

Año 1917

Núm. 3353

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

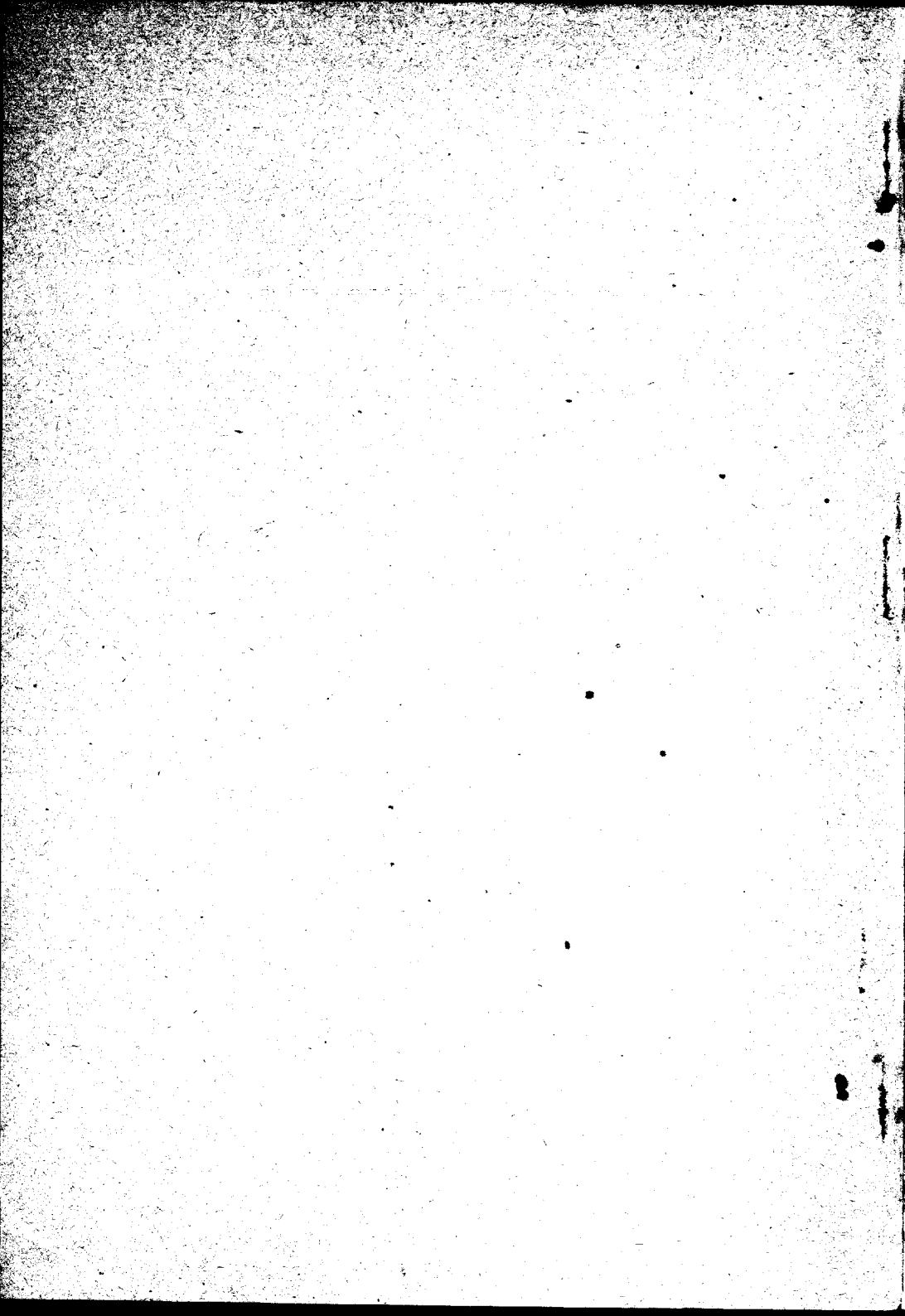
POR

LUIS DE DOMINICIS

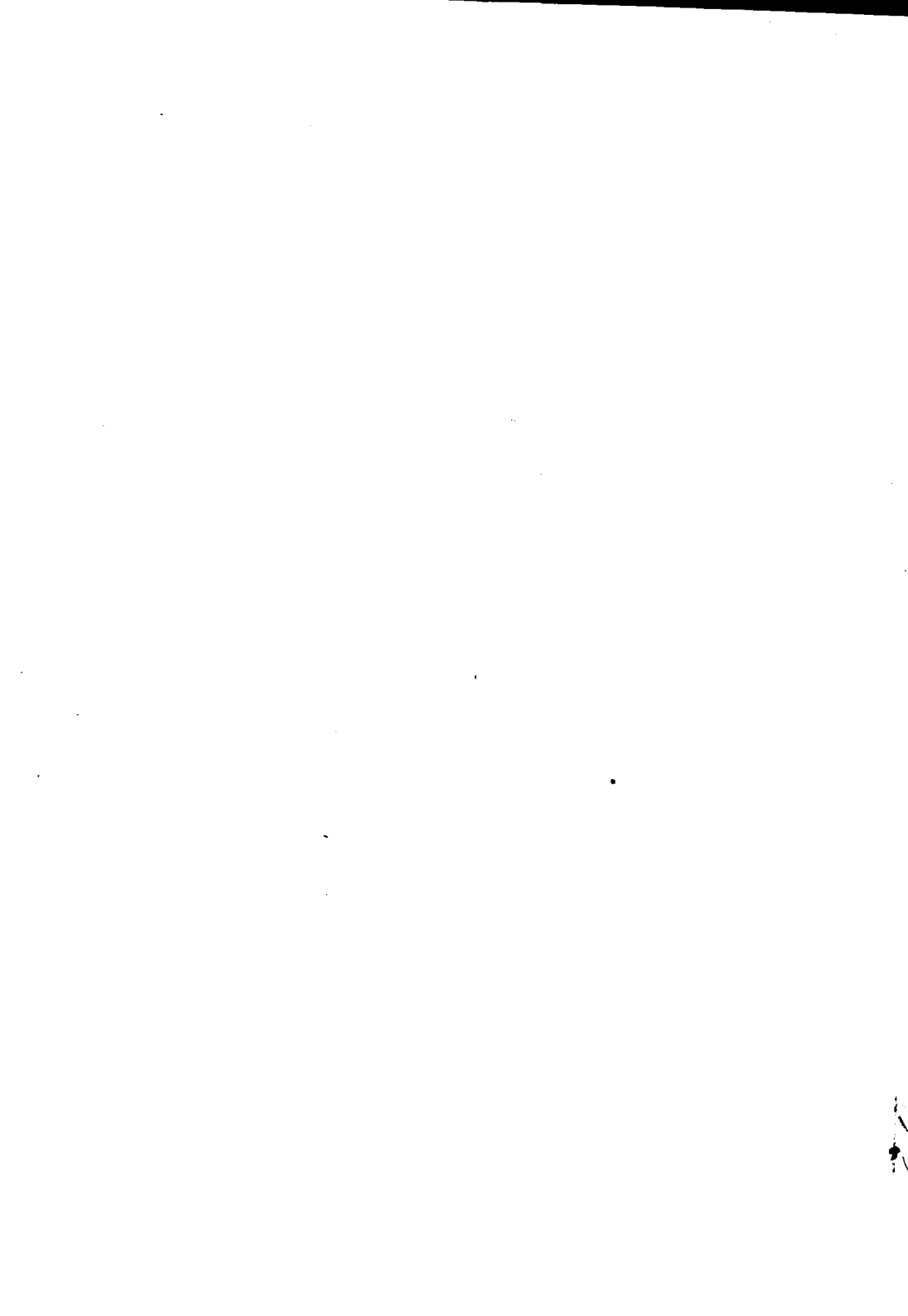
"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES.

Min. B. 9711



Diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar



Año 1917

Núm. 3353

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS DE DÓMINICIS



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

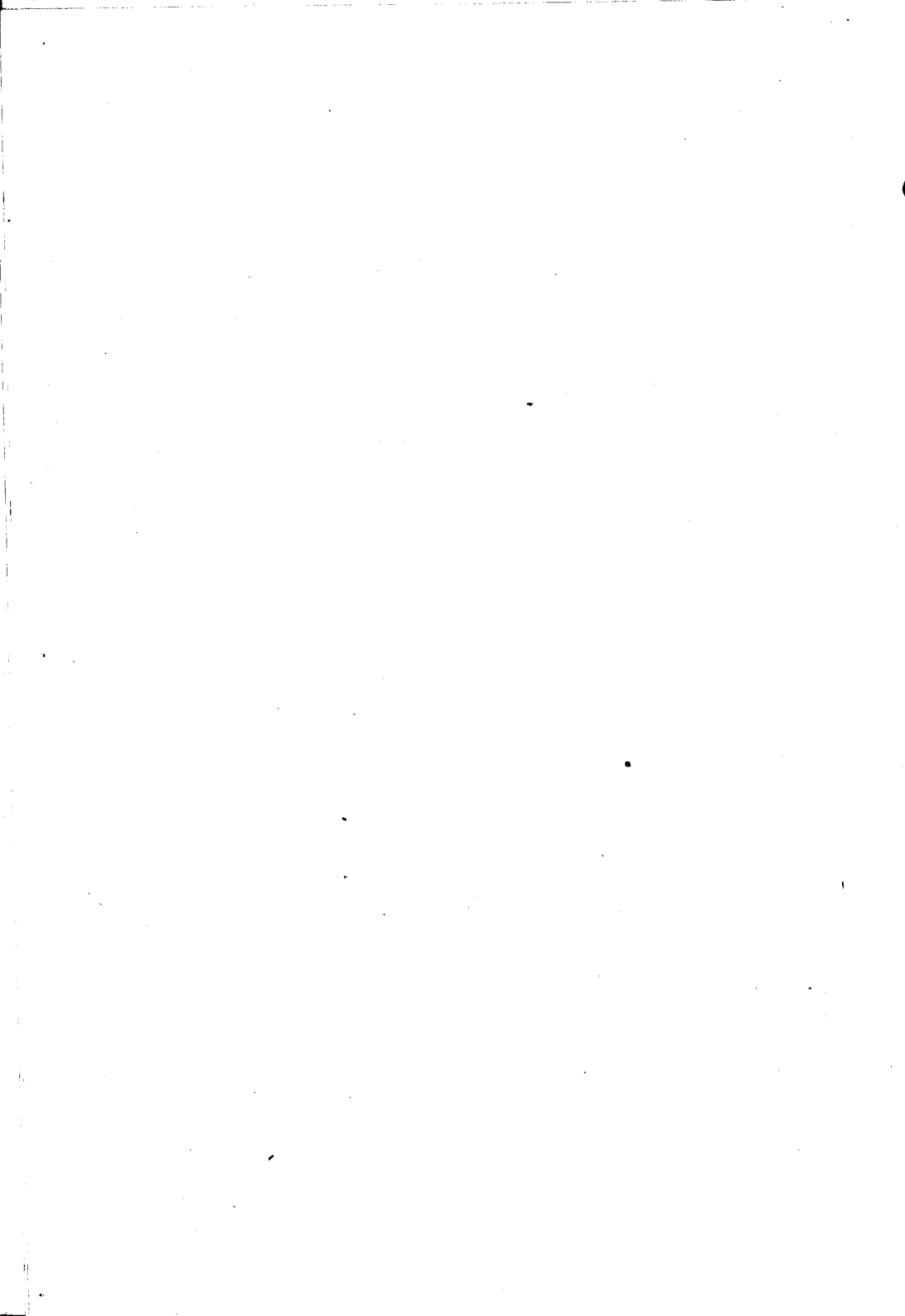
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO
24. " " PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

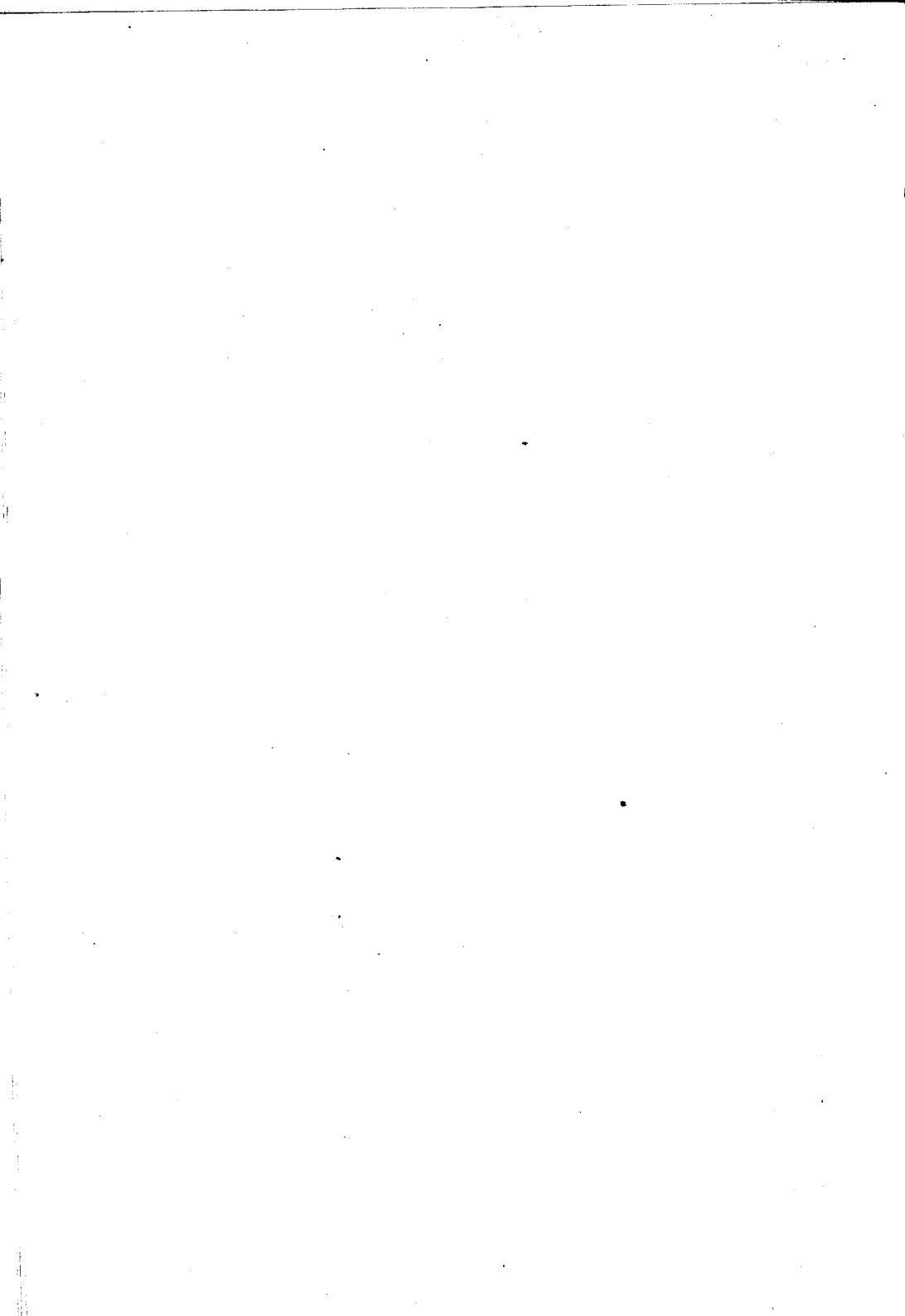


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS GIAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

