25—I — „ 59 K 800	5 10 cc. „
30—I — „ 58 K 300	Tiene 37°6 de temper.

Se suspende el tratamiento.

17—II —1917—57 K 400

En 27-II, vuelven a aparecer los dolores y tiene 37°.

En 6-III, se decide volver al tratamiento tuberculínico, pero empleando una solución más débil (oo) obteniéndose el notable resultado que se comprueba por el detalle siguiente:

6—III —1917—58 K 700	2 20 cc. (oo)	
13—III — „ 58 K 200	3 20 cc. „	
20—III — „ 59 K	3 20 cc. „	
27—III — „ 59 K	3 20 cc. „	
3—IV — „ 60 K 200	4 20 cc. „	Nada de dolores.
10—IV — „ 59 K 600	3 20 cc. „	
17—IV — „ 59 K 800	3 20 cc. „	
24—IV — „ 62 K 200	3 20 cc. „	
1—V — „ 63 K 200	3 20 cc. „	
8—V — „ 63 K 200	4 20 cc. „	
15—V — „ 64 K	4 20 cc. „	

OBSERVACION VII

Hospital Rawson. — Pab. III. Sala 6.ª Cama 23

Luis M., 20 años, argentino, soltero, peón de campo.
Carlos Casares.

...Antecedentes hereditarios. — Padre sano, madre vive. Ha sido operada de carcinoma, de estómago. 3 hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Sano en la infancia, a los 12 años un ataque de apendicitis que curó, no ha habido recidiva.

...Enfermedad actual. — El día 3 del corriente chuchos, fiebre, dolor en el pie, hombro y rodilla izquierda; a los dos días consulta un médico que ordena tratamiento local con una pomada, pero no mejora, el dolor se hace más intenso y la tumefacción de la rodilla fué aumentando. Tiene temperatura sub-febril. Ha disminuído de peso.

Decide ingresar al hospital, 27-V-1918.

Estado actual. — Sujeto en regular estado de nutrición. Piel pálida, conjuntivas lo mismo.

Hay leucoplasias bucales. No hay alteración ni trastorno pupilar.

Cuello.—Se palpan algunos ganglios.

Aparato respiratorio.—No hay tos. Se oyen algunos rales secos en toda la extensión de ambos pulmones.

Circulatorio.—Pulso regular igual, buena tensión, 80 pulsaciones.

Corazón.—Normal.

Sistema nervioso.—Normal.

Miembros inferiores. — La pierna izquierda en semiflexión inmovilizada a causa del dolor en la rodilla que está tumefacta. El dolor es más intenso por la noche, imposibilitando a veces el sueño.

A la palpación el dolor es exquisito al nivel de las extremidades óseas: fémur, tibia y peroné. Hay hiperestesia ósea; la cápsula se encuentra algo distendida, apreciándose la existencia de poco derrame. Se da aspirina

31-V-918.—Como no hay mejoría y el enfermo no puede dormir a causa del dolor intenso en la rodilla, se decide hacer tratamiento mercurial.

Se practica una cuti-reacción, que resulta negativa.

El examen de sangre da:

Hemátíes	4.000.000	
Leucocitos	12.000	
Polinucleares neutrófilos	71	%
„ eosinófilos	0.50	„

Linfocitos..	26.50 %.
Formas de transición.. . . .	0.50 „
Grandes mononucleares.. . . .	1.50 „

Se hace bicianuro de Hg. 0.01 grm. día por medio.

13-VI-918.—Después de una serie de 5 inyecciones de bicianuro de Hg. se suspende el tratamiento por 6 días y se inicia una nueva serie. La articulación sigue tumefacta y dolorosa. Como parece que hay un poco de líquido, se punciona pero no se consigue extraer líquido alguno.

15-VI-918.—Se practica un nuevo examen de sangre que da:

Hematías..	4.800.000
Leucocitos..	12.800
Polinucleares neutrófilos.. . . .	64.66 %
„ eosinófilos..	0.33 „
Linfocitos..	30 „
Formas de transición..	2.66 „
Grandes mononucleares..	2.66 „

En vista de la persistencia de los fenómenos a pesar del tratamiento mercurial, se decide hacer tratamiento tuberculínico. Se empieza con 1|20 de cc. de la Solución (oo). La rodilla tiene entonces 45 centímetros de circunferencia al nivel de la interlínea.

La temperatura oscila entre 37° y 37°5.

Otra cuti-reacción resulta también negativa.

17-VI.—El enfermo se siente mucho mejor; ha pasado la noche casi sin dolores.

22-VI.—Se repite la misma dosis de 1|20 de cc. de la Sol. (oo).

La mejoría se acentúa; la rodilla está menos tumefacta, mide 40 centímetros de circunferencia, es menos dolorosa a la palpación, son posibles los movimientos que antes no lo eran.

El enfermo puede dormir. La temperatura tiende a la normal, no pasando la vespéral de 37°.

1-VII-918.—El enfermo ha entrado en franca mejoría; ha aumentado de peso. La rodilla mide 39 centímetros, la movilidad es mayor, aunque se observa cierta limitación por ligera anquilosis.

El enfermo abandona el lecho aunque lo hace con muletas, por temor.

9-VII-918.—El enfermo sigue mejorando. La anquilosis es menor. No hay dolores.

Solicita el alta por encontrarse bien, no siendo posible retenerlo en el servicio como hubiéramos deseado.



OBSERVACION VIII

Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.ª Cama 20

José O., 48 años, argentino, casado, agente de policía.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia. Se casó a los 21 años. Ha tenido siete hijos; el primero fué un aborto casi a término. El segundo y el tercero murieron en la primera infancia. Los restantes viven y son sanos.

A los 34 años le aparecen unos tumores en el cuello que supuraron; tuvo fiebre, la enfermedad duró un mes. A los 36 años blenorragia, que curó en poco tiempo.

A los 41 años una nueva blenorragia, que se complica con un absceso del periné, que fué abierto por un médico. Poco tiempo después un absceso en la axila.

Enfermedad actual. — Se inicia hace un mes y me-

dio por dolores difusos en el abdomen el cual aumenta de volumen. Un médico le dice apendicitis e indica reposo y unos sellos; mejoró de sus dolores y su vientre disminuye algo de volumen, pero como sus trastornos continuaran, por consejo del médico de policía, ingresa a este hospital. No ha tenido vómitos ni náuseas. No ha notado fiebre. Ha perdido varios kilos de peso.

Desde hace dos meses nota que el testículo derecho aumenta de volumen y su consistencia se hace más dura; como no le duele, no le da mayor importancia.

Estado actual. — Sujeto en estado de nutrición deficiente. Piel y mucosas pálidas.

Boca.—Dientes en buen estado de conservación. No hay leucoplasias bucales.

Ojos.—Pupilas iguales regulares, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Arco senil bien manifiesto. Motilidad ocular normal.

Cuello.—En el lado izquierdo se ven cicatrices de ganglios que han supurado. En la axila izquierda y debajo de la clavícula del mismo lado también cicatrices de ganglios supurados.

En ambos lados del cuello se palpan ganglios de diverso tamaño. En la horquilla esternal se palpa la aorta.

Aparato respiratorio.—

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

Algunos rales.

Vértice derecho por detrás:

S.—

V. +

Murmullo.

Algunos rales secos.

Aparato circulatorio.—Pulso regular, igual, buena tensión, 80 pulsaciones por minuto.

Corazón.—Punta cuarto espacio intercostal izquierdo por dentro de la línea mamelonar. Tonos normales.

Abdomen, hígado y bazo.—Normales.

Sistema nervioso.—Reflejo rotuliano lado derecho disminuído, aquiliano mismo lado abolido.

Testículo.—El testículo derecho se encuentra aumentado de volumen, como el triple de un huevo de gallina, la superficie es lisa y no duele a la palpación. La consistencia no es uniforme, notándose que en el tercio inferior de la glándula es más blanda mientras que el resto y el epidídimo es duro, leñoso y no duele a la presión intensa. Se nota en la parte inferior del escroto un pequeño orificio por donde sale un líquido de aspecto sero-sanguinolento con grumos en regular cantidad.

Se ordena lociones locales con solución de formol y se dan recalcificantes.

9-IX-917.—Cuti-reacción: Positiva.

10-IX.—Se decide hacer tratamiento mercurial basado en los trastornos nerviosos el aspecto y lo indolora de la lesión del testículo. Se hace bicianuro de Hg. 0.01 gr. por día en inyección endovenosa.

14-IX.—El enfermo se encuentra mal, desde la segunda inyección de bicianuro, está muy decaído; los días 12 y 13 ha tenido fiebre llegando a 38°. Se suspende el tratamiento iniciado.

20-IX.—Con la suspensión del tratamiento mercurial el enfermo vuelve a su estado anterior.

Por la fístula sigue saliendo pus seroso con grumos. Sigue tomando recalcificantes y se decide iniciar tratamiento tuberculínico.

Se empieza inyectando 1|20 de cc. de la solución (oo) y se continúa inyectando la misma dosis una vez por semana.

20-X.—Después de cuatro inyecciones de tuberculina el enfermo pesa 46 K. 900 grs., ha aumentado 2 k. 900 grs.

La fístula del testículo sigue abierta pero solo sale un poco de serosidad.

Más arriba, en el epididimo aparece una zona cuya consistencia se ha hecho blanda y dolorosa al tacto, hay rubicundez.

El estado general es bueno. Sin embargo, hay que hacer notar que después de cada inyección hay dolor y ligera rubicundez en el lugar de la inyección, hay también un poco de decaimiento general. Se decide emplear una solución más débil de tuberculina y se prepara una de 1|200.000.000 inyectándose 1|20 de cc.

6-XI.—Se ha continuado haciendo inyecciones semanales con la solución 1|200.000.000. El peso es de 48 k. 300 grs. El estado general bueno. En el epididimo se

ha abierto una nueva boca por donde ha salido pus cremoso al principio y ahora sale serosidad.

Localmente se emplean lociones con solución débil de formol.

• 27-XII.—Se sigue empleando tuberculina, aumentando paulatinamente la dosis, haciéndose ahora 5|20 de cc. de la solución 1|200.000.000.

El enfermo sigue mucho mejor. El testículo ha disminuído mucho de volumen, las fístulas dan poca serosidad.

En la región ilaca derecha se nota un ganglio doloroso a la presión y aumentado de volumen, como un huevo de paloma.

El estado general es bueno. Pesa 51 k.

17-I-918. — Se ha llegado a 6|20 de la solución 1|200.000.000, pero como acusa un poco de decaimiento después de cada inyección, se emplea la dosis inmediata inferior.

El ganglio de la fosa ilíaca sigue doloroso, molestandole para caminar, pero ha disminuído mucho de volumen.

7-II.—El estado genèral del enfermo es muy bueno, ha aumentado 7 k. 200 grs. en 5 meses.

La lesión local del testículo ha cambiado completamente el tamaño es casi normal, la fístula del testículo se ha cerrado, sólo queda la del epididimo, que da un poco de serosidad.

Hay mucho tejido de esclerosis por lo cual el testícu-

lo es duro en su mayor parte y su superficie irregular.

El enfermo pide el alta, indicándosele concurra al Consultorio Externo para continuar el tratamiento.

Resumen del tratamiento:

10-IX-917.—Bicianuro de Hg. 0.01.

11-IX „ „ „ 0.01.

Se suspende porque trae fiebre y agravación.

20-IX.—Se inicia tratamiento tuberculínico.

	44 K	1 20 cc. (oo)
26-IX — „	46 K 600	1 20 cc. „
3-X — „	47 K 200	1 20 cc. „
9-X — „	47 K	1 20 cc. „

20-X.—El enfermo no sigue tan bien como al principio del tratamiento. Dolor y tumefacción en el lugar de la inyección decaimiento general. Se decide emplear una solución más débil, 1|200.000.000.

20-X — „	47 K 500	1 20 cc. (o) 4
30-X — „	48 K 300	2 20 cc. „
5-XI — „	49 K 200	2 20 cc. „
12-XI — „	49 K 500	2 20 cc. „
19-XI — „	50 K	3 20 cc. „
28-XI — „	50 K 520	3 20 cc. „
7-XII — „	50 K 500	4 20 cc. „
15-XII — „	51 K	4 20 cc. „
22-XII — „	51 K 200	4 20 cc. „
27-XII — „	51 K	5 20 cc. „
3-I — 918—	51 K 200	5 20 cc. „
9-I — „	51 K 600	6 20 cc. „

17—I — Como con la dosis de 6|20 el enfermo
acusa un poco de decaimiento, se si-
gue con la dosis inmediata inferior.

		51 K 200	5 20 cc. (o) 4
23—I	— „	51 K 300	5 20 cc. „
30—I	— „	51 K	5 20 cc. „
7—II	— „	51 K 200	5 20 cc. „

OBSERVACION IX

Hospital Rawson. — Pub. III. Sala 6.ª Cama 18

Ruperto V., 30 años, argentino, casado, peón de frigorífico. Zárate.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Esposa sana, 2 hijos sanos. No es bebedor ni fumador. No ha tenido venéreas. Ha sido siempre sano.