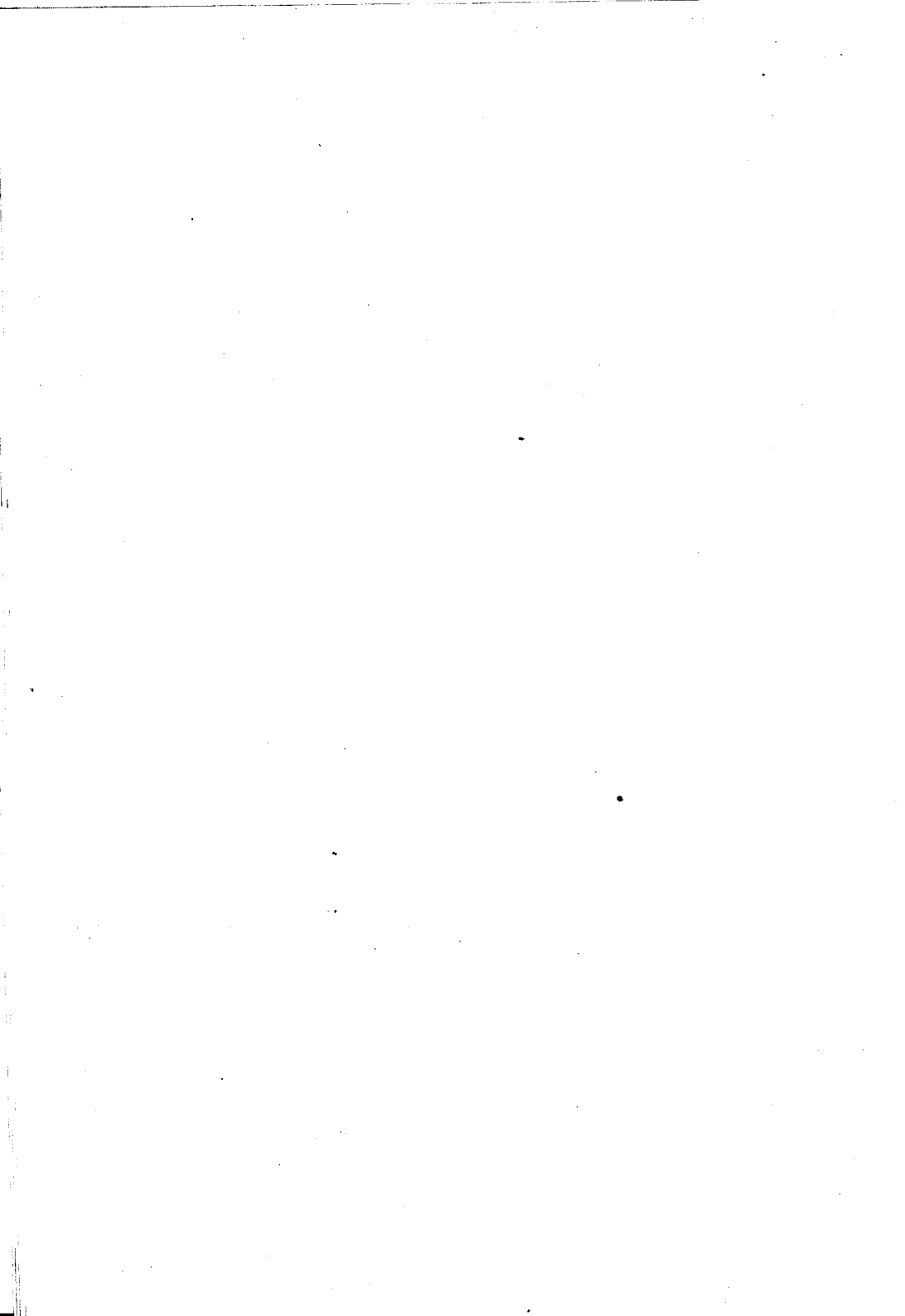
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

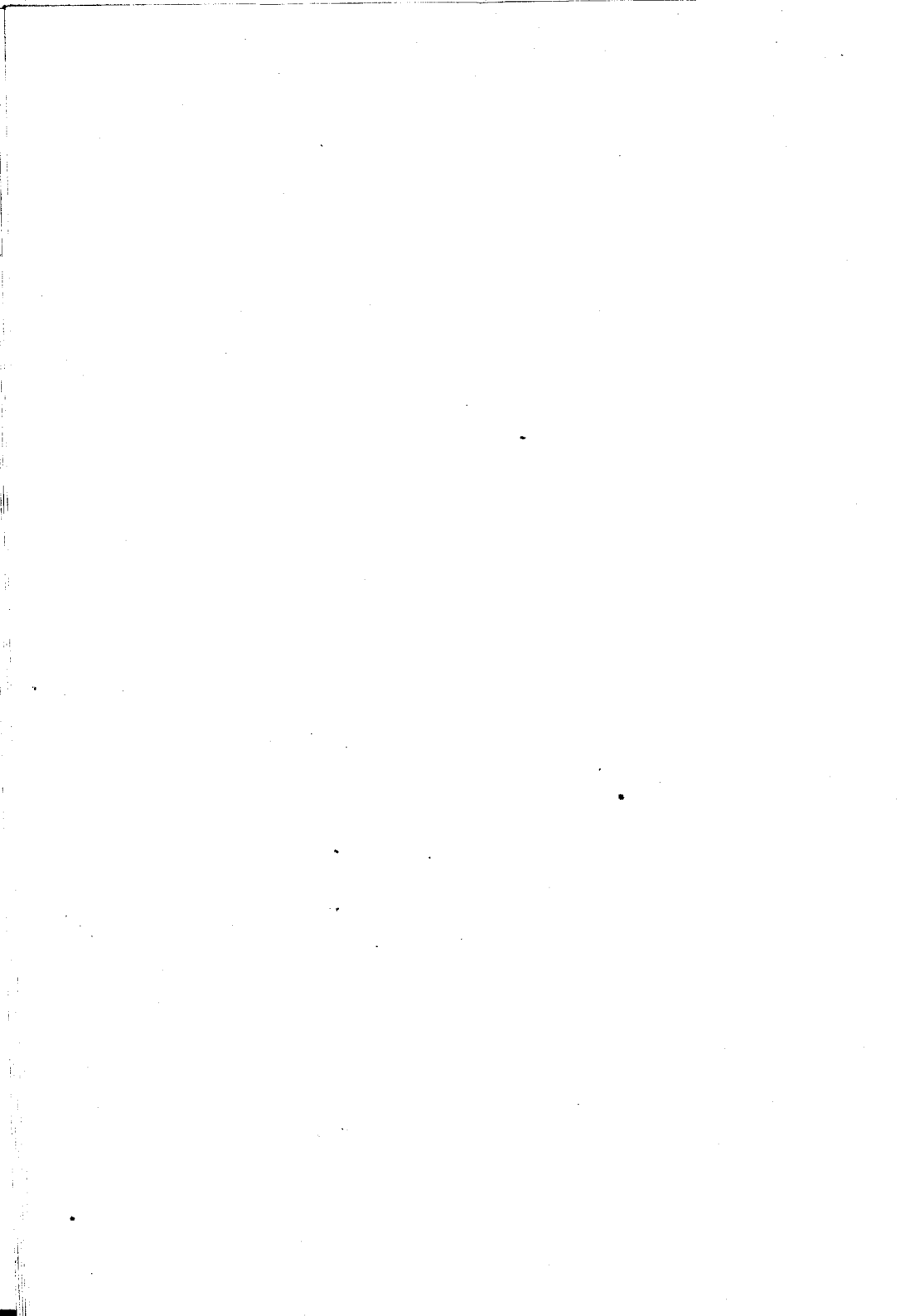
DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

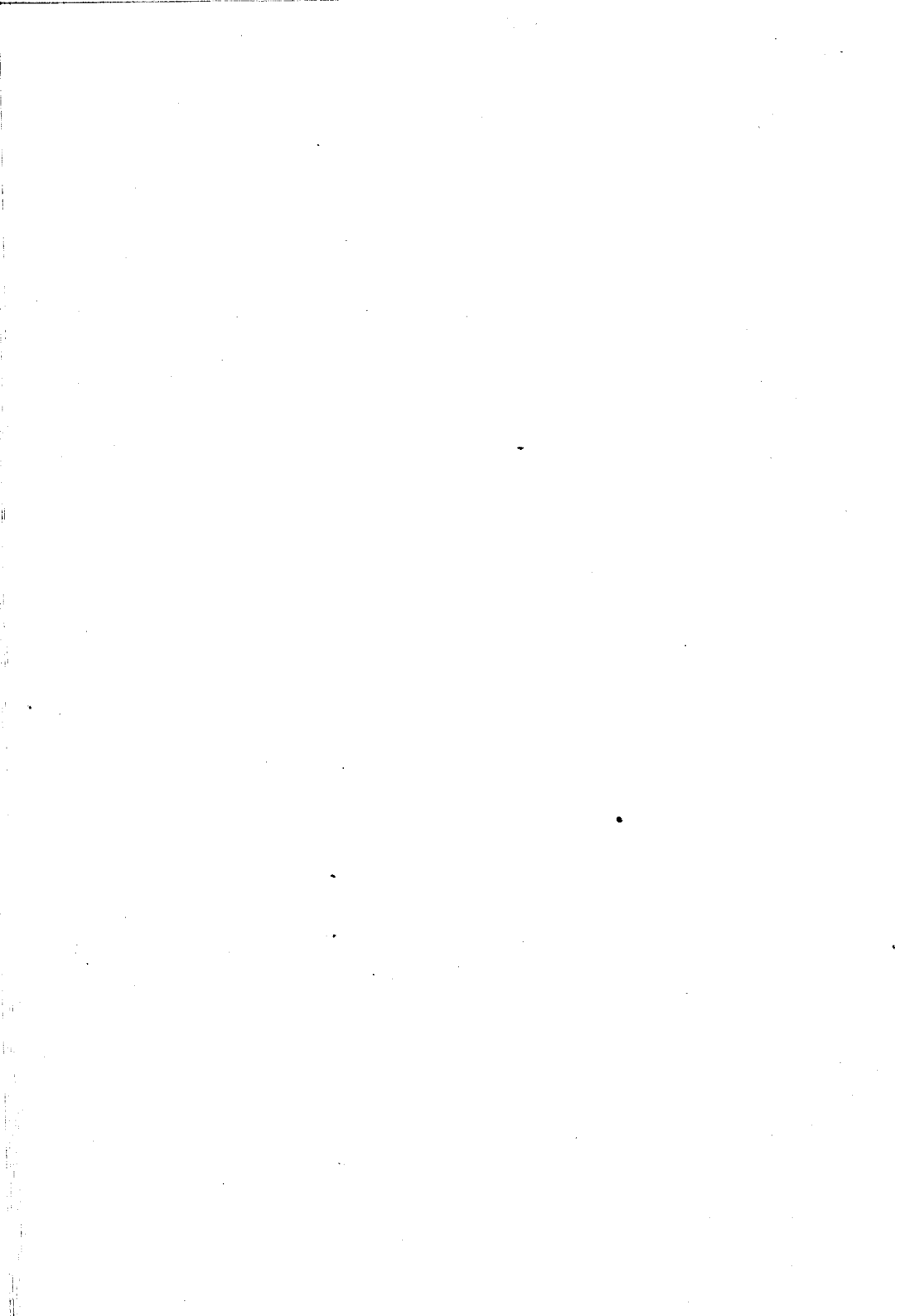
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

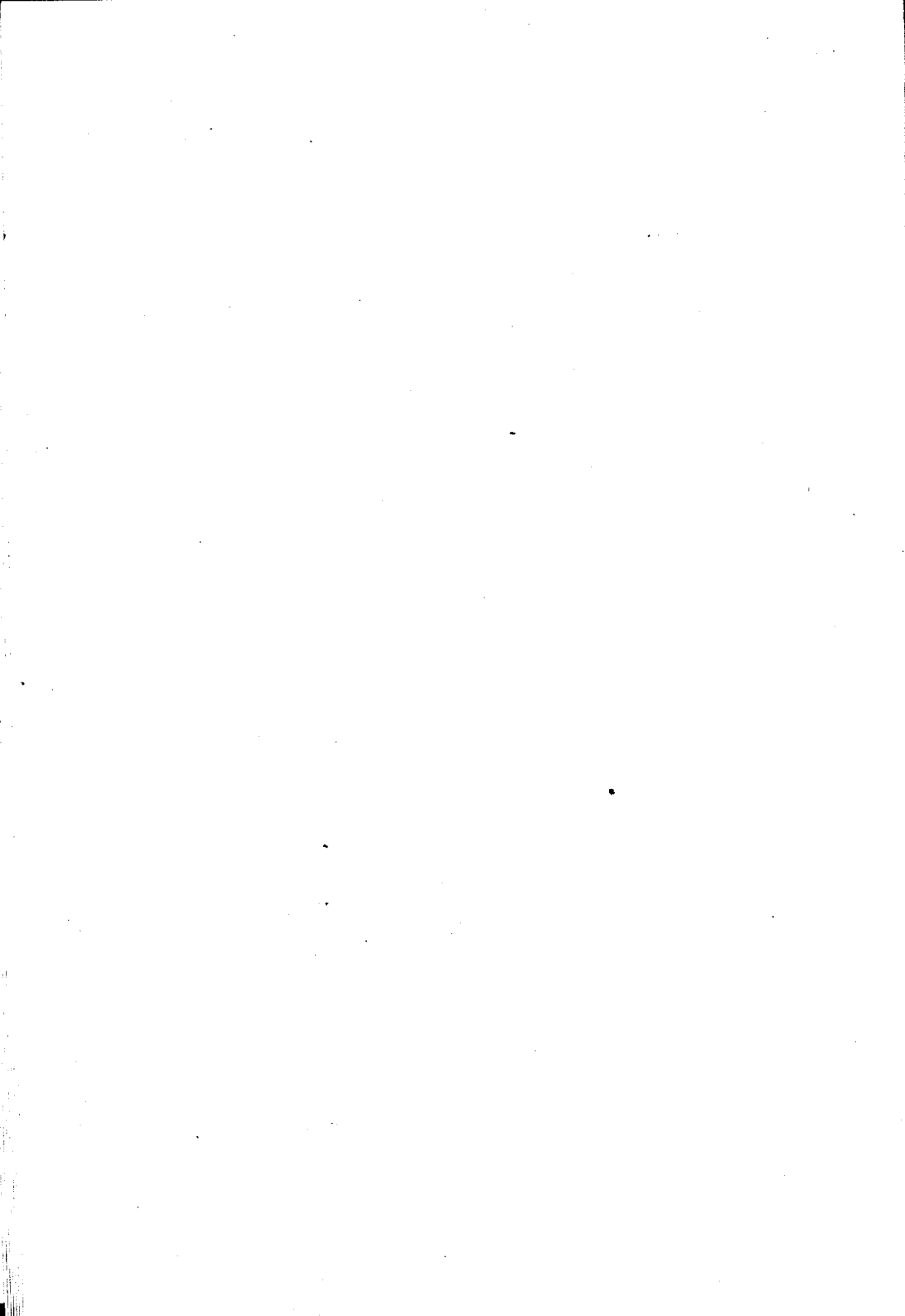
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURANAONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PISERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-uritarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VISAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediatría	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediatría	„ ANTONIO F. PINERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" JUAN JOSE CIRIO
	" FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	" SALVADOR MAZZA
Química Biológica	" BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
	" ANGEL H. ROFFO
Anatomía Topográfica	" ANGEL F. SAN MARTIN
Materia Médica y Terapia	" JOSE MORENO
Medicina Operatoria	" ENRIQUE TINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa	" CASTELFORT LUGONES
	" ENRIQUE M. OLIVIERI
	" ALFONSO CEBALLOS
	" NICOLAS V. CRECO
	" PEDRO L. BALSA
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT'
	" ADOLFO NOCETTI
	" RAUL ARGANARAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LABAQUI
Patología Interna	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE AL. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO P. LANDIVAR
	" JORGE LEYRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMAS B. KENNY
	" VICENTE DIMIPIRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSAINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TULLIO MARTINI
	" CANDIDO PATISO MAYER
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. TOTTARO
	" JULIO IRIBARNE
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSUE BERUTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	" AMABLE JONES
Medicina Legal	
Clinica Psiquiátrica	



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

Segundo año:

Parto fisiológico „ MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica „ FANOR VELARDE