Enfermedad actual. — Se inicia hace un mes más o menos, por un dolor muy agudo que aparece bruscamente en la ingle derecha y que se irradia hacia la región glútea y rodilla del mismo lado. Este dolor persiste hasta hoy, es continuo e igualmente intenso a todas horas. Se ha tratado con medicaciones externas sin resultado.

Estado actual. — Sujeto en buen estado de nutrición. Decúbito indiferente. Piel y mucosas pálidas. Pupilas normales. No hay leucoplasias bucales.

Aparato respiratorio.—Pulmones.

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

Respiración ruda.

Vértice derecho por detrás:

S.—

V. +

Respiración ruda.

Aparato circulatorio.—Pulso regular igual, buena tensión.

Corazón.—Normal.

Abdomen.—Normal.

Sistema nervioso.—Normal.

Articulación coxo-femoral derecha.—La extremidad superior del fémur es dolorosa a la presión, al imprimir movimientos pasivos al fémur el dolor se acentúa y se irradia hacia la parte posterior del muslo. No se perciben craquemets.

Tratamiento. — Se inicia con 1|20 de cc. de la solución (oo), a la primera inyección el dolor disminuye algo, con las inyecciones siguientes la mejoría se acentúa y al fin de 9 inyecciones todas de 1|20 de cc. de la Sol. (oo), a razón de una por semana, el enfermo pide el alta, saliendo casi curado, pues sólo queda un dolor muy leve que no le impide ocuparse de sus tareas.



OBSERVACION X

Hospital Rawson. — Pab. III. Sala 6.ª

Eugenio Marzullo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Coqueluche en la infancia.

Enfermedad actual. — Desde hace ocho meses, al levantarse y antes del desayuno, regugitaciones ácidas y sensación de ardor en el esófago, que se calma con la ingestión del desayuno. A las 10 a. m. más o menos los mismos síntomas, que se calman con el almuerzo. La tarde la pasa bien. Las comidas calman, pero queda con sensación de peso en el epigastrio.

Nunca hay dolores. Hay sialorrea.

Por las tardes cansancio, decaimiento a veces sudores. No tiene dolor de cabeza. Duerme bien.

Hace cuatro días ha tenido escalofríos y fiebre, por lo cual guardó cama decidiendo ingresar al hospital.

Estado actual. — 4-IX-1916: Sujeto en mal estado

de nutrición; peso 41 k. 200 grs. Pupilas regulares e iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. No hay leucoplasias bucales. No hay ganglios en el cuello.

Aparato respiratorio.—Tórax simétrico, respiración costo abdominal, ritmo normal.

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

Inspiración ruda.

Expiración tubaria, suave y prolongada.

Broncofonia y pectoriloquia.

Vértice derecho, por detrás.

S.—

V. +

Insp. ruda.

Expiración tubaria suave y prolongada.

Broncofonia y pectoriloquia.

Aparato circulatorio.—Pulso pequeño regular, igual, hipotenso. Corazón normal.

Hígado y bazo.—Normales.

Sistema nervioso.—Normal.

Evolución:

5-IX.—Se practica una cuti-reacción que resulta positiva y que trae una ligera elevación de temperatura.

7-IX.—Se comienza tratamiento tuberculínico con 2/10 cc. de la solución (o), lo que determina 38° de tem-

peratura durante 2 días. Hay más expectoración y V. D. Soplo intenso inspiratorio.

13-IX. — Se inyectan 4|10 cc. de la solución (o) que trae reacción más intensa, 39° durante dos días y tarda ocho días en volver a la normal.

Se espera hasta el 31-X y se inicia nuevamente el tratamiento con 1|20 cc. de la solución (o), la temperatura sube un poco por encima de 37°, pero los síntomas mejoran.



OBSERVACION XI

Hospital Rawson. — Pabellón III. Sala 6.ª Cama 14

Pedro T. Frances, 52 años, soltero, mucamo.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Antecedentes hereditarios. — No recuerda enfermedades de la infancia.

A los 16 años blenorragia que no ha curado, pues hasta ahora tiene secreción.

A los 20 años reumatismo, dolor e hinchazón en las articulaciones que curó en 15 días, hace unos 8 años se repiten sus dolores reumáticos, que lo obligan a guardar cama, una semana.

No es bebedor, regular fumador.

Enfermedad actual. — Desde hace 15 días sensación de peso en el epigastrio, náuseas, vómitos de materia mucosa antes de almorzar y cenar. No hay dolor. Hace 6 años tuvo algo parecido.

Estado actual. — Sujeto en mal estado de nutrición, buena constitución ósea, escaso panículo adiposo.

Cabeza y cuello nada anormal.

Aparato circulatorio.—Normal.

Aparato respiratorio.—Pulmones.

Vértice derecho por delante:

S.—

V. +

Insp. ruda.

Expiración prolongada.

Vértice derecho por detrás:

S.—

V. +

Insp. ruda.

Expiración prolongada.

Abdomen.—Retraído, flácido, adelgazamiento considerable de la pared. No hay dolor localizado en ningún punto.

Hígado y bazo.—Normales.

Sistema nervioso.—Normal.

Cuti-reacción.—Positiva. +

Peso el 3-XII-917.—50 k. 700 grs.

Evolución.—Se inicia el tratamiento tuberculínico inyectándose 1|20 de cc. de la solución (oo), el enfermo mejora desapareciendo su sintomatología gástrica, mejorando también su estado general, aumenta de peso a los 8 días, pesa 52 k. El día 16 se inyecta nuevamente 1|20 de cc. de la solución (oo).

El día 15 pesa 53 k. 200 grs., se le practica otra vez 1|20 cc. de la solución (oo).

El enfermo encontrándose muy mejorado, pide el

alta que se otorga aconsejando que concurra al consultorio para continuar el tratamiento. En el detalle a continuación podrá verse el notable resultado obtenido después de 7 meses de tratamiento:

27—XII—	917—56 K	700	2 20 cc.	(oo)
2—I	—918—55 K	600	2 20 cc.	„
8—I	— „	57 K	2 20 cc.	„
15—I	— „	57 K 100	2 20 cc.	„
22—I	— „	57 K	2 20 cc.	„
28—I	— „	57 K 200	3 20 cc.	„
13—II	— „	58 K 200	3 20 cc.	„
19—II	— „	58 K	3 20 cc.	„
26—II	— „	59 K	3 20 cc.	„
5—III	— „	58 K	4 20 cc.	„
12—III	— „	58 K 200	4 20 cc.	„
20—III	— „	59 K 400	4 20 cc.	„
26—III	— „	59 K 200	5 20 cc.	„
2—IV	— „	59 K 500	5 20 cc.	(oo)
9—IV	— „	60 K	5 20 cc.	„
16—IV	— „	59 K 600	6 20 cc.	„
23—IV	— „	61 K	6 20 cc.	„
30—IV	— „	60 K 500	7 20 cc.	„
7—V	— „	60 K 500	7 20 cc.	„
14—V	— „	61 K	7 20 cc.	„
25—VI	— „	60 K 300	8 20 cc.	„
2—VII	— „	61 K	8 20 cc.	„
10—VII	— „	61 K 300	8 20 cc.	„
16—VII	— „	61 K 400	8 20 cc.	„
22—VII	— „	62 K	8 20 cc.	„

OBSERVACION XII

*Hospital Rawson. — Pab. III. Sala 6.^a Consultorio
Externo*

Alda B., 21 años, soltera, argentina, maestra.