Puericultura „ UBALDO FERNANDEZ



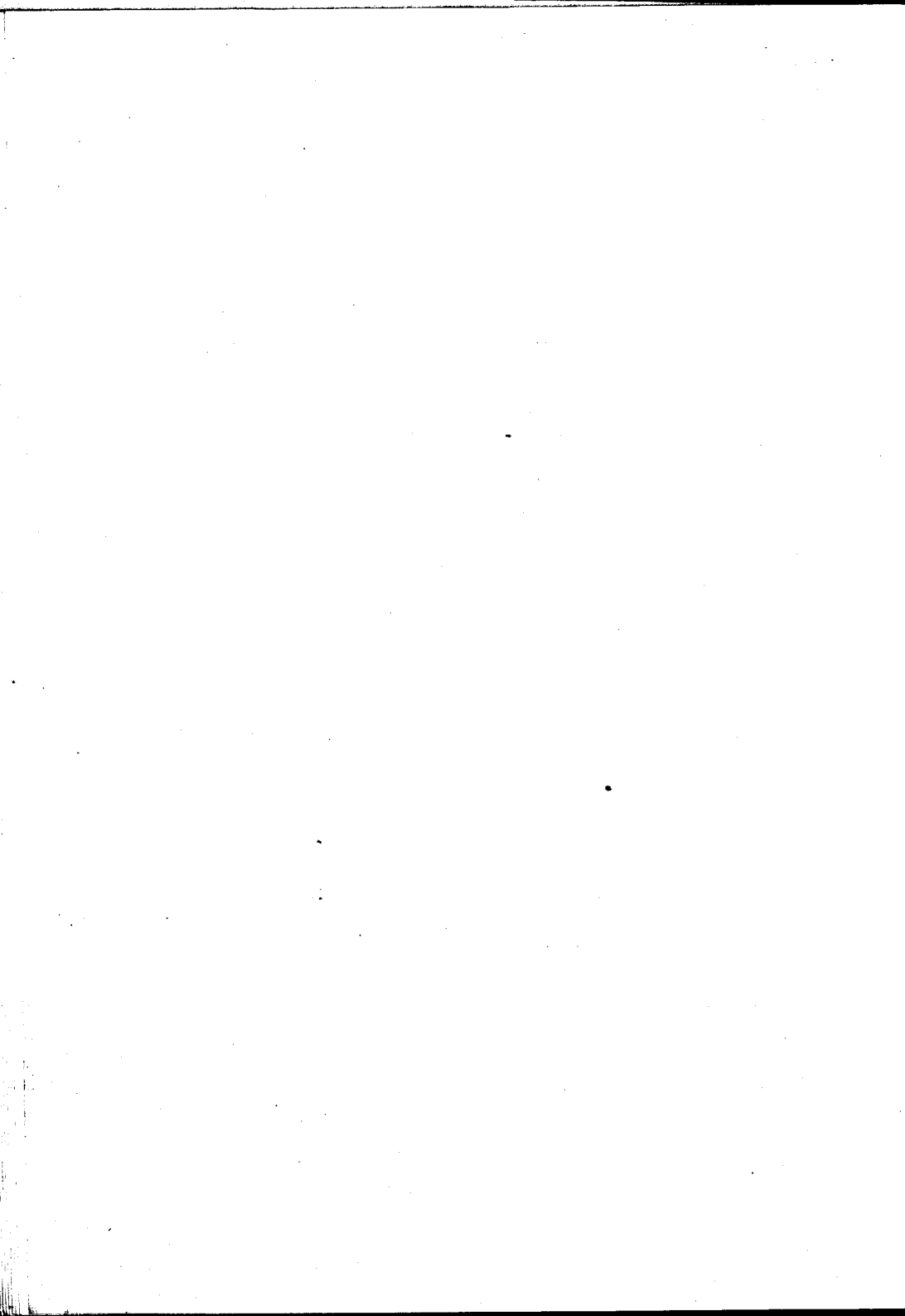
ESCUELA DE FARMACIA

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 ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Etica y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	DR. PEDRO J. MÉSIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Farmatología)	—
Física general	—
Bacteriología	DR. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SEÑORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

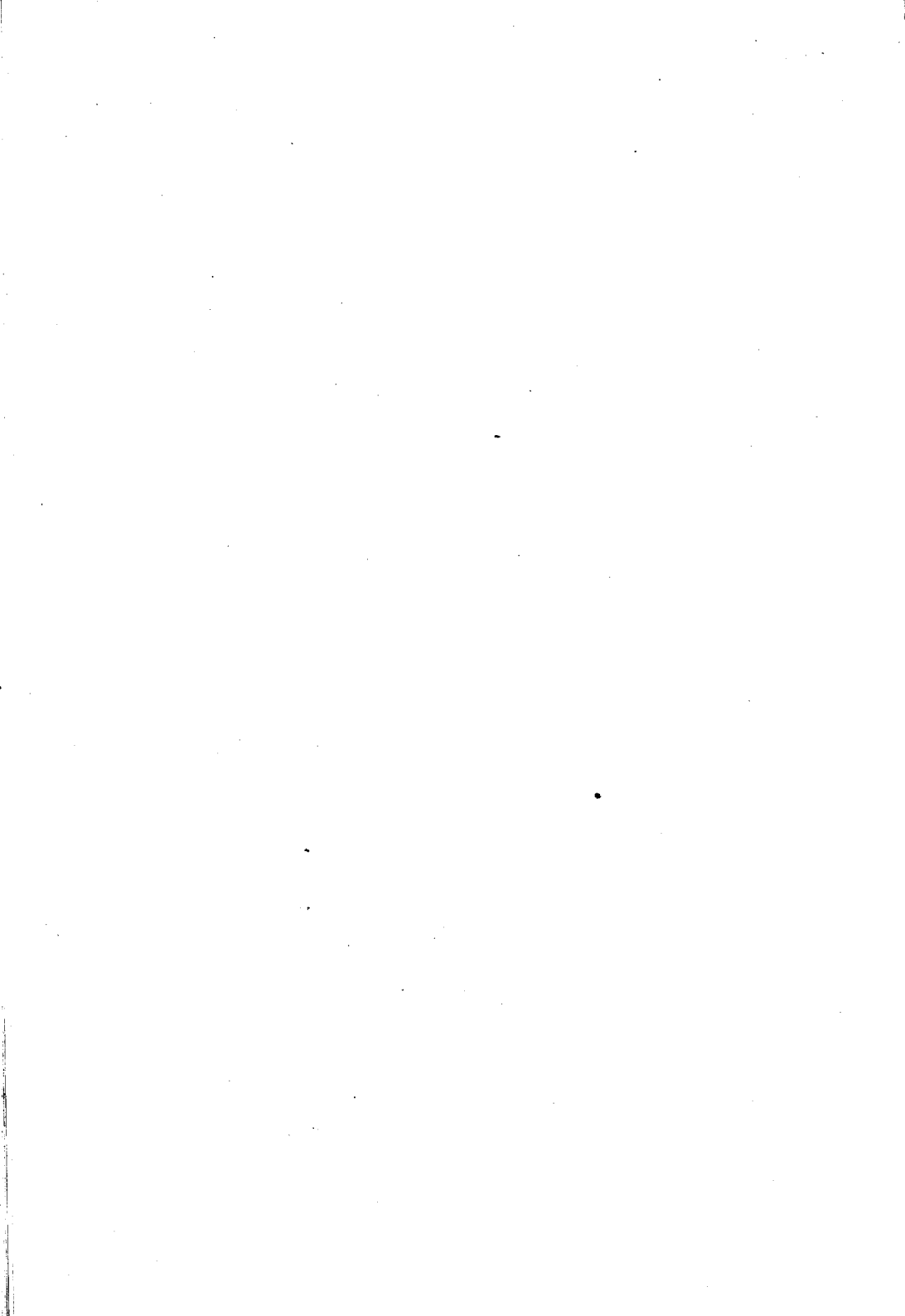
Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
DR. D. TOMAS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)

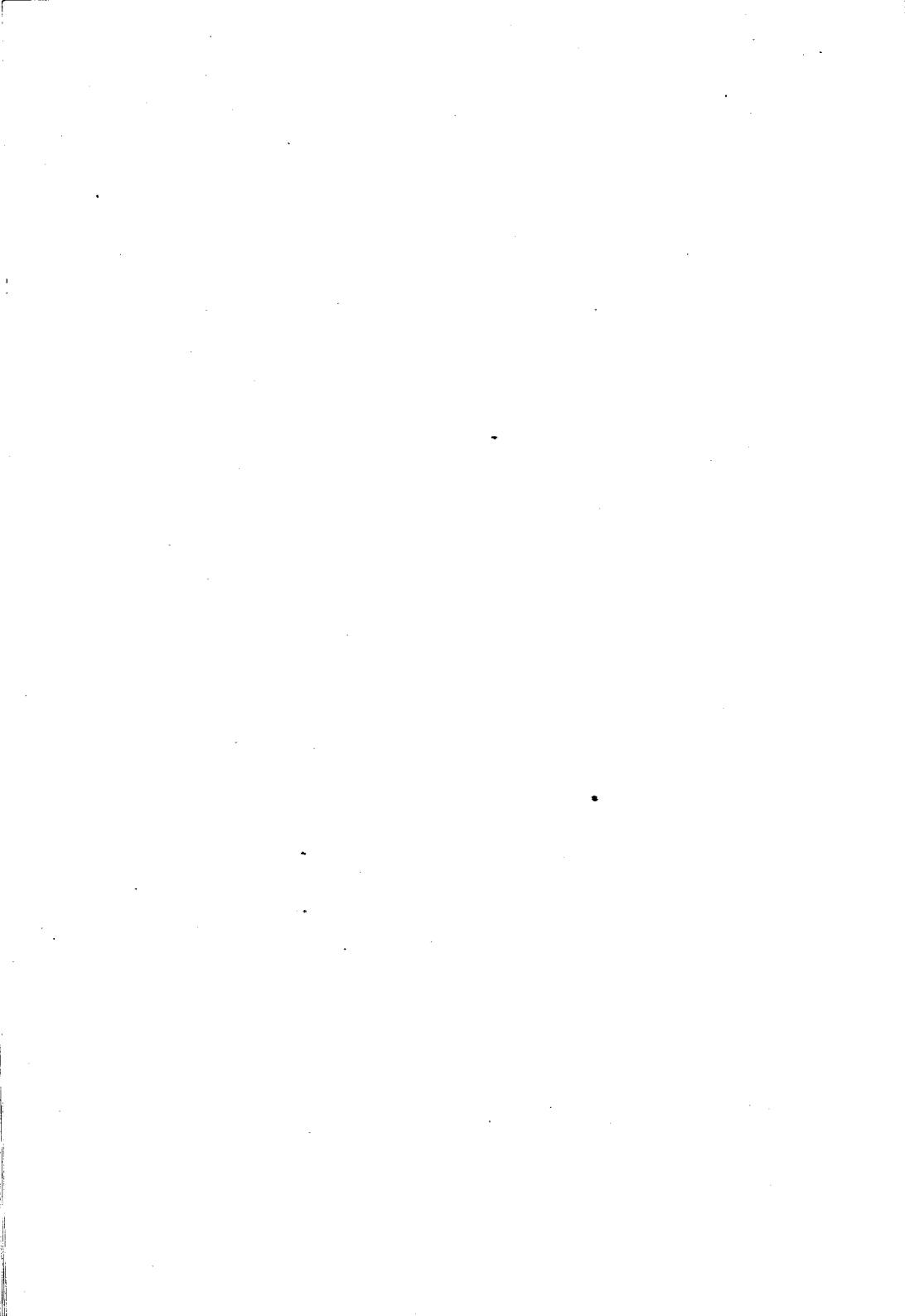


Padrino de tesis:

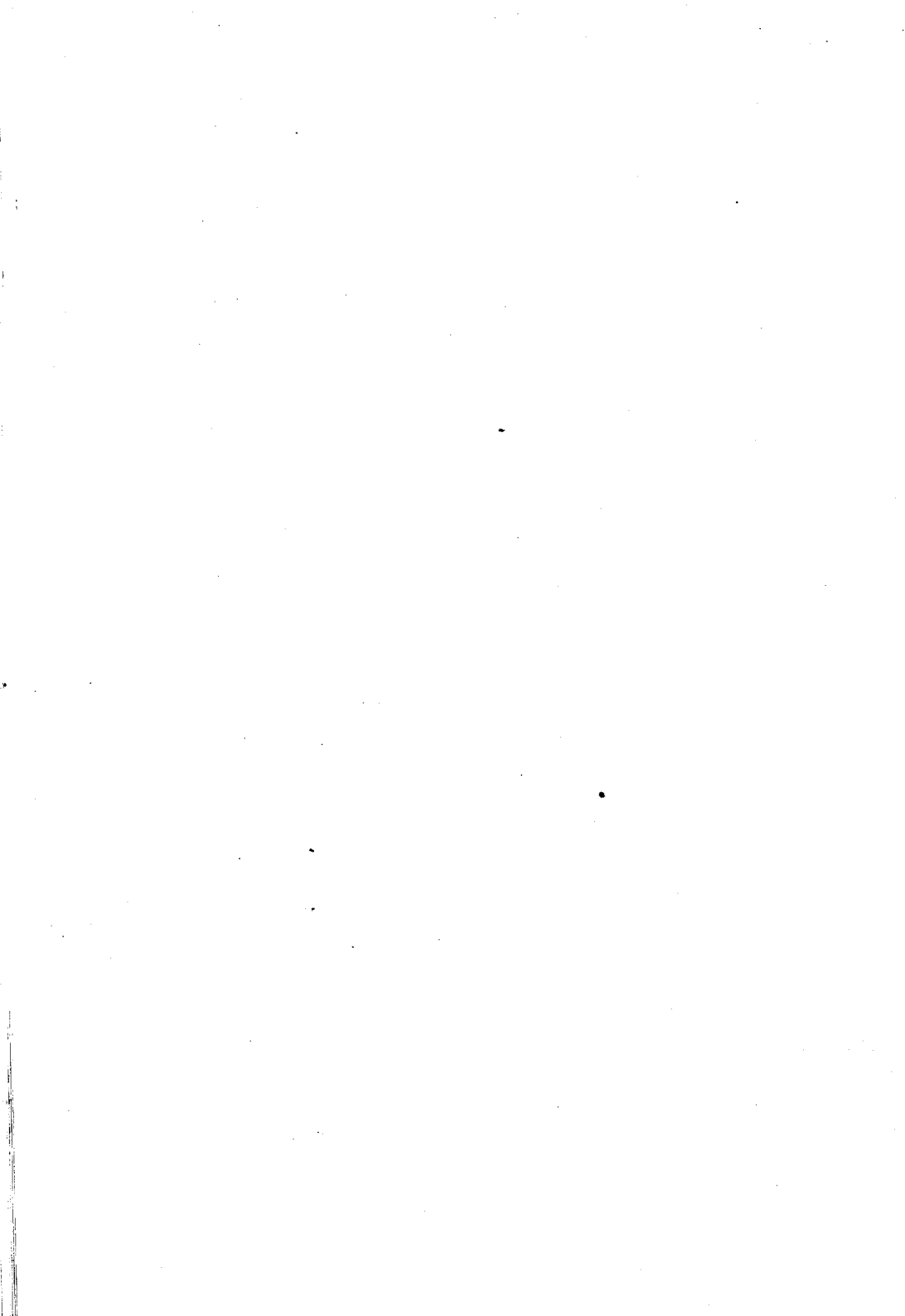
Dr. PEDRO G. GARCÍA
Profesor suplente de Clínica Médica