Hace varios años ha tenido tos convulsa, desde entonces ha quedado con asma, los accesos son nocturnos y muy frecuentes.

Estado actual. — Bronquitis difusa bilateral, rales gruesos, roncus y sibilancias.

Corazón.—Normal.

Ligero hipertiroidismo, un poco de temblor en las manos y en los párpados, ligera exoftalmia.

Anorexia.

Cuti-reacción.—Positiva. + +

Examen de sangre:

Hematíes..	4.310.000
Leucocitos..	7.200
Linfocitos..	49 %

Peso: 63 kilos.

Se hace tratamiento tuberculínico con el resultado siguiente:

19—IV—1917	63 K	1 20 cc.	(oo)	
26—IV—	„ 63 K 080	1 20 cc.	„	
3—V —	„ 63 K	2 20 cc.	„	Se siente muy bien.
10—V —	„ 63 K 700	2 20 cc.	„	
19—V —	„ 63 K 500	2 20 cc.	„	Poca fatiga.
24—V —	„ 63 K 600	2 20 cc.	„	Muy bien.
31—V —	„ 63 K 700	3 20 cc.	„	Muy bien.

Duerme bien toda la noche, cosa que antes no podía hacer.

Da perfectamente sus lecciones.

~~~~~

## OBSERVACION XIII

### *Consultorio particular*

Genaro M.

Desde hace cinco meses bronquitis, tos, dolores torácicos, enflaquecimiento.

Vértice derecho:

S.—

V. +

Respiración ruda.

4—I —1916—60 K.

16—I „ 61 K.

23—I „ 61 K 200 ac. arsenioso.

21—II „ 63 K 900 ac. arsenioso.

14—IV „ 63 K 200 recalcificantes.

24—IV „ 63 K 500

Se inicia tratamiento tuberculínico.

24—IV—1916—63 K 500 1|20 cc. (oo)

1—V — „ 63 K 1|20 cc. „

8—V — „ 63 K 200 1|20 cc. „

15—V — „ 64 K 200 1|20 cc. „

22—V — „ 64 K 800 1|20 cc. „

29—V — „ 64 K 820 1|20 cc. „

5—VI— „ 65 K 450 1|20 cc. „

Aumento.—Antes: 3500 gramos en 5 meses.

Término medio, 2 grs. 33 por día.

Ahora: 1950 gramos en 41 días.

Término medio, 41 grs. 53 por día.


#### OBSERVACION XIV

*Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.<sup>a</sup> Consultorio  
Externo*

Juan G., 32 años, español, casado, albañil.

Desde hace un mes, dolores en el pecho, ligera fiebre, astenia, anorexia, ha disminuído 10 kilos de peso en tres meses, poca tos, escasa expectoración, muchos sudores.

Fenómenos de resblandecimiento en el vértice derecho.

Pulso, 120.

El tratamiento tuberculínico da el siguiente resultado:

|        |         |          |               |
|--------|---------|----------|---------------|
| 9—II   | —918—55 | K 500    | 1 20 cc. (oo) |
| 26—II  | — „     | 55 K 300 | 1 20 cc. „    |
| 5—III  | — „     | 57 K 900 | 1 20 cc. „    |
| 12—III | — „     | 57 K 900 | 1 20 cc. „    |
| 20—III | — „     | 58 K 900 | 1 20 cc. „    |
| 26—III | — „     | 59 K 200 | 2 20 cc. „    |

|         |   |          |          |      |
|---------|---|----------|----------|------|
| 2—IV —  | „ | 59 K 600 | 2 20 cc. | (00) |
| 9—IV —  | „ | 60 K     | 2 20 cc. | „    |
| 16—IV — | „ | 59 K 700 | 2 20 cc. | „    |
| 23—IV — | „ | 60 K 300 | 3 20 cc. | „    |
| 30—IV — | „ | 60 K 700 | 3 20 cc. | „    |
| 7—V —   | „ | 61 K 100 | 3 20 cc. | „    |
| 14—V —  | „ | 62 K 200 | 3 20 cc. | „    |
| 21—V —  | „ | 62 K     | 3 20 cc. | „    |
| 28—V —  | „ | 62 K 600 | 4 20 cc. | „    |
| 5—VI —  | „ | 62 K 600 | 4 20 cc. | „    |
| 11—VI — | „ | 63 K 800 | 5 20 cc. | „    |
| 18—VI — | „ | 62 K 900 | 5 20 cc. | „    |
| 25—VI — | „ | 63 K 200 | 5 20 cc. | „    |
| 2—VII—  | „ | 63 K 500 | 5 20 cc. | „    |
| 10—VII— | „ | 63 K 200 | 6 20 cc. | „    |

## OBSERVACION XV

*Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.<sup>a</sup> Consultorio  
Externo*

Linda M., 16 años, argentina, soltera.

Desde hace ocho días dolor en la rodilla izquierda y retracción de la misma.

Amenorra desde hace varios meses, anorexia, apatía, decaimiento general.

Vértice izquierdo.

S.—

V. +

Murmullo rudo.

Cuti-reacción.—Positiva.

Temperatura: 37°2 por las tardes.

En el esputo no se observan bacilos de Koch.

Se hace tratamiento tuberculínico con el siguiente resultado:

|        |                |               |
|--------|----------------|---------------|
| 18—III | — 918—39 K 400 | 1 20 cc. (oo) |
| 22—III | — „ 39 K 800   | 1 20 cc. „    |
| 26—III | — „ 40 K 500   | 1 20 cc. „    |
| 2—IV   | — „ 40 K 700   | 1 20 cc. „    |
| 9—IV   | — „ 41 K       | 1 20 cc. „    |
| 16—IV  | — „ 42 K 100   | 1 20 cc. „    |
| 23—IV  | — „ 42 K 900   | 1 20 cc. „    |
| 7—V    | — „ 43 K       | 1 20 cc. „    |
| 14—V   | — „ 43 K 500   | 2 20 cc. „    |
| 21—V   | — „ 43 K 900   | 3 20 cc. „    |
| 24—V   | — „ 43 K 300   | 4 20 cc. „    |
| 31—V   | — „ 43 K 800   | 4 20 cc. „    |
| 7—VI   | — „ 44 K       | 4 20 cc. „    |
| 14—VI  | — „ 44 K       | 4 20 cc. „    |
| 28—VI  | — „ 44 K 020   | 5 20 cc. „    |

## OBSERVACION XVI

*Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.<sup>a</sup> Consultorio  
Externo*

María S. de S., 27 años, casada, tres hijos, un aborto.  
Hemóptisis hace seis meses, luego medicación tónica  
y mejoró, aumentando tres kilos que había perdido.  
Ahora hacen ocho días nueva pequeña hemóptisis,  
tiene tos, anorexia.

Se encuentra en vértice derecho:

S.—

V. +

Murmullo alejado en la inspiración.

Algo más intenso en la espiración.

Cuti-reacción.—Positiva.

Peso: 58 K. 22 gr.

La radioscopia confirma el diagnóstico clínico.

Se hace tratamiento tuberculínico con el siguiente  
resultado:

|         |        |          |               |
|---------|--------|----------|---------------|
| 17—VII  | —1917— | 51 K 100 | 1 20 cc. (oo) |
| 22—VII  | — „    | 51 K 700 | 1 20 cc. „    |
| 31—VII  | — „    | 51 K 800 | 2 20 cc. „    |
| 13—VIII | — „    | 52 K     | 2 20 cc. „    |
| 28—VIII | — „    | 52 K 220 | 3 20 cc. „    |
| 4—IX    | — „    | 52 K 200 | 37°2 gripe?   |
| 11—IX   | — „    | 52 K     | 37°4          |

Se suspende el tratamiento un mes.

|        |        |          |               |
|--------|--------|----------|---------------|
| 15—X   | —1917— | 52 K 820 | 2 20 cc. (oo) |
| 20—X   | — „    | 52 K 600 | 2 20 cc. „    |
| 30—X   | — „    | 52 K 300 | 3 20 cc. „    |
| 5—XI   | — „    | 51 K 600 | 3 20 cc. „    |
| 20—XI  | — „    | 53 K     | 2 20 cc. „    |
| 5—XII  | — „    | 52 K 100 | 2 20 cc. „    |
| 18—XII | — „    | 53 K 600 | 2 20 cc. „    |
| 26—XII | — „    | 54 K 200 | 2 20 cc. „    |
| 2—I    | —1918— | 54 K 400 | 2 20 cc. „    |
| 8—I    | — „    | 53 K 920 | 2 20 cc. „    |
| 15—I   | — „    | 54 K     | 2 20 cc. „    |
| 22—I   | — „    | 53 K 600 | 2 20 cc. „    |
| 29—I   | — „    | 54 K     | 2 20 cc. „    |
| 5—II   | — „    | 54 K 300 | 3 20 cc. „    |
| 13—II  | — „    | 54 K 100 | 3 20 cc. „    |
| 19—II  | — „    | 53 K 700 | 3 20 cc. „    |
| 26—II  | — „    | 54 K 300 | 1 20 cc. „    |
| 5—III  | — „    | 55 K 300 | 1 20 cc. „    |
| 12—III | — „    | 55 K 300 | 1 20 cc. „    |
| 2—IV   | — „    | 55 K 200 | 1 20 cc. „    |
| 9—IV   | — „    | 54 K 600 | 2 20 cc. „    |

|        |   |          |               |
|--------|---|----------|---------------|
| 16—IV— | „ | 54 K 300 | 3 20 cc. (oo) |
| 26—IV— | „ | 54 K 600 | 3 20 cc. „    |
| —V —   | „ | 55 K 200 | 3 20 cc. „    |
| 7—V —  | „ | 55 K 300 | 3 20 cc. „    |
| 14—V — | „ | 55 K 800 | 3 20 cc. „    |
| 21—V — | „ | 56 K 300 | 3 20 cc. „    |
| 28—V — | „ | 56 K 300 | 4 20 cc. „    |





## OBSERVACION XVII

*Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.<sup>a</sup> Consultorio  
Externo*

Isabel G., 25 años, española, soltera, sirvienta.

Enflaquecimiento progresivo, astenia, pérdida del apetito, no hay temperatura.

Se encuentran ligeros fenómenos de infiltración en el vértice derecho.

El tratamiento tuberculino da el siguiente resultado:

|       |            |          |               |
|-------|------------|----------|---------------|
| 14—V  | —1918—42 K | 500      | 2 20 cc. (oo) |
| 23—V  | — „        | 44 K     | 2 20 cc. „    |
| 28—V  | — „        | 45 K     | 2 20 cc. „    |
| 4—VI  | — „        | 45 K 900 | 2 20 cc. „    |
| 11—VI | — „        | 46 K 300 | 2 20 cc. „    |
| 18—VI | — „        | 47 K     | 2 20 cc. „    |
| 25—VI | — „        | 46 K 600 | 3 20 cc. „    |

~~~~~


OBSERVACION XVIII

*Hospital Rawson. Pab. III. Sala 6.^a Consultorio
Externo*

Pura M. de M., 23 años, argentina, 2 hijos.

El esposo murió de tuberculosis pulmonar.