A MIS QUERIDOS PADRES

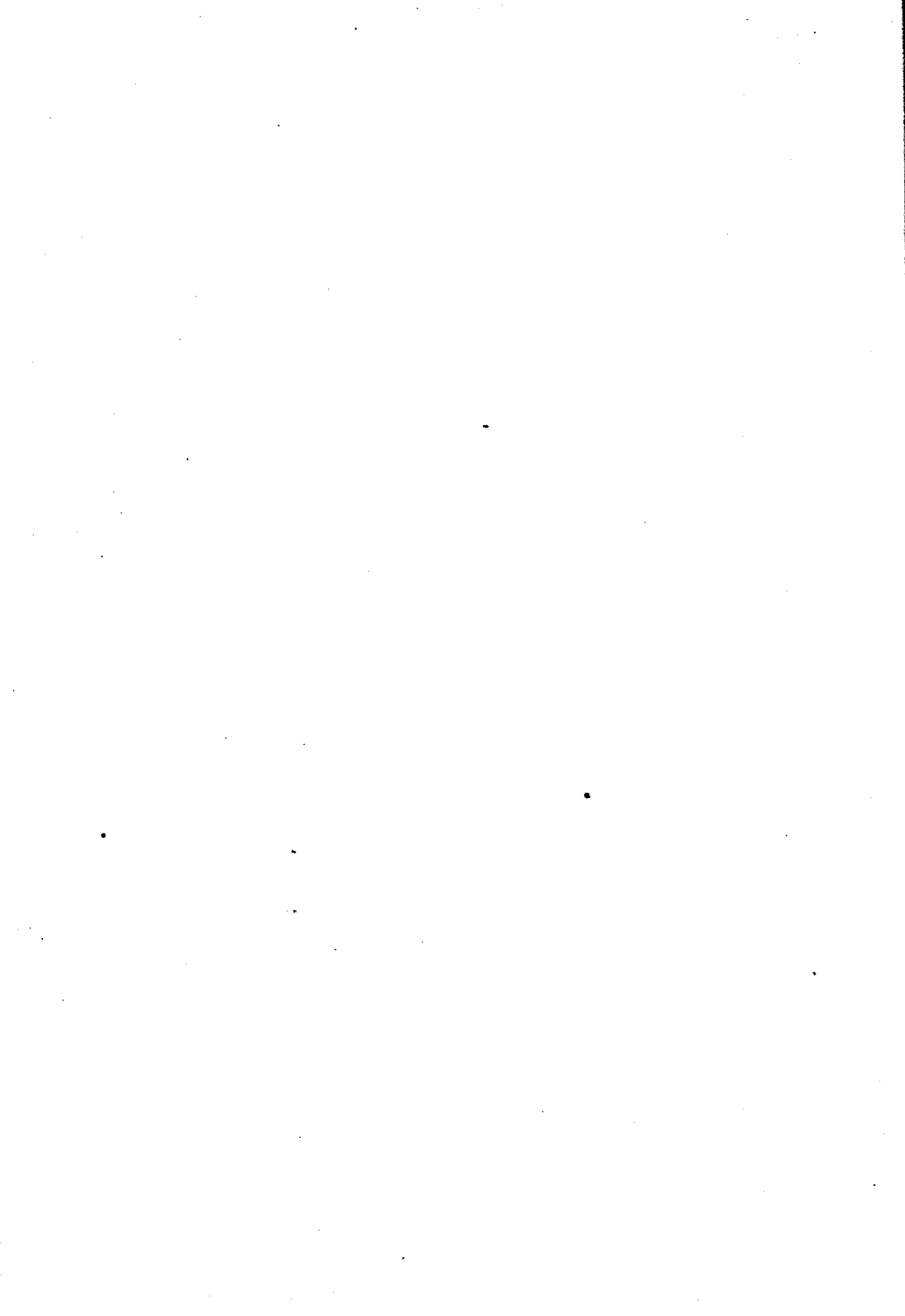


A MIS HERMANOS

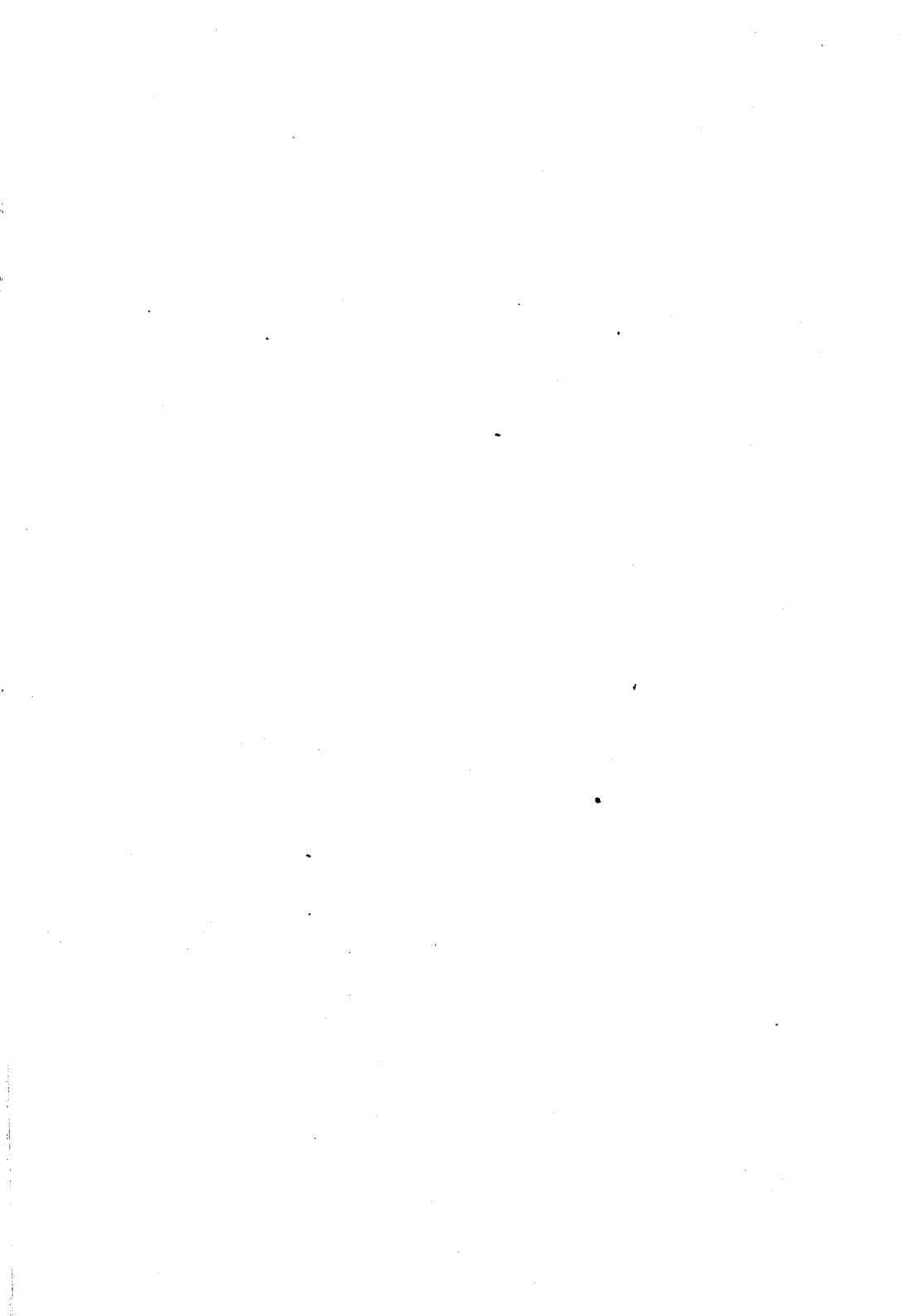


A MI QUERIDO TIO Y PADRINO:

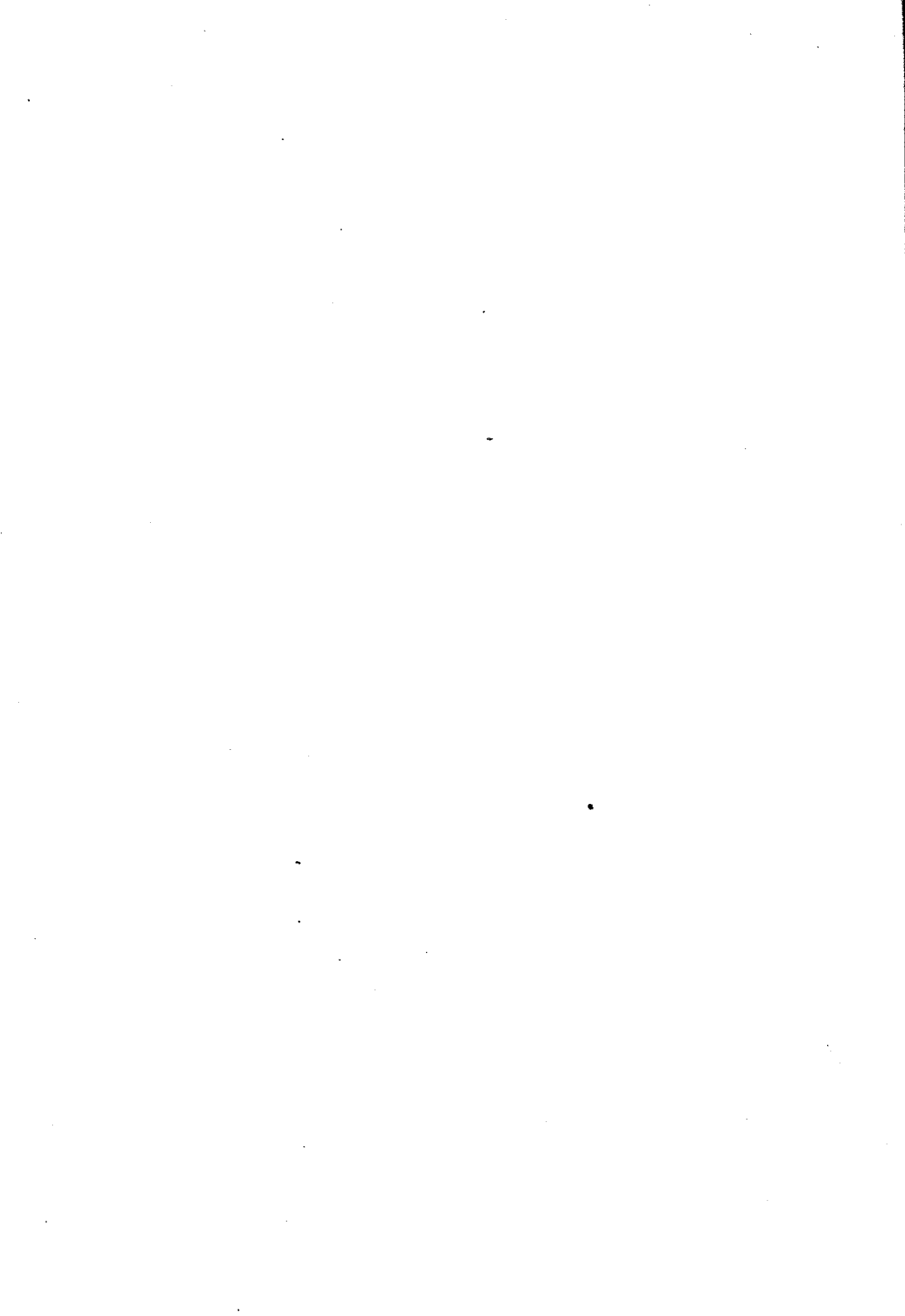
DOCTOR SANTIAGO J. FONTANA



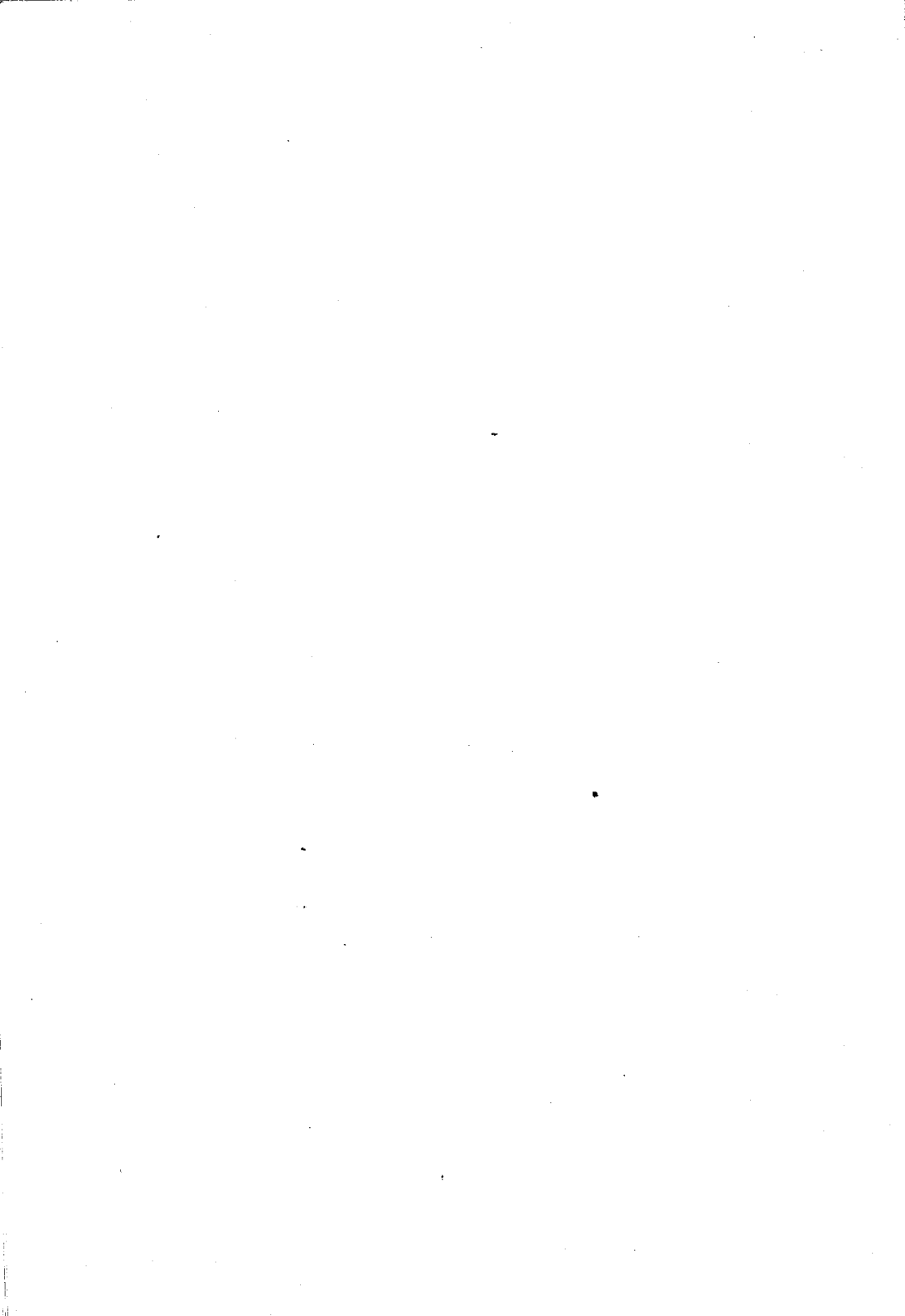
A MI QUERIDA ABUELA



A MIS QUERIDOS TIOS y PRIMOS



A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Llenando la última etapa que señala el plan de estudios de nuestra Facultad, vengo a someter a vuestra consideración este ensayo sobre «Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar» que entrego a vuestra benevolencia.

Entre los grandes males que azotan a la humanidad, la tuberculosis en sus diversas formas y aspectos clínicos (1), es sin duda uno de los más difundidos y que plantea uno de los más grandes problemas de orden médico-social, ya en cuanto se refiere a su tratamiento, trátese de las formas quirúrgicas o clínicas, ya y muy especialmente en cuanto al diagnóstico y esencialmente al diagnóstico precoz.

Establecido como un aforismo clínico, y que las estadísticas, aún en su relativo valor, confir-

(1) y muy especialmente en la forma pulmonar.

man que existe una relación inmediata y directa entre la probabilidad de la curación y de la eficaz profilaxia por una parte y el período de avance del mal por otra, parece lógica la deducción de que es necesario en nombre de la sociedad amenazada separar y distinguir el elemento infectado con la fundamental finalidad de encontrarle, en primer lugar, en el estado de que la tentativa de curación no sea una utopía, y en segundo, en situación tal que establecido el adecuado tratamiento pueda esperarse en los principios una excitación natural de las defensas orgánicas que imposibiliten el avance del mal a los caracterizados períodos del contagio; pues establecidos éstos no cabe otra defensa que la pasiva de la profilaxia y separación en sus períodos de natural aplicación en las colonias y sanatorios «ad-hoc» y demás medidas que exceden los caracteres de nuestro tema.

Es en el entendido que abarcamos nuestro modesto estudio uno de los más esenciales capítulos de la defensa antituberculosa que la comprendemos; es necesario el elemento de contagio, pues nadie ha de discutir la aspiración de profunda humanidad que preside la profilaxia; en ese sentido parece también necesario y fundamental separar ese gérmen a tiempo, en su

período de curabilidad, más aún en sociedades jóvenes como la nuestra, donde el problema se presenta con caracteres pavorosos; es en la escuela y en la fábrica y en general a los grandes centros de nuestro medio donde debe llegar en primer término la defensa antituberculosa a base del diagnóstico precoz; evitaremos o, por lo menos, veremos disminuir el espantoso número de los que sufriendo el mal implacable son el flagelo temible por el contagio de la esposa y de los hijos en el medio social íntimo, que las condiciones económicas aniquilan, en pésimas condiciones de higiene y de alimentación, como lo comprueba el último censo nacional y las estadísticas muestran adonde ha de practicarse la verdadera defensa en sus mejores condiciones y curación e incorporación del individuo a la sociedad y preservación eficaz y consiguiente de la propagación de tan terrible mal.

Es con el auxilio de las más modernas conquistas, en el laboratorio el sero-diagnóstico, el diagnóstico radiológico y los métodos bacteriológicos, con natural y eficaz ayuda de la semeiología y de la clínica, que puede establecerse el diagnóstico precoz; abarcaremos pues nuestro estudio en capítulos distribuidos en la siguiente forma:

1º—Métodos clínicos (semeiológicos).

2º—Métodos de laboratorio:

a) Bacteriológicos.

b) Sero y vacuno-diagnóstico.

3º—Método radiológico.

Cumplida la prueba que ha de habilitarme para el ejercicio de la noble profesión que emprendo, colocada como arte en los más altos límites, entre los sacerdocios ideales, magnificada desde el punto de vista científico por los agitados pasos, particularmente en la última época en el campo de la cirugía y de la clínica, llenada ampliamente en su doble faz por vosotros que tanto contribuis a nuestra formación médica, como templais el carácter que al par de la preparación científica debe su base al amplio cumplimiento del divino arte hipocrático.

Un deber de gratitud se me impone, y es el recuerdo cariñoso en este acto del maestro y del amigo doctor Pedro G. García, que me acompaña como padrino y a quien mucho agradezco esa distinción.

Al doctor Francisco A. Sicardi, mi más expresivo agradecimiento, lo mismo que a sus jefes

de clínica doctores Bullrich y Casas, al lado de quienes me he iniciado con sus sabias lecciones en el reconocimiento del enfermo.

Al director del Hospital Vecinal San Bernardo, doctor Rouvier Garay y sus médicos internos doctores Aquiles Cros y Leopoldo K. Wimer, al lado de quienes me he iniciado en los servicios de urgencia, mi profundo reconocimiento.

Al doctor Lucio O. Aravena, director del Hospital Fernández, la expresión de mi respetuoso homenaje.

A los médicos internos del Hospital Juan A. Fernández, doctores Pablo Mattos, Juan José Caride, Julio Petrochi, Aquiles Cros y Atilio Risotto, mi eterno agradecimiento por las sabias y prácticas indicaciones recibidas durante mis años de internado.

A los doctores Imaz, Chueco, Sarmiento Laspiur, Villa, Carbone, Collazo, Uriarte, Martínez, Acuña, Ortiz, Escutary, Villarruel, Blaskley, Durañona, Llamas Massini y Pérez, séame permitido mis más reconocidas consideraciones y eterno recuerdo de las desinteresadas y sabias indicaciones durante mis pasos por sus servicios en los años de mi internado.

A los doctores Torres Zárata y Anibal O. Roa

que han tenido la amabilidad de aceptarme como médico agregado, les quedo muy agradecido.

Al doctor Leopoldo Reinecke, jefe del servicio de oftalmología, mi amistad y agradecimiento por las sabias lecciones aprendidas a su lado.

A mis compañeros de estudios y amigos desde la infancia doctores Manuel A. Copello y Eduardo S. J. Simonetti, mi homenaje de eterna amistad.

A mis compañeros de internado con quienes he compartido más de tres años de guardias, el testimonio de mi amistad sincera y que el éxito corone sus esfuerzos.

Generalidades.—Datos clínicos

HERENCIA — PREDISPOSICION — Si bien está probado que no existe la herencia en la tuberculosis, en todas sus diversas formas clínicas, existe en cambio en la predisposición, en el sujeto hijo de padres tuberculosos en el momento de la procreación da hijos de constitución débil, aptos para contraer cualquiera afección, principalmente la tuberculosis que se encuentra en el medio en que se desarrollan.

Es importante en el examen de un supuesto baciloso los antecedentes hereditarios que unidos a los datos clínicos recogidos nos llevarán al diagnóstico.

Entre nosotros no existe un tipo definido de individuo tuberculizable, pero tenemos en el núcleo de nuestra población mezcla de muchas razas, tipos bien estudiados en los cuales se ha podido observar la facilidad con que contraen la

afección; el tipo veneciano, tan bien descrito por el profesor Landouzi, de pelo rojizo, piel blanca con abundantes efélides y regular desarrollo de panículo adiposo; las mujeres de este tipo generalmente son leucorreicas; en este tipo se constata a veces albuminuria ortostática, albuminuria que según las ideas reinantes, indica una impregnación bacilosa en latencia; otro tipo, el más común entre nosotros, es el tipo de piel blanca, de tinte mate, cabello negro y abundante, cejas espesas, pestañas largas y sedosas, poco músculo, débiles de aspecto, poco perímetro torácico y con cuello delgado y largo; otro tipo conocido por todos y que vemos tuberculizarse con suma facilidad es el mulato.

Todos estos tipos descritos tienen algunos caracteres comunes: tórax aplastado en el diámetro ántero posterior, clavículas undidas e inclinadas hacia adelante, en los hombros escápulas que se separan del raquis y de la armazón costal, perímetro torácico pequeño, no llega a lo normal, lo mismo que su capacidad respiratoria.

Sujetos de escasa resistencia, poco vigor físico, se fatigan fácilmente, basta una ligera tarea para producir en ellos un estiramiento de sus rasgos fisonómicos y un círculo violáceo sub-pal-

pebral con aspecto general de verdadero cansancio.

En estos tipos de constitución débil tan fácilmente tuberculizables, influyendo en ellos ya sea durante la infancia las enfermedades infecciosas comunes que hieren al pulmón, como la *coqueluche*, *sarampión*, y en la edad adulta la *influenza*, las estadísticas nos demuestran la recrudescencia de la tuberculosis después de las epidemias de ésta.

Las enfermedades del corazón actúan de diverso modo; las que entorpecen la llegada de la sangre al pulmón, favorecen el desarrollo de la tuberculosis y las que lo congestionan les son desfavorables.

Las enfermedades que atacan directamente al pulmón, como la neumonía, el asma, la bronquitis a repetición, los quistes hidatídicos, etc., dejan el pulmón en condiciones fáciles de adquirir la infección bacilosa.

Las enfermedades de la pleura, la pleuresía sero-fibrinosa de origen bacilar bien demostrada, rara vez deja indemne al pulmón cuando no es secundaria a la lesión pulmonar.

El alcohol, las noches de vigilia, los excesos de todas clases, son agentes que intervienen como los anteriores y no sólo en sujetos predis-

puestos, sino también en sujetos bien constituidos y sin antecedentes hereditarios.

La asociación de la espiroqueta pálida de Schaudin y del bacilo de Koch son muy frecuentes; la afección producida por una, prepara el terreno para el desarrollo de la otra. M. Sergent en una conferencia dada en la «Asociation d'enseignement medical des hopitaux de Paris», hace notar la frecuencia de estas dos afecciones, tuberculosis y sífilis; ésta constituye un factor poderoso ya directa o indirectamente para el desarrollo de la otra; indirectamente preparando el terreno apto, debilitado, fácilmente tuberculizable y directamente habriendo puertas de entrada con sus lesiones para la fácil penetración del bacilo.

Ambas afecciones se desarrollan paralela y simultáneamente, aparentando una fusión de manifestaciones híbridas que participan de la sífilis por ciertos caracteres y de la tuberculosis por otros.

En general el individuo está más predispuesto cuanto más desfavorables son sus defensas orgánicas, y su estado de nutrición, los embarazos, las enfermedades de larga convalecencia, favorecen el desarrollo de la enfermedad.

No debemos descuidar en el examen del su-

jeto supuesto baciloso la anamnesia, que es uno de los puntos que nos ilustrarán y no de los de menor importancia; debemos averiguar las enfermedades sufridas anteriormente, sus antecedentes hereditarios lo más prolijo que sea posible, respecto al estado de salud de los padres, hermanos y demás personas afines que hayan vivido familiarmente.



Infección

El bacilo de Koch tan abundantemente desarrollado en el medio ambiente principalmente en los centros poblados, puede infectar al organismo por diferentes vías :

La respiratoria, la digestiva y la cutánea ; para poder penetrar este agente tiene que haber alguna lesión que sea la puerta de entrada, porque el epitelio de la mucosa segrega mucus que tienen propiedades bactericidas y es un obstáculo, a veces insalvable, para el agente infeccioso ; su entrada por la piel se hace fácil por la más simple erosión.

Todas estas diferentes modalidades de penetración del bacilo en el organismo han tenido sus defensores que han demostrado cada uno con experiencias en animales, la fácil tuberculización de éstos por todas las vías anteriormente mencionadas.

Una vez penetrado el bacilo en el organismo es llevado por la corriente linfática, y en los casos en que penetra en la corriente sanguínea como en la granulía o tuberculosis miliar, tanto en los casos clínicos como en los experimentales, se ha notado siempre el predominio de las lesiones y síntomas pulmonares principalmente en los vértices, por ser éste el sitio de menor circulación sanguínea y linfática y donde los movimientos respiratorios son menos amplios por la cintura ósea que los rodea; ésta es posiblemente la causa local propicia para la detención y desarrollo del germen para la formación de los tubérculos.

Síntomas subjetivos

Estos síntomas a menudo poco marcados, atribuidos a otras afecciones, tienen gran importancia diagnóstica cuando se observan varios de ellos simultáneamente.

Los dividiremos para su mejor localización en síntomas generales y síntomas exclusivamente pulmonares.

SINTOMAS GENERALES La demacración y anemia que se observa muy comúnmente; en las mujeres suele confundirse con la clorosis; en este estado el enfermo se siente sin fuerzas, el apetito disminuido, trastornos nerviosos, mal humor y perturbación de los fenómenos vitales del organismo. En estos trastornos los gástricos son los que nos deben llamar principalmente la atención; el dolor gástrico después de las comidas, rebelde al tratamiento y de causa no muy clara,

nos debe hacer pensar en la bacilosis. Piery dice: La adolescencia es la edad favorita para la tuberculosis y raramente la edad de las dispepsias.

La actividad cardíaca está aumentada y se producen accesos de disnea después del más leve trabajo o accesos de taquicardia cuyo origen no es una cardiopatía. Las reglas se hacen irregulares o nulas, se observan dolores pasajeros reumatoides en diversas partes del cuerpo, principalmente el tórax, cuyo origen debe buscarse en la bacilosis.

Fiebre — La fiebre aparece en la mayoría de las bacilosis insipientes de una manera precoz, pudiéndose encontrar mucho antes de la aparición de los síntomas respiratorios, objetivos claros; por ésto es uno de los mejores síntomas de tuberculosis insipiente.

La curva térmica puede presentar todos los caracteres conocidos, pero ordinariamente tanto la pequeña fiebre como la alta fiebre y como en los casos avanzados, la curva se caracteriza por ser irregular y quebrada con muchas altas y bajas y con grandes diferencias entre la temperatura máxima y mínima, diferencia que en los casos extremos puede llegar a tres grados.

Este carácter de inestabilidad termina ob-

servado en los estados de emoción, preocupación, trabajo intelectual, una visita, etc., que en los sujetos normales modifican poco o nada la temperatura, en los bacilosos latentes se observan oscilaciones que pueden llegar a ser de varios grados.

En la mujer además de las causas anotadas anteriormente tenemos la menstruación. Saboury, Mosmy Stern, etc., que han estudiado detenidamente la curva térmica en el período menstrual, han observado que las dos terceras partes de las bacilosas latentes presentan una reacción febril durante el período menstrual, reacción que puede ser solo de décimos de grado y llegando en algunos casos hasta cuarenta grados.

Según estos autores, más comúnmente la elevación térmica es premenstrual, es decir, aparece en los tres o cuatro días que preceden a la aparición de las reglas y más raramente la han observado post-menstrual durante los cinco o seis días que siguen a las reglas.

La fiebre menstrual no es consecuencia exclusiva de la tuberculosis; puede tener otras causas, pero a ella es debida la mayor parte de las veces, cuando una mujer no padece de infección general aparente, de órganos genitales sin ninguna inflamación aguda ni crónica.

Si encontramos hipertermia periódica en la época de la menstruación y a esta fiebre no le encontramos su origen, sospechemos en la bacilosis insipiente que es extremadamente probable.

Plá y Armengol nos dice: auscultemos y percutamos estas enfermas y muy a menudo nos sorprenderemos de encontrar signos que no se encuentran en el intervalo de las reglas.

Aprovechemos el período menstrual como el momento más favorable al diagnóstico, aquel en que la tuberculosis se deja descubrir más fácilmente. La marcha y el ejercicio violento que en los sujetos normales aumenta la temperatura en dos o tres décimos de grado; en los bacilosos este aumento puede llegar a dos grados y más; en el sujeto sano desciende con el descanso rápidamente y en el baciloso suele persistir durante una o varias horas.

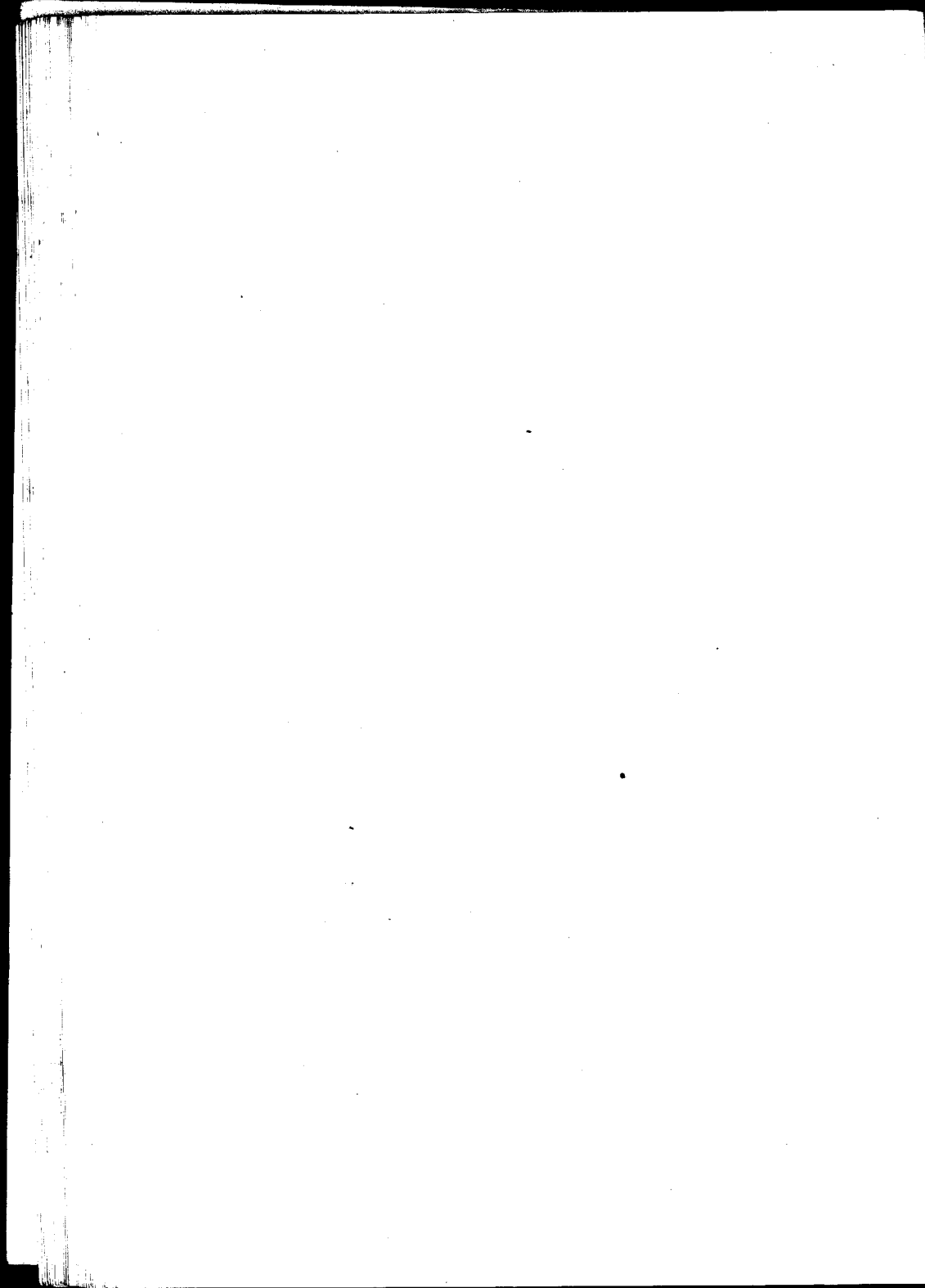
Sudores — Los sudores, aunque no es un síntoma constante en el curso de la bacilosis, rara vez suele faltar; el baciloso es un enfermo que suda desde el principio de la enfermedad, siendo fáciles en el comienzo de la afección por generalizarse con el avance de la enfermedad.