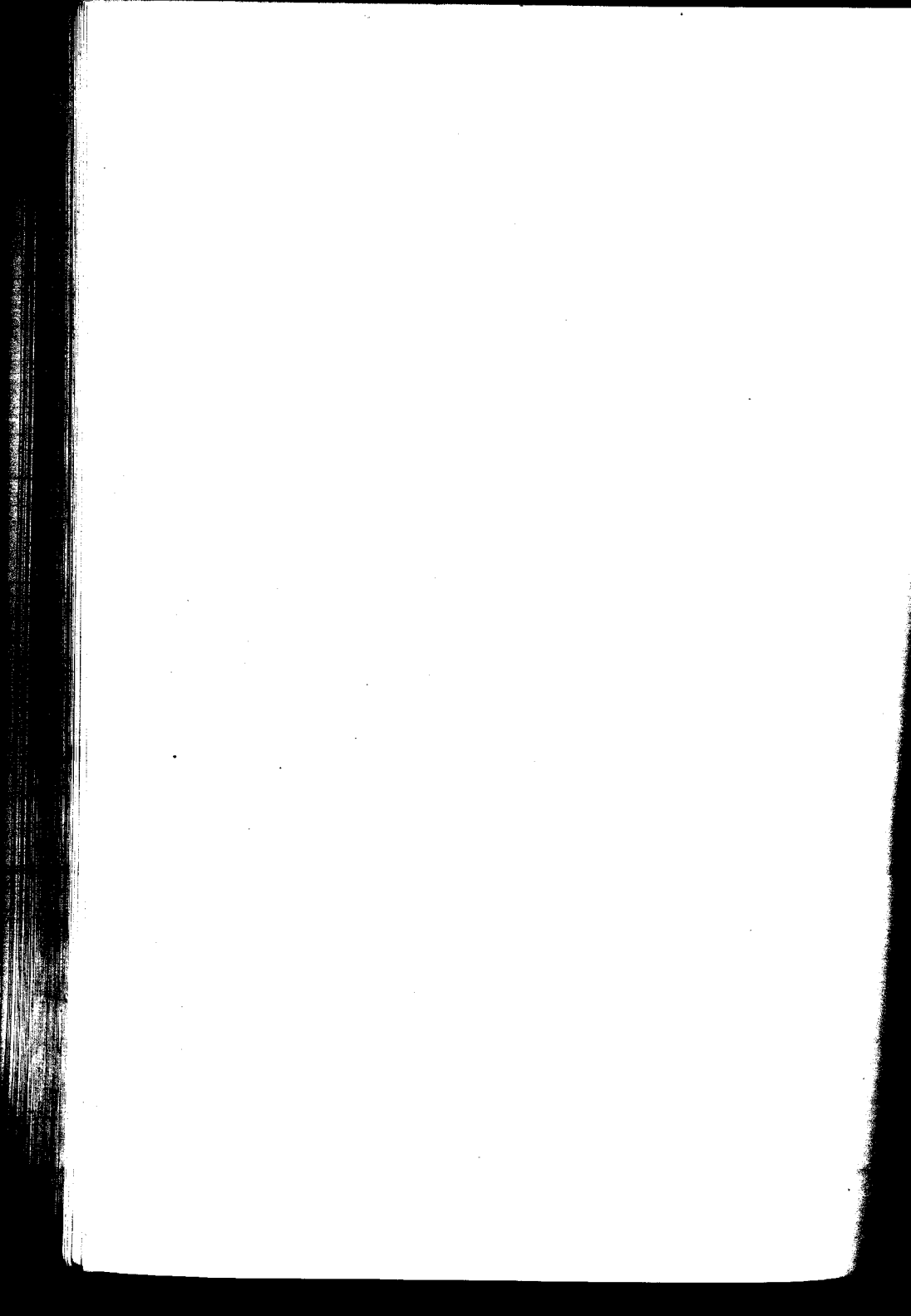
Desde hace 5 días tos espectoración hematoica. Dolores en el hemitórax izquierdo. Desde hace algún tiempo enflaquecimiento.

Se observan fenómenos de infiltración del vértice izquierdo.

Peso anterior hace tres meses, 49 kilos.

Se hace tratamiento tuberculínico con el siguiente resultado:

18—IV—1918—45 K 200	1 20 cc. (oo)
30—IV— „ 45 K 200	1 20 cc. „
7—V — „ 45 K	2 20 cc. „
14—V — „ 46 K 100	2 20 cc. „
4—VI— „ 47 K 600	2 20 cc. „
11—VI— „ 47 K 600	3 20 cc. „
25—VI— „ 47 K 700	3 20 cc. „



OBSERVACION XIX

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.^a Consultorio
Externo*

Concepción V., 18 años, argentina, soltera.

A los cinco años tuvo anasarca.

Hace seis años a raíz de una escarlatina quedó con nefritis, según le han dicho.

Ahora consulta porque se le hinchan las piernas y un poco los párpados.

Tiene cefaleas matinales muy frecuente, a veces también nocturnas.

Vértice derecho:

S.—

V. +

Murmullo rudo.

Cuti-reacción: positiva. +

Orina: Vestigios de albúmina.

5—VII —1917: Peso 79 kilos 700.

Se da recalcificantes.

7—VIII. Se resuelve hacer tratamiento tuberculínico.

7—VIII—1917—	80 K 420	1 20 cc. (oo)
14—VIII— „	80 K 800	1 20 cc. „
21—VIII— „	80 K 700	1 20 cc. „
28—VIII— „	80 K 600	2 20 cc. „
4—IX — „	80 K 400	3 20 cc. „
11—IX — „	79 K 500	3 20 cc. „
18—IX — „	80 K 500	4 20 cc. „
25—IX — „	79 K 800	4 20 cc. „
2—X — „	79 K	4 20 cc. „

Se suspende el tratamiento. Se da recalcitantes, arsénico y hierro.

La enferma vuelve en Enero de 1918 presentando los mismos fenómenos, ha nflaquecido, pesa ahora 71 k 300.

Se decide hacer tratamiento tuberculino empleando la Solución (A).

26—I —1918—	71 K 300	1 20 cc. (A)
2—II — „	72 K	1 20 cc. „
26—II — „	71 K	1 20 cc. „
12—III — „	72 K 600	1 20 cc. „
20—III — „	72 K	2 20 cc. „
26—III — „	71 K 200	2 20 cc. „
2—IV — „	71 K 700	2 20 cc. „
9—IV — „	71 K 900	3 20 cc. „
16—IV — „	72 K 600	3 20 cc. „
23—IV — „	72 K 500	4 20 cc. „
7—V — „	73 K 200	4 20 cc. „
14—V — „	73 K 300	4 20 cc. „
21—V — „	74 K	4 20 cc. „
28—V — „	74 K	5 20 cc. „

4—VI — „	74 K 200	5 20 cc.	„
18—VI — „	73 K 500	5 20 cc.	„
2—VII — „	73 K 700	6 20 cc.	„
16—VII — „	74 K	6 20 cc.	„
6—VIII— „	75 K	6 20 cc.	„
27—VIII— „	76 K 300	6 20 cc.	„

~~~~~



## OBSERVACION XX

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.<sup>a</sup> Consultorio  
Externo*

Casimiro S., 40 años, italiano, casado, 8 hijos.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Bronquitis capilar a los 20 años.

No ha tenido venéreas.

*Enfermedad actual.* — Hace un mes y medio tuvo una hemóptisis que duró un día, fué tratado con ergotina, desde entonces ha enflaquecido, está pálido, anoréxico, sin expectración.

*Estado actual.* — Cuti-reacción muy positiva + + +, ha tenido reacción febril 37.3.

Vértice derecho:

S.—

V.+

Se dan recaitantes.

23—VII —1918—63 K 800

30—VII — „ 63 K 700 1|20 cc. (A) trae de-  
caimiento, cefalea, anorexia, más  
dolor en la región apical.

3—VIII— „ 63 K 500

6—VIII— „ 64 K 100 1|20 cc. (A)

13—VIII— „ 64 K 600 1|20 cc. „

20—VIII— „ 65 K 200 1|20 cc. „

27—VIII— „ 65 K 200 2|20 cc. „

~~~~~

OBSERVACION XXI

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.^a Consultorio
Externo*

Alina de S., 43 años, casada, 4 hijos.

Sufre de asma desde hace unos 10 años.

Vértice derecho:

S.—

V.+

Respiración ruda.

Espustos. — No hay Koch.

Hipotensión arterial.

Orinas. — Normal.

Se hace tratamiento tuberculino con Solución (A)
con el siguiente resultado:

20—VII —1918—1|20 cc. (A) Aumentó el asma.

30—VII — „ 1|20 cc. „ Provocó el ataque.

Se decide emplear la sol. (B).

3—VIII—1918—1|20 cc. (B). Tuvo ataque, pero

mucho menos intensos que los anteriores.

13—VIII— „ 1/20 cc. (B) Mucho menos fatiga que con las inyecciones anteriores.

OBSERVACION XXII

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.^a Consultorio
Externo*

Angela L. de F., 24 años, casada, q. d.

Se queja de dolores en la espalda izquierda. Tiene es-
pectoración hemóptica.

No se aprecian fenómenos pulmonares.

Anorexia, fatiga fácil, astenia.

Pulso, 130.

Fué tratada en 1916 en este servicio; presentaba en-
tonces signos de una pleuresia seca de la base derecha,
se la hizo tratamiento tuberculínico mejorando mucho.
Se llegó a la Solución (2) 11|20 cc..

Se vuelve a iniciar tratamiento tuberculínico con Sol.
(oo).

La enferma mejora mucho y aumenta 7 kilos en 3 me-
ses y 10 días.

21—V	—1918—69 K	2 20 cc. (oo)
28—V	— „ 69 K	3 20 cc. „
4—VI	— „ 70 K	3 20 cc. „
11—VI	— „ 69 K 500	4 20 cc. „
18—VI	— „ 70 K	4 20 cc. „
25—VI	— „ 70 K 400	4 20 cc. „
5—VII	— „ 72 K 300	4 20 cc. „
13—VII	— „ 72 K 500	4 20 cc. „
18—VII	— „ 73 K 300	4 20 cc. „
23—VII	— „ 73 K	5 20 cc. „
3—VIII	— „ 73 K 400	5 20 cc. „
20—VIII	— „ 74 K	5 20 cc. „
27—VIII	— „ 76 K	5 20 cc. „

~~~~~

### OBSERVACION XXIII

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.ª Consultorio  
Externo*

Dora de S., 26 años, casada, 2 hijos, 1 aborto.

*Enfermedad actual.* — Data de 5 años y consiste en dolores en el hipocondrio derecho; le han diagnosticado litiasis biliar. Nunca ha tenido ictericia. A veces vómitos alimenticios que no calman los dolores del hipocondrio. Ha enflaquecido mucho, unos 10 kilos. Se ha puesto muy pálida.

*Estado actual.* — Intestino grueso doloroso y región epigástrica (punto duodenal).

Vértice derecho:

S.—

V.+

Expiración muy ruda.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrófilos. . . . . 64 %

Linfocitos. . . . . 32 „

Orinas.—Normales.

|              |          |               |
|--------------|----------|---------------|
| 9—VIII—1917— | 56 K 340 | 1 20 cc. (oo) |
| 14—VIII— „   | 56 K 600 | 1 20 cc. „    |
| 21—VIII— „   | 56 K 600 | 1 20 cc. „    |
| 23—VIII— „   | 56 K 800 |               |
| 28—VIII— „   | 56 K     | menstruando.  |
| 6—IX — „     | 57 K 700 | 1 20 cc. (oo) |
| 20—IX — „    | 57 K 100 | 2 20 cc. „    |
| 2—X — „      | 57 K     | 2 20 cc. „    |
| 9—X — „      | 56 K 200 | 3 20 cc. „    |

Se suspende el tratamiento ordenándose recalificantes y tótonos, arsénico y hierro.

Vuelve la enferma en Julio de 1918, presenta los mismos fenómenos en el vértice derecho.

Hay hipotensión arterial y palidez.

Se vuelve ha hacer tratamiento tuberculínico, pero esta vez con Sol. (A).

|               |          |              |
|---------------|----------|--------------|
| 20—VII —1918— | 58 K 500 | 1 20 cc. (A) |
| 27—VII — „    | 60 K     | 1 20 cc „    |
| 3—VIII— „     | 60 K 500 | 1 20 cc. „   |
| 10—VIII— „    | 60 K 500 | 1 20 cc. „   |
| 17—VIII— „    | 62 K 500 | 1 20 cc. „   |
| 25—VIII— „    | 62 K 200 | 1 20 cc. „   |
| 31—VIII— „    | 62 K     | 2 20 cc. „   |

Cuando se hizo tratamiento con la Sol. (oo) no hubo progreso alguno. Ahora con la Sol. (A), ha aumentado 3 kilos 500 gramos en 40 días.

La enferma dice encontrarse mejor.

~~~~~

OBSERVACION XIV

*Hospital Rawson. Pab. III Sala 6.^a Consultorio
Externo*

María Elena E., 25 años, argentina, soltera.

Sufre de asma desde los 15 años. Más en invierno durante los cuales tiene cuatro a cinco accesos agudos.

Vértice derecho: Respiración rura.

Base derecha: Signos de infiltración.

Temperatura: 36°9 por las tardes.

Pulso hipotenso: 100 puls. por minuto.

27—V	—1918—68 K	4 20 cc (B)
31—V	— „ 69 K 100	4 20 cc. „
7—VI	— „ 69 K 200	4 20 cc. „
14—VI	— „ 70 K 500	4 20 cc. „
21—VI	— „ 70 K 300	4 20 cc. „
24—VI	— „ 69 K 700	5 20 cc. „
28—VI	— „ 69 K 600	6 20 cc. „
3—VII	— „ 69 K 700	6 20 cc. „

8—VII — „	69 K 400	7 20 cc. (oo)
12—VII — „	69 K 300	8 20 cc. „
17—VII — „	70 K	8 20 cc. „
24—VII — „	69 K 900	8 20 cc. „
31—VII — „	71 K 500	9 20 cc. „
7—VIII— „	70 K 800	9 20 cc. „
14—VIII— „	72 K	9 20 cc. „
21—VIII— „	72 K	9 20 cc. „

El tratamiento comenzado antes del invierno y continuado durante él, ha hecho que la enferma no tuviera más ataques de asma.



Conclusiones

1.º El procedimiento del Dr. Vitón para el tratamiento tuberculínico es un método sin reacciones.

2.º Preconiza la eficacia de las dosis muy pequeñas de soluciones débiles.

3.º Aconseja la repetición de las dosis, pues ésta afianza la eficacia y solidariza los resultados obtenidos.