Sobreviene principalmente por la noche y por la mañana cuando el enfermo se despierta;

si el enfermo duerme de día suele presentarse también; aparece también después de una fatiga, emoción, etc.

La sudación se observa cuando termina la fiebre, y es frecuente observar la desaparición de los sudores cuando la fiebre se hace continua.

Hay que tener presente que no es necesario que el enfermo tenga fiebre para que aparezca el sudor, porque el tuberculoso es un enfermo que suda con y sin fiebre.



Síntomas exclusivamente pulmonares

Voz — Se ha observado en la bacilosis pulmonar incipiente la voz bitonal debida a la compresión del nervio recurrente por ganglios infartados por la infección.

Tos — La tos, síntoma que no falta nunca en los bacilosos avanzados. Grancher y Barbier dicen: no es, no obstante ésto, un síntoma fundamental y precoz en todos los casos.

La tos del comienzo de la bacilosis es una tos seca y breve sin esfuerzo, aparece de día, durante las primeras horas del sueño y en las primeras horas de la mañana que es cuando da cierta intensidad; esta tos suele ser sin expectoración, pero cuando ésta aparece es mucosa o mucu-purulenta.

Otras veces la tos es más frecuentemente seca, a secudidas quintosa, quintas que aumentan con intensidad al atardecer y sobrevienen de

preferencia en las primeras horas de la noche y al despertarse durante el día, se presentan al menor esfuerzo o a la más ligera excitación; la tos quintosa se acompaña a veces de náuseas y vómitos.

Expectoración — Pocas veces se observa en la tuberculosis incipiente acompañando a la tos; es más común la expectoración en los hombres que en las mujeres, en los hombres porque la mucosa respiratoria se halla expuesta a irritaciones crónicas por el tabaco, alcohol, etc.

Cuando existe expectoración ésta es poco abundante en general; se expectora con el acceso de tos por la mañana y durante el día acompañando a la tos. El esputo es generalmente mucoso aereado y con algunos grumos purulentos, cuando el mal avanza el esputo se hace más abundante, purulento y compacto.

Hemóptisis — Si bien es éste un síntoma importante de tuberculosis pulmonar y se presenta comúnmente en estados avanzados de la enfermedad, ha sido a veces el primer síntoma inicial de bacilosis.

Sobrevienen sin causa apreciable, pero parecen provocados por todas las causas que aumentan la presión sanguínea y las congestiones,

v. gr.: emociones, fatiga, esfuerzo, coito, digestión cambio de temperatura; las hemóptisis suelen acompañar y hasta sustituir la menstruación.

También puede aparecer sin prodromos y después de un período más o menos largo de mal-estar y fatiga, escalofríos, fiebre, la expectoración hemoptoica, el enfermo siente cosquilleo en la garganta que le trae necesidad de toser, tose y expectora sangre o esputos sanguinolentos. Los esputos sanguinolentos están formados por algunas estrías sanguinolentas mezcladas con saliva y mucus.

Examen del tórax — El examen del tórax del sujeto debe hacerse estando el enfermo de pie o sentado, los brazos deben pender a lo largo del tronco.

En el sujeto portador de infección bacilar podemos observar: tórax aplanado en el sentido ántero-posterior, diámetro ántero posterior disminuido o diámetro bideltoideo aumentado.

Asimetría torácica — Amiotrofia de todos los músculos de la caja torácica, lo que trae el undimiento pronunciado de las fosas supra e infra espinosa y subclavicular. La escápula alada es debida a la falta de tonicidad de los músculos destinados a aplicar la escápula al tórax; se sue-

le observar también la falta de paralelismo de los bordes espinales de los omóplatos.

Baccelli ha llamado la atención respecto a la disminución de la excursión del vértice escapular en los movimientos respiratorios en el lado enfermo.

Kutz ha descrito un síntoma que llama síntoma acromial; consiste en la inmovilidad del vértice acromial del lado enfermo en la inspiración.

Estos dos síntomas, el de Baccelli y el de Kutz, indican la disminución o ausencia de la dilatación torácica del lado enfermo.

La mensuración del tórax nos da datos útiles tomando la diferencia del perímetro torácico en la inspiración y expiración, diferencia que normalmente es de cinco a siete centímetros que se encuentra disminuido en el comienzo de la bacilosis.

La mensuración debe hacerse con una cinta métrica colocada horizontalmente a la altura de los pezones.

La espinometría demuestra también la disminución de la capacidad pulmonar y de la capacidad respiratoria externa.

Palpación, vibraciones y percusión—La pal-

pación no nos da ningún dato importante en la bacilosis incipiente, a no ser la apreciación por el tacto del estado de atrofia de los músculos torácicos.

Las vibraciones están aumentadas en el sitio que hay condensación del tejido pulmonar; es un síntoma que aparece relativamente tarde.

La percusión da síntomas relativamente tardíos de las modificaciones de sonido en el vértice; se debe a las modificaciones que éste ya haya experimentado.

La percusión del límite inferior del pulmón nos permite apreciar el grado de excursión del diafragma dependiente del grado de infiltración pulmonar.

Goldsneider indicó un procedimiento que permite percutir en vértice por delante, sitio donde según el autor, debe de percutirse con preferencia. La percusión se hace sobre el externo-cleido-mastoideo de su inserción inferior hacia arriba.

Auscultación — Es por la auscultación que podemos encontrar las lesiones focales más precozmente.

Siguiendo a Grancher, la posición que debe darse al enfermo que examinamos es auscultan-

do el sujeto de pie con el dorso apoyado ligeramente a una pared o a un mueble, los brazos colgados a lo largo del cuerpo, la boca entreabierta y el mentón ligeramente levantado. Esta posición tiene dos ventajas: los movimientos expiratorios torácicos se hacen más libremente, la inspiración más larga y más profunda; además la cabeza del médico está apenas inclinada, lo que evita un ligero trastorno cerebral que da la situación declive, trastorno que es suficiente para disminuir las finezas de las percepciones auriculares; por este motivo, sólo en caso de imposibilidad se debe auscultar al enfermo en cama.

Si se trata de examinar a un chico se le hace subir a una silla o de pie sobre la cama, de modo que el pabellón auricular apoye completamente sobre el vértice pulmonar.

Se comprende fácilmente que los signos frágiles de la primera etapa de la infección bacilar, pueden ser modificados grandemente; bien sabemos como algunos enfermos respiran con esfuerzo o con respiración saccadé muy superficialmente; por eso el profesor Grancher aconseja enseñar primero al enfermo a respirar profunda y suavemente sin otro ruido que el ligero suspiro respiratorio; ésto se consigue después de varios exámenes; recién entonces podremos te-

ner una significación precisa de los datos recogidos en la auscultación.

No es indiferente hacer la auscultación en cualquier punto del vértice pulmonar, sino que hay que proceder con método, insistiendo en la importancia de la auscultación en la fosa supra-clavicular para buscar los primeros signos de la bacilosis; conocida es la predilección del bacilo de Koch para alojarse en los puntos más elevados de los conos pulmonares, y tenemos que tener en cuenta que la fosa supra-clavicular no corresponde al extremo del vértice de este órgano; parece haber una contradicción al buscar en esta fosa los primeros signos de la enfermedad.

Sin duda el hueco supra-clavicular debe ser el sitio de las primeras lesiones bacilosas, y lógicamente su exploración primera debe hacerse allí. Además, sabemos que esta región, por razón de su forma, es bien difícilmente accesible a nuestros medios de investigación; la palpación y percusión son casi imposibles y la auscultación sólo puede tener valor cuando es hecha con la ayuda del estetoscopio, el cual difícilmente se presta para los signos más delicados, como ser el murmullo inspiratorio; éste también no es bien percibido en la fosa supra-espinal a causa del

espesor de la masa muscular que separa la oreja del vértice pulmonar; la región infra-clavicular carece de todos estos inconvenientes, el espesor de las partes blandas es poco considerable y se presta bien a todos los medios de exploración; ella está cerca de la pared del pulmón, de modo que las lesiones aunque sean pequeñas pueden oírse a la simple auscultación mediata.

Es entonces debajo de la clavícula donde podemos colocar el oído para encontrar las primeras lesiones del vértice pulmonar producidas en el período inicial de la bacilosis.

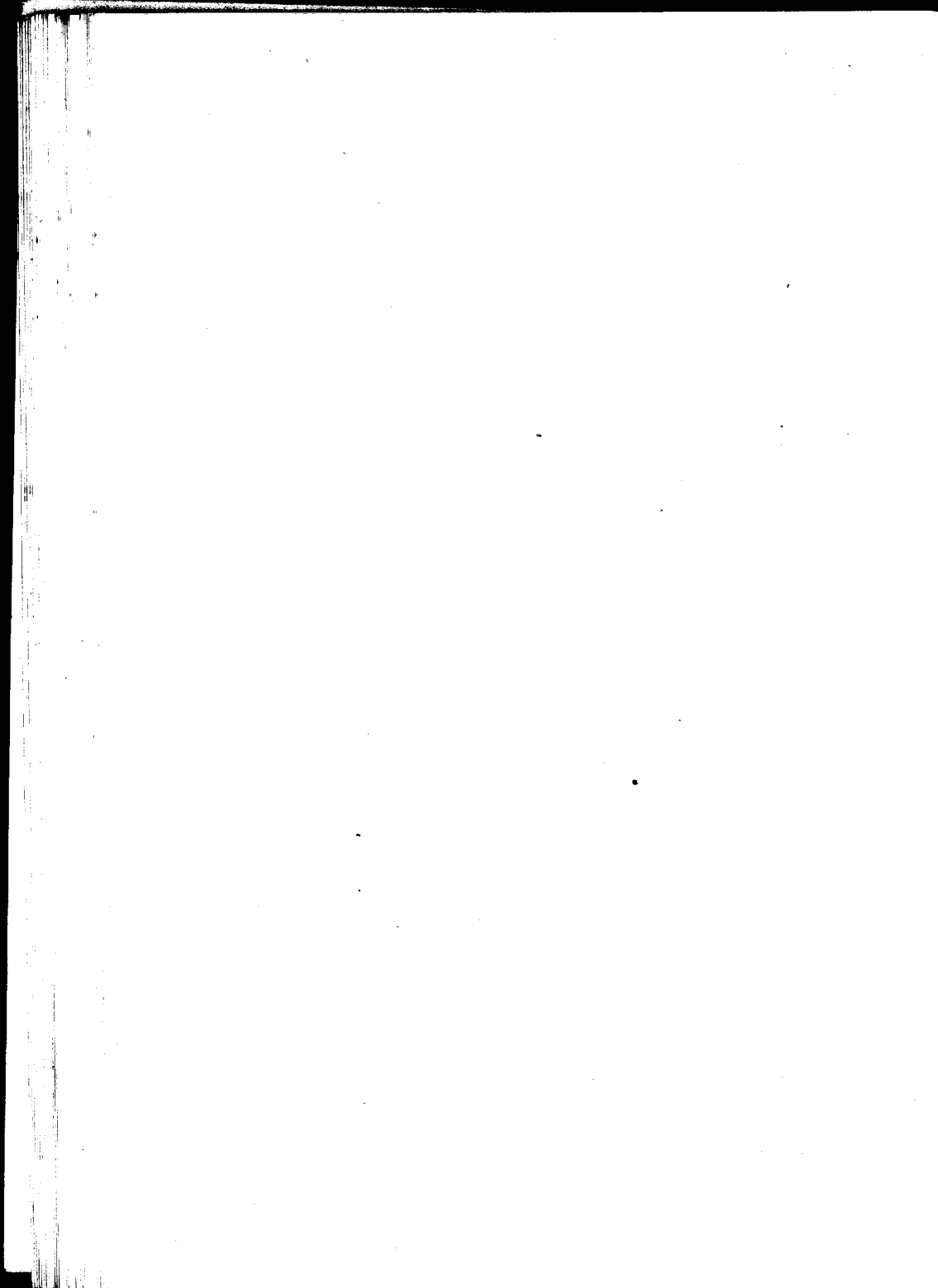
Estas lesiones iniciales que apreciamos a la auscultación son: la disminución del murmullo vesicular debida a la menor dilatación inspiratoria del parénquima pulmonar o a la supresión funcional de una parte de él. Grancher dice que muchas veces éste es el único síntoma apreciable de la bacilosis incipiente; dice muchas veces, porque hay otras afecciones que pueden hacerlo aparecer, por ejemplo, enfisemas, pleuresía con derrame, sínfisis pleurales, las afecciones nasales y rino-faríngeas.

El valor de este síntoma depende de la persistencia, y su localización limitada a un vértice y de los demás síntomas generales que lo acompañan.

Respiración ruda aparece en el estado congestivo que acompaña a las primeras localizaciones bacilares en el vértice; es producida por el espesamiento de la mucosa de los pequeños bronquios o por la acumulación de sus secreciones o por pérdida de la elasticidad del parénquima pulmonar atacado por la infección; la rudeza inspiratoria suele aparecer un tiempo antes de la expiratoria.

Este síntoma si bien no es de los que aparecen precozmente, es uno de los que podemos darle más valor, pues él solo localizado en un vértice persistente durante varios exámenes nos lleva al diagnóstico.

Transonancia torácica — Preconizada por Geneau de Mussy es la combinación de la percusión y auscultación simultáneas; ausculta en la fosa supra-espinosa o en el espacio interescapular a nivel de la segunda vértebra dorsal y se percute a golpes secos en la parte media de la clavícula del mismo lado que se ausculta y sobre el manubrio del esternón si el pulmón está sano el sonido que se oye es como el de la percusión ordinaria, claro poco vibrante; si hay lesión pulmonar el sonido llega de inmediato al oído del médico.



Investigaciones del laboratorio para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar

SERO-DIAGNOSTICO --- El sero-diagnóstico de la tuberculosis pulmonar está basada en la propiedad que tiene el suero sanguíneo del sujeto baciloso de aglutinar a un cultivo homogéneo de bacilos de Koch.

Arloing fué el primero que lo dió a conocer; consiguió esa raza de bacilos que enturbian uniformemente el caldo sobre el cual habían sido sembrados.