4.º Aplicado el tratamiento de las afecciones tuberculosas presenta sobre los métodos en uso las siguientes ventajas:

a) Dada la prudencia de las dosis empleadas, aleja todo peligro de reacciones violentas, dejando así la tuberculina de ser un medicamento peligroso, un arma de dos filos como se ha dicho.

b) Como el *modus operandi* es sencillo y la observación inmediata no es delicada, resulta un procedimiento fácil y tan práctico que su empleo puede hacerse no sólo en los enfermos hospitalizados, sino también en los de la clientela de los consultorios externos y en la clientela privada.

c) Se disminuyen las contra indicaciones, entendiendo por tales lo seamos en que la inyección de tuberculina produce reacciones violentas, térmicas, focales o de cualquier clase que hacía que dichos enfermos no pudieran beneficiar del tratamiento tuberculínico. Se ha visto que la cuestión contra indicaciones no es más que cuestión de dosis y las reacciones se eliminan usando dosis que no las produzcan.

d) Permite así emplear la tuberculina en mayor número de casos, haciendo así más extenso el uso de un medicamento útil.

5.^a Aplicado al diagnóstico, presenta sobre las distintas pruebas de diagnóstico por la tuberculina las siguientes ventajas:

a) En vez de entrañar incomodidades (oftalmo reacción muy positiva, cuti o dermo-reacción muy exuberantes o peligros (grandes reacciones de foco en las tuberculino-reacciones), proporciona grandes mejorías, atenuando los fenómenos subjetivos, modificando favorablemente los objetivos como la fiebre, la tos, el peso.

b) Permite atribuir a su verdadera causa el origen de la lesión o de la manifestación que se estudia.

c) Permite comenzar en muchos casos una terapéutica útil y que en ningún caso puede perjudicar si se siguen cuidadosamente las reglas generales de su empleo.

d) Como el paciente mismo también se encarga de juzgar la bondad de los efectos, quedan descartadas las auto-sugestiones del observador.

J. A. GAYOSO.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1918.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcial V. Quiroga, al profesor extraordinario Dr. Juan C. Del-
fino, y al profesor suplente Dr. Leonidas Jorge
Facio para que, constituidos en comisión re-
visora, dictaminen respecto de la admisibilidad de
la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la
«Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTÓN.

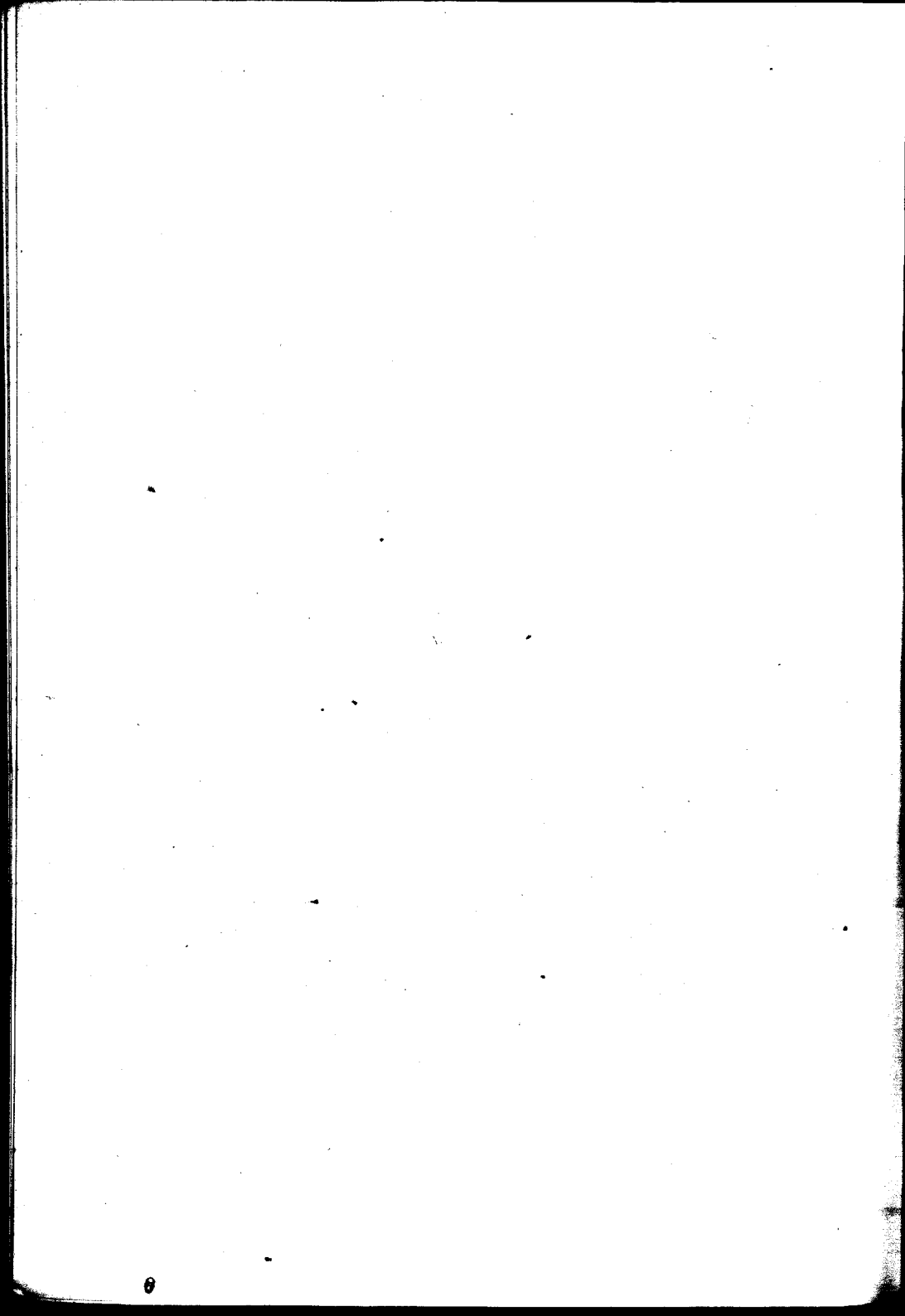
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Setiembre de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la
aceptación de la presente tesis, según consta en
el acta N.º 3501 del libro respectivo, entréguese
al interesado para su impresión, de acuerdo con
la Ordenanza vigente.

A. C. GANDOLFO.

F. G. Ramos.
oficial Mayor



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En que caso no debe emplearse la tuberculina como tratamiento.

Quiroga,

II

Las reacciones provocadas por la tuberculina, reconocen un origen anafiláctico?.

Juan Carlos Delfino.

III

¿En cuáles formas clínicas de la tuberculosis pulmonar crónica, es racional el tratamiento por la tuberculina?.

Leonidas Jorge Facio.

1325