Arloing lo obtuvo aislando el bacilo y haciendo un cultivo siguiendo el procedimiento ordinario en papa del líquido de condensación que se deposita en la parte más inferior del tubo; se sacan unas gotas y se colocan en caldo glicerinado; en este medio el bacilo se desarrolla enturbiano uniformemente el líquido sin formar películas en su superficie y sin aglutinarse; hay

que agitar el frasco todos los días; el bacilo de Koch desarrollado en este medio cambia sus caracteres morfológicos propios de dicho bacilo.

Examinada una gota de este líquido al microscopio, nos muestra los bacilos entrecruzados, otros aislados y movibles, se colorean irregularmente, algunos resisten a la decoloración, otros no; pero este cultivo después de un tiempo vuelve a tomar los caracteres tintoreales iguales a los del bacilo de Koch.

Según Bartelemy con las inyecciones hechas en caballos ha obtenido:

Inyección intraperitoneal: 10 por ciento peritonitis bacilar.

Inyección intramamaria: 20 por ciento tuberculosis mamarias y generalizadas.

Técnica para el sero-diagnóstico — El cultivo en el caldo glicerinado de ocho a diez días: antes de hacerlo hay que diluirlo; se toma con una pipeta el cultivo, se coloca en un tubo de ensayo y se le agrega 15 o 20 veces su volumen de suero fisiológico; de este modo se obtiene un líquido ligeramente opalescente.

La sangre para obtener el suero debe extraerse del dedo por punción del pulpejo o por punción de una vena; un centímetro cúbico de

sangre da la cantidad de suero suficiente para hacer un sero-diagnóstico; se toman cinco tubos de ensayo, en los tres primeros se colocan diez gotas de la solución en suero fisiológico del cultivo, en el cuarto tubo 15 gotas y en el quinto 20 gotas; se agita; al primer tubo no se le agrega suero sanguíneo, será el tubo testigo; al segundo se le agregan dos gotas de suero sanguíneo; al tercero una gota, otra en el cuarto y otra en el quinto tubo; la reacción estará terminada de dos a seis horas.

El examen debe hacerse a simple vista; la reacción positiva se caracteriza por el aclaramiento del líquido, por la aglutinación y precipitación de los bacilos en el fondo del tubo; la reacción negativa deja el líquido turbio como en el tubo testigo; la reacción incompleta, con enturbiamiento del líquido y aglutinación incompleta con depósito en el fondo del tubo no nos da ninguna indicación.

En la interpretación de esta reacción tenemos que tener en cuenta la edad del sujeto del que proviene el suero; para el adulto sólo se tiene en cuenta al partir de las diluciones al quinto; el suero del recién nacido no posee aglutininas en estado normal, a los ocho años posee un suero aglutinante que se eleva a 1 por 3, en los

primeros años deben hacerse soluciones muy diluidas y en los de más edad a las diluciones al 1 por 3 debe dárseles un valor real.

Tanto en el niño como en el adulto toda reacción incompleta no será admitida y sólo podremos tenerla en cuenta después de varios ensayos repetidos.

Nathan Larrier en sus observaciones con la sueroreacción ha obtenido :

Sujetos tuberculosos clínicamente	87.9 %
No tuberculosos clínicamente	34.6 %
Aparentemente sanos	26.8 %

Los resultados de esta observación nos indican que una tercera parte de los sujetos en apariencia sanos son atacados de tuberculosis por la suero-reacción y al mismo tiempo observamos que no todos los tuberculosos poseen un suero aglutinante.

Lo primero nos demuestra la sensibilidad de la reacción de acuerdo con los datos suministrados por la anatomía patológica que nos demuestra la frecuencia de la tuberculosis en sujetos sanos en apariencia.

Debemos también tener en cuenta en la interpretación de esta reacción que el suero de los

sujetos en tratamiento mercurial pueden aglutinar los bacilos y en la fiebre tifoidea el suero puede llegar a aglutinar los bacilos de Koch en la proporción de 75 por ciento.

Resumiendo este método de diagnóstico de Arloing y Courmont, empleado en sujetos indemnes de tifoidea y que no han sido tratados mercurialmente, nos da datos importantes.

La aglutinación es una reacción de defensa que no se observa en los enfermos atacados de lesiones tuberculosas avanzadas y que nos ayuda al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar incipiente con poca o ninguna manifestación clínica.

SERO-DIAGNOSTICO DE LOS DERRAMES PLEURALES — El sero-diagnóstico del líquido pleural se hace de un modo análogo al de la sero-reacción. Se recoge el líquido de la punción del hidrotórax en un vaso esterilizado, se deja en reposo; una vez que el coágulo se ha formado, se sacan con una pipeta esterilizada algunas gotas y se mezcla con las diluciones de los cultivos homogéneos.

La mayor parte de los líquidos de estos derrames aglutinan al bacilo de Koch en 5 a 1 por 20.



CITO-DIAGNOSTICO DEL LIQUIDO PLEURAL —

Como los elementos morfológicos obtenidos en los derrames pleurales sero-fibrinosos no son muy abundantes, es necesario después de defibrinarlos someterlos a una larga y rápida centrifugación.

La defibrinación se puede hacer tomando 20 centímetros cúbicos de líquido recogido por punción, colocarlos inmediatamente en un frasco esterilizado que contenga perlas de vidrio; se agita hasta que se vean formados los grumos de fibrina, se pasa todo el líquido con las perlas a otro frasco esterilizado con objeto de romper todos los grumos y dejar libre el líquido que encierra entre sus mallas.

La centrifugación debe ser prolongada y rápida; cuando esté formado el depósito en el fondo del tubo, se decanta el líquido residual y lo que queda en el fondo del tubo se saca con una ansa y se extiende sobre los porta-objetos, se deja secar al aire o al calor y se colocan en una mezcla de alcohol y éter partes iguales para su fijación.

Se puede colorear con cualquier colorante; la hematoxilina y eosina dan buen resultado.

Examinada al microscopio la preparación se observan los elementos morfológicos de las pleuresías sero-fibrinosas primitivas caracterizadas

por el predominio de linfocitos, algunos hematíes y elementos celulares de gran núcleo pálido y de poco protoplasma basófilo.

Procedimiento de inoculación — Inoculación de líquidos sospechosos en la glándula mamaria de cobaya en plena lactación.

Este método es el más seguro de todos los empleados en el diagnóstico basado en las lesiones producidas por la tuberculosis experimental, lesiones que son muy características para poder reconocer su naturaleza; la tuberculosis espontánea en el cobayo es rara para exponernos a un error usando los procedimientos comunes de inoculación subcutánea intraperitoneal; tenemos el inconveniente del largo tiempo que se requiere para que se hagan manifiestas las lesiones; el procedimiento de inoculación intramamaria es el que nos da en pocos días el diagnóstico buscado. El primero que puso en práctica este procedimiento fué Nocard, inyectando esputo baciloso en la mama de una vaca.

Nathan Larrier inyectó esputo tuberculoso en la mama de una cobaya en plena lactación y pudo seguir, por exámenes bacteriológicos repetidos de la leche extraída por presión, el desarrollo de los bacilos de Koch. La glándula au-

menta de volumen, los ganglios inguinales reaccionan, se ulcera y la tuberculosis se generaliza.

La técnica de la inoculación intra-mamaria es muy sencilla. Se busca una cobaya en plena lactación, que no hayan pasado veinticinco días de la parición; en esta época la glándula está aumentada de volumen, forma saliencia en la parte inferior del abdomen. Para practicar la inyección un ayudante tiene al animal acostado horizontalmente sobre el dorso; con una mano inmoviliza la cabeza y con la otra separa los dos fémures, se levanta con dos dedos la glándula para separarla de la pared abdominal, se introduce en la aureola del mamelón una aguja esterilizada que se hace penetrar a lo largo del tejido glandular, se coloca en la aguja la jeringa con el líquido sospechoso y despacio se inyecta, a medida que se va inyectando se va retirando la aguja de modo que la mayor parte de la glándula queda impregnada con el líquido inyectado.

Con la inyección la secreción láctea no se detiene inmediatamente, pero se vuelve ligeramente sanguinolenta, al segundo día es blanca azulada, al cuarto día haciendo presión enérgica se obtienen unas gotas de color amarillento y transparente; al vigésimo día la secreción se ha vuelto caseosa y amarillenta.

Del quinto al décimo día los bacilos aparecen en la secreción mamaria y es en estos días cuando se pueden observar en la secreción láctea, colocando una gota de secreción sobre un porta-objeto, se extiende con el anillo de platino, se fijan al calor y se colorea con el procedimiento de Ziel-Nilsen.

La inyección intramamaria nos ayuda a un diagnóstico preciso; en la glándula no se encuentra normalmente ningún bacilo ácido resistente.

DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR - El diagnóstico específico de la tuberculosis pulmonar se basa en las reacciones de la tuberculina, reacciones del organismo consideradas como de hipersensibilidad celular y humoral; hay que tener presente que las reacciones a la tuberculina pueden no aparecer con regularidad absoluta y de un modo igualmente manifiesto en todos los tuberculosos, teniendo en cuenta que es una reacción biológica, y como ésta depende de la sensibilidad del organismo a las excitaciones, de la aptitud para reaccionar y también de la energía excitante del antígeno necesario para la reacción. Por lo tanto, debemos estar preparados de antemano para encontrar varia-

ciones muy considerables de intensidad en las diferentes reacciones tuberculínicas.

A todo ésto hay que agregar que todavía no ha sido explicado de un modo suficientemente claro la naturaleza de las reacciones de hipersensibilidad que se observan en las diferentes formas de aplicación de la tuberculina para el diagnóstico.

CUTI-REACCION DE PIRQUET — A Pirquet corresponde el mérito de habernos dado a conocer este método de diagnóstico y de haber demostrado prácticamente la relación que hay entre la reacción local y la infección tuberculosa.

Había observado la reacción local que se producía en los enfermos tratados con inyecciones de tuberculina; esta reacción se manifestaba por una pápula que aparecía precozmente producida por el contacto de la tuberculina con el anticuerpo; esta reacción local indica, con la presencia del anticuerpo una infección bacilosa en el sujeto en tratamiento por la tuberculina.

La técnica de la cuti-reacción es muy sencilla: el instrumento que se usa es una lanceta común de platino irradiado o la aguja construída especialmente por Pirquet; la tuberculina que se

usa es la tuberculina bruta de Koch, que se guarda en un frasco cuenta gotas o en ampollas.

El sitio de elección para hacer las escarificaciones es la cara interna del antebrazo por tener piel fina y poco abundante de pelos. Después de hacer la antisepsia de la piel con éter a una distancia de diez centímetros se dejan caer dos gotas de tuberculina y a un punto equidistante de las dos gotas se hace una escarificación y después en el sitio donde han caído las dos gotas, la primera escarificación será la testigo y las otras dos nos indicarán la reacción.

Debe evitarse la salida de sangre no haciendo las escarificaciones muy profundas; es suficiente abrir las vías linfáticas más superficiales. Practicadas las escarificaciones se espera algunos minutos para que la tuberculina vaya penetrando por los intersticios del tejido cutáneo; no hay necesidad de colocar apósito. De veinticuatro a cuarenta y ocho horas es el mejor momento para observar la reacción; en caso de no producirse en este período es conveniente seguir observando al enfermo todos los días hasta el octavo día y para que no nos pase desapercibida la reacción tardía que a veces suele presentarse.

En la interpretación de esta reacción debemos tener presente: Primero la reacción traumá-

tica que aparece a los pocos minutos y que presente un aspecto idéntico en los tres puntos escarificados que consisten en unas pequeñas costras formadas en el sitio donde se ha lesionado la epidermis; son de un color marrón; de la intensidad de la lesión depende la reacción traumática; caída la costra la cicatriz que deja es pequeña y blanquecina.

Segundo, en la reacción negativa todas las escarificaciones tienen el mismo aspecto; hay que tener mucha práctica para poder distinguir la reacción negativa de la reacción débilmente positiva.

Pirquet aconseja considerar como dudosas las reacciones en que la congestión que rodea al punto escarificado no alcance a medio centímetro y repetir la inoculación, porque en este modo la reacción si es positiva se presentará con mayor intensidad.

Tercero: la cuti-reacción positiva tiene un período de latencia que puede variar de dos o tres horas a varios días, pero generalmente entre las veinticuatro a cuarenta y ocho horas suele presentarse con mayor intensidad. Se presenta una zona rojiza y edematosa que parte del punto de la escarificación; la pápula que se forma es muy variable, según los individuos, pero ge-

neralmente mide de diez a veinte milímetros a las cuarenta y ocho horas, que es cuando llega a su máximum; después palidece, disminuye de tamaño; al cuarto día va transformándose en una zona pigmentada que persiste durante varias semanas y que desaparece al fin con la descamación.

TUBERCULINO DIAGNOSTICO — PROCEDIMIENTO PRECUTANEO — Moro usó para el diagnóstico de la tuberculosis la absorción de la tuberculina a través de la piel; para este procedimiento usa la pomada de tuberculina formada por la mezcla de partes iguales de tuberculina bruta de Koch y lanolina.

Los sitios de elección para la aplicación de la pomada son: la piel del abdomen debajo de la apéndice xifoides y la piel del pecho en los alrededores del pezón.

La cantidad de pomada a usarse es la del tamaño de un garbanzo y la duración de la fricción de un minuto; no hay necesidad de proteger el dedo con que se fricciona por ser inocua.

La zona en que se ha hecho la fricción se deja algunos minutos descubierta y no hay necesidad de colocar apósito; el tiempo en que

debe examinarse al enfermo es análogo al de la cuti-reacción.

La reacción positiva intensa se manifiesta por la formación de pápulas con zona inflamatoria confluyente o por la formación de nódulos rojos que se levantan sobre una base inflamada en cuyas cúspides se forman a veces vesículas con líquido turbio.

Este procedimiento de diagnóstico es menos sensible que la cuti-reacción y tiene el inconveniente que en niños escrufulosos la reacción intensa puede traer reacciones a distancia o exantemas generalizadas.

TUBERCULINO DIAGNOSTICO -- PROCEDIMIENTO INTRACUTANEO — Este procedimiento consiste en inyectar en el espesor de la piel una gota de la solución de tuberculina bruta de Koch al 1 por 5000, lo que equivale a 100 miligramos de substancia activa. La técnica es muy sencilla: se hace en la piel de la cara anterior del muslo previa asepsia de la piel con alcohol o éter, se hace un pliegue, se clava la aguja de una jeringa casi paralelamente a la superficie de la piel, de modo que la punta de la aguja esté dirigida hacia arriba para hacer la inyección en el dermis y no en el tejido celular subcutáneo.

Cuando es positiva la reacción se observa al cabo de algunas horas una infiltración que a las veinticuatro horas se vuelve edematosa y rojiza rodeada de una zona eritematosa; a las cuarenta y ocho horas ha llegado al punto culminante del desarrollo y presenta un nódulo central rodeado de aureola eritematosa, aureola que puede medir de un centímetro y medio a diez centímetros; después de las cuarenta y ocho horas va desapareciendo, la piel suele descamarse, persistiendo por algunas semanas la infiltración. Como manifestación general puede aparecer fiebre ligera.

Cuando es negativa la reacción se observa un pequeño nódulo que desaparece a las veinticuatro horas, época en que si es positiva se presenta en todo su desarrollo, lo que evita la interpretación errónea de la reacción.

REACCION TUBERCULINA CONJUNTIVAL DE WOLFF U OFTALMO REACCION DE CALMETTE —
Esta reacción si bien tiene una técnica sencilla, no es inocua; la literatura médica nos indica las numerosas afecciones de que ha sido causa. Además ocupa un lugar muy secundario para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Bardelier y Roepcke, en su tratado sobre diagnóstico especí-

fico de la tuberculosis pulmonar, nos dice: La reacción tuberculina conjuntival es sumamente insuficiente para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar.

REACCION DE LA TUBERCULINA POR EL PROCEDIMIENTO SUBCUTANEO — La reacción producida por la inyección de tuberculina en el tejido celular subcutáneo es una reacción específica de hipersensibilidad que ofrecen los individuos bacilosos, de resultado análogo a los otros procedimientos de diagnóstico, no existiendo entre las distintas manifestaciones de reacción solo diferencias cuantitativas, debidas a la cantidad de tuberculina usada y a la mayor facilidad de absorción.

La técnica a seguirse es la misma que la de una inyección hipodérmica, el sitio de preferencia para la inyección está en la región dorsal del tórax debajo de los omóplatos sobre los últimos arcos costales.

Frecuentemente la inyección se hace en el brazo por ser un sitio más cómodo, más a mano, y en que el enfermo no tiene que quitarse la ropa, pero en esta región aún sin error de técnica la reacción positiva se produce con mayor intensidad que en otros sitios, limitando el movimiento del brazo.

Las horas mejores para practicar la inyección son las primeras horas de la mañana, lo que nos permite poder observar aún las reacciones ligeras que pueden aparecer a las seis horas y que de otro modo podrían pasar desapercibidas.

Las precauciones a tomarse antes de practicar la sub-cutánea reacción son las siguientes:

La temperatura del sujeto nos debe ser bien conocida; para ésto se hace tomar la temperatura al enfermo cada dos o tres horas durante tres días. Koch aconseja como temperatura máxima aceptable para efectuar esta reacción la de 37° ; después de la inyección se seguirá anotando la temperatura al enfermo.

La cantidad de tuberculina según Koch que se debe inyectar en un adulto es: primera inyección de 0.0001 de centímetro cúbico, si el sujeto es de constitución muy débil, o sino se comienza con la dosis de 0.001 y se aumenta a 0.005 y finalmente a 0.01 de centímetro cúbico; esta dosis se puede repetir en caso necesario. La reacción puede tardar hasta treinta horas en presentarse, así que hay que dejar un intervalo de cuarenta y ocho horas entre cada inyección.

Debemos tener presente no aumentar la dosis de la inyección sino cuando no hayamos observado ninguna elevación térmica, y si ésta se

ha elevado, aunque sea una décima, no debemos aumentar la dosis, sino repetir la misma.

En este procedimiento de tuberculino-reacción debemos tener presente:

1° La reacción local a la punción: Que se manifiesta por la tumefacción y sensibilidad dolorosa en el sitio de la inyección.

2° La elevación de la temperatura: Se considera positiva la reacción cuando la elevación de la temperatura es por lo menos medio grado sobre la temperatura normal del sujeto antes de la inyección.

3° Las alteraciones del estado general: Manifestadas por escalofríos, frialdad de las extremidades, náuseas, vértigos, cefalea, sensación de distensión y puntada en el órgano enfermo, molestias que desaparecen en el descenso de la temperatura y que en caso de ser muy intenso ceden al tratamiento sintomático.

4° La reacción en el foco baciloso: Las molestias locales que suele sentir el enfermo nos indican comúnmente el sitio de la lesión y el examen clínico efectuado en este momento nos haría observar aumento de la rudeza del murmullo respiratorio, y si los había antes, aumento de los rales húmedos y de la submatitez.

Estas reacciones focales según la estadísti-

ca hecha en la clínica de Tubingen, han aparecido en el 75 por ciento en los enfermos sospechosos de bacilosis pulmonar, en quienes se había practicado este método subcutáneo para el diagnóstico.

Las contraindicaciones de este procedimiento:

1° La elevación de la temperatura por encima de 37°.

2° Cuando las lesiones pulmonares presentan síntomas clínicos bien claros.

3° Cuando el análisis de los esputos ha demostrado la presencia de bacilos de Koch.

4° Cuando el enfermo hace poco tiempo que ha tenido hemóptisis.

5° Las lesiones orgánicas del corazón, lesiones valvulares, miocarditis, degeneraciones, debilidad cardíaca.

6° En los sujetos nefríticos.

7° En los epilépticos.

8° En los histéricos; éstos pueden simular la reacción positiva sin haber bacilosis.

9° Cuando hay sospechas de tuberculosis miliar o intestinal.

10. En los sujetos convalecientes de enfermedades graves.

Este procedimiento de diagnóstico es el que

nos da datos más precisos y debemos usarlo en todos los casos en que los métodos clínicos nos dejan su duda respecto al diagnóstico y en los casos en que el diagnóstico diferencial nos sea difícil, la reacción específica nos indicará el tratamiento a seguir.

Metodos radiológicos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar

Otro método importante para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar es el radiológico aplicado en sus dos formas: la radiografía y la radioscopía.

Siempre que nos sea posible debemos emplearlo en sus dos formas, pues una no supele a la otra, sino que se complementan ambas.

La radiografía nos da una imagen muerta de un instante de vida, imagen impresa con datos precisos y detalles que a nuestra acuidad visual pasan desapercibidos.

Por la radioscopía nos damos cuenta observando el tórax a través de la pantalla fluoroscópica de los movimientos normales o no, verificados durante la excursión respiratoria.

La radioscopía nos permite observar disminuciones de la elasticidad pulmonar, condensa-

ciones de tejidos de forma y tamaño variable, pero estas lesiones observadas en pleno tejido pulmonar no debemos por este hecho considerarlas como bacilosas, sino asegurarnos de su naturaleza por los otros métodos de diagnóstico dichos anteriormente.

La radioscopia nos muestra en el tórax si hay asimetría ósea torácica, disminución del lado estrechado del ángulo costo vertebral, la oblicuidad de las costillas están más pronunciadas y espacios intercostales menos anchos.

Al examinar el diafragma se ve si hay signo de William; este autor hace notar la disminución de la amplitud del movimiento diafragmático en los casos de lesión del vértice pulmonar.

La sínfisis pleural de los senos costo diafragmáticos nos indica los restos de una lesión antigua.

También puede observarse la presencia de un pequeño derrame que la clínica no descubriría extrayendo un poco de líquido; haciendo el examen bacteriológico tendremos datos precisos relativos a su naturaleza.

El examen radiológico del tejido pulmonar nos permite descubrir lesiones profundas del parénquima pulmonar que han escapado a nuestros métodos clínicos de examen.

Por este método podemos ver la extensión y forma de una condensación profunda pulmonar que los métodos clínicos nos revelan; también podemos observar cavernas profundas de dimensiones variables situadas en pleno tejido pulmonar.

En el examen radioscópico del vértice pulmonar, sitio inicial de la tuberculosis pulmonar, podemos descubrir simple disminución de claridad, un velo limitado a uno o dos espacios intercostales del lado en que el examen clínico nos hacía sospechar la existencia de la lesión.

Debemos tener presente que el desarrollo muscular del gran pectoral común en algunos sujetos debido a sus ocupaciones manuales suele presentarnos sombras a la pantalla; una adenopatía supra-clavicular puede también darnos sombras que se podrían confundir con lesiones del vértice.

En casos en que observemos sombras en el vértice debemos hacer toser al enfermo para asegurarnos de los cambios que puede presentar.

Las sombras demasiado oscuras y netamente limitadas nos deben hacer sospechar de una infiltración de sales calcáreas, es decir, en una lesión cicatricial no activa; debemos dar más

importancia a las sombras menos densas y de contornos difusos.

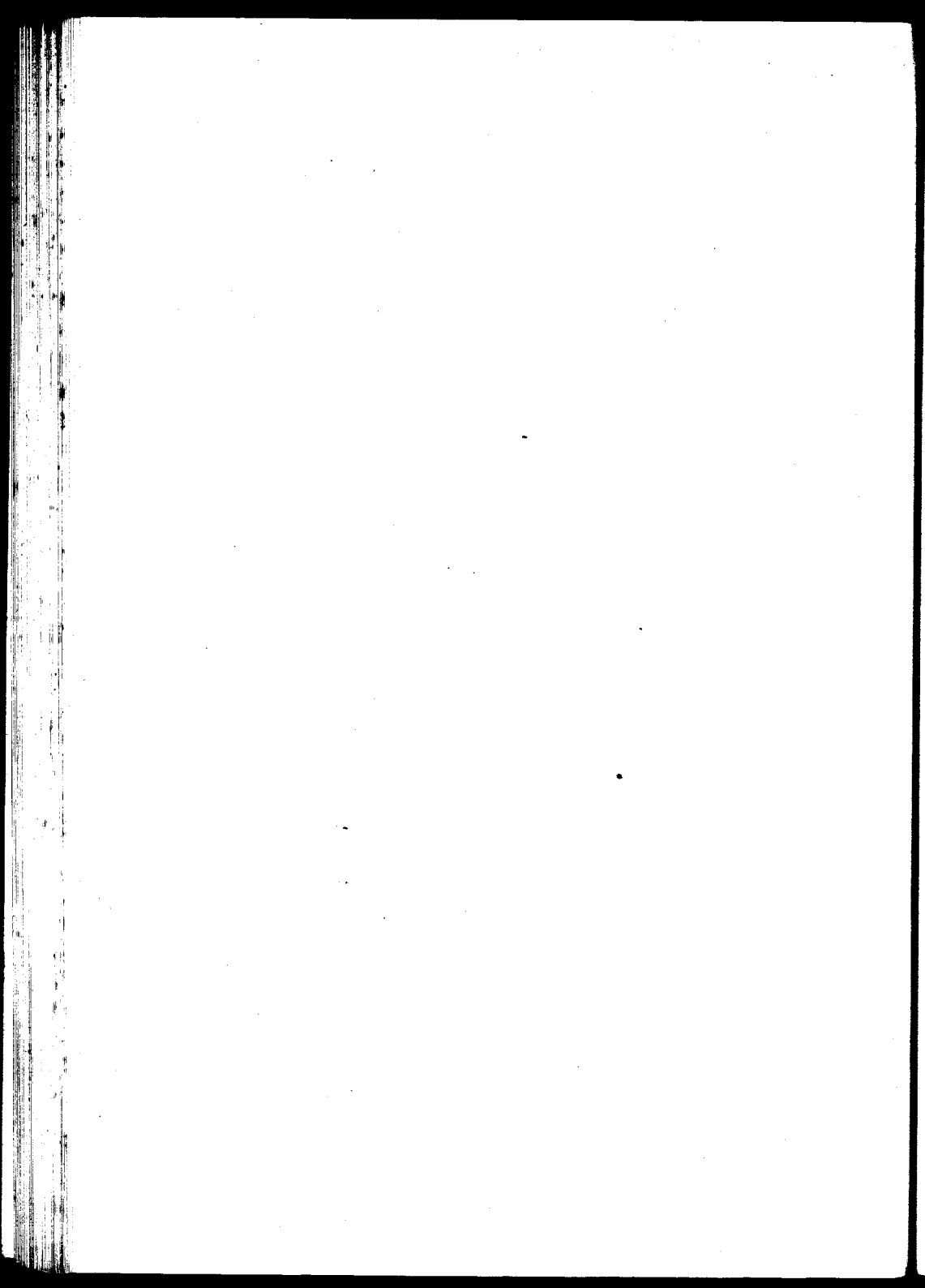
Rizt y Maingot han aprovechado el período de reacción focal para obtener radiografías en casos dudosos.

Sacaban radiografías antes y después de la inyección de 0.001 o de 0.0001 de tuberculina; la segunda radiografía era sacada en el momento en que la reacción general febril llegaba a su punto máximo.

En algunos casos han obtenido en la radiografía alguna extensión de las sombras observadas en la primer radiografía.

Según estos autores, las dificultades técnicas son grandes para obtener dos clichés comparables, y por ahora no se puede esperar gran cosa de este método.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital J. A. Fernández. — Sala VI. — Cama 13.

P. T., 17 años, argentina, soltera, de profesión costurera.

Diagnóstico — Tuberculosis pulmonar incipiente vértice izquierdo.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto ignora de qué; la madre vive, tiene hermanos, uno de ellos de 12 años presenta adenitis del cuello bilateral de naturaleza escrofulosa; todos son de constitución débil.

Antecedentes personales — Sarampión a los 11 años; dice no haber tenido otra enfermedad; regló a los 12 años; las menstruaciones son abundantes y le suelen durar hasta ocho días.

Enfermedad actual — La enfermedad de esta enferma comienza con la curación de una amigdalitis pultácea aguda con temperatura 40°5, estado en que se presenta al consultorio.

Tres días después de haberse dado de alta se presenta nuevamente diciendo estar resfriada y tener mucha tos; interrogada la enferma manifiesta tener temperatura por la noche y sudores también nocturnos desde antes de su enfermedad anterior; dice tener cefalea poco intensa cotidiana y de tarde generalmente.

Desde el día de ayer dice tener la menstruación que no esperaba, pues dice habersele adelantado seis días.

Estado actual — Mujer bien constituída, esqueleto óseo normal, panículo adiposo de regular desarrollo, color de la piel trigüeña, pelo negro y abundante, manos musculares de regular desarrollo, pechos bien desarrollados.

Las mucosas palpebral y del velo del paladar se encuentran poco decoloradas, aureola periocular azulada, la enferma presenta además atonía muscular bien marcada.

Pulso: regular, hipotenso, 82 pulsaciones por minuto y temperatura 37°3.

Corazón: tonos debilitados, taquicardia.

Abdomen: flácido y no doloroso en toda su extensión.

Pulmones: inspección, excursión respiratoria igual en ambos lados, se cuentan 26 inspiraciones por minuto.

Palpación, elasticidad y vibraciones conservadas en todas sus partes.

Percusión, normal en todo el lado derecho y en el izquierdo se observa una pequeña submatitez en el vértice, perceptible sólo comparando el sonido dado por el vértice derecho que es normal.

Auscultación, rales gruesos y sibilantes abundantes auscultando en el espacio inter-escapular, algunos rales húmedos más finos se encuentran esparcidos en ambos pulmones y que se modifican haciendo toser a la enferma; en el vértice izquierdo hacia adelante en la fosa infra-clavicular se oyen algunos rales finos inspiratorios.

Siguiendo a la enferma durante varios días se ha visto modificar los rales gruesos y húmedos y persistir los rales finos del vértice izquierdo.

Se hicieron varios análisis de los esputos mucopurulentos y abundantes, pero en uno solo esputo obtenido a los cuarenta y dos días del

comienzo de la enfermedad se pudo constatar la presencia de bacilos de Koch.

En los análisis de orina de esta enferma no se observa nada anormal.

OBSERVACION II

Hospital J. A. Fernández. — Enero 15 de 1916 se presenta al consultorio externo.

J. S., argentino, 24 años, soltero, empleado.

Diagnóstico — Tuberculosis incipiente en ambos vértices, pleuresía sero-fibrinosa izquierda.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto de tuberculosis pulmonar; madre sana; hace tres meses falleció una hermana de 26 años de edad de tuberculosis pulmonar; todos los demás hermanos en número de cuatro, dice, son sanos.

Antecedentes personales — Dice no haber tenido nunca ninguna enfermedad, siendo ésta la primera vez que se encuentra enfermo, dice que se ha resfriado muchas veces, pero que se ha curado solo.

Enfermedad actual — Dice que desde hace dos meses que tiene tos que le incomoda un poco de noche, con abundante espectoración y que teme tener la enfermedad de que murió la hermana hace tres meses; dice haber adelgazado mucho, se dedicaba como sport al remo que ha tenido que abandonar porque se fatigaba mucho y le provocaba accesos repetidos de tos.

Estado actual — Sujeto bien constituido, esqueleto óseo normal, panículo adiposo nulo, marnos musculares de regular desarrollo, color de la piel blanco mate y seca al tacto.

Pulso: hipotensión marcada, taquicardia, 120 pulsaciones por minuto.

Temperatura: 37°8.

Corazón: a la auscultación tonos debilitados.

Abdomen: flácido y no doloroso, se palpan algunos pequeños tumores fecales, dice ser constipado crónico.

Tórax: a la inspección se observan los músculos del cuello que forman relieve; por detrás, los omóplatos son alados y se deslizan fácilmente sobre la pared costal; la excursión respiratoria está disminuída; en ambos lados se nota bien

haciéndolo respirar profundamente; se cuentan veintiocho respiraciones por minuto.

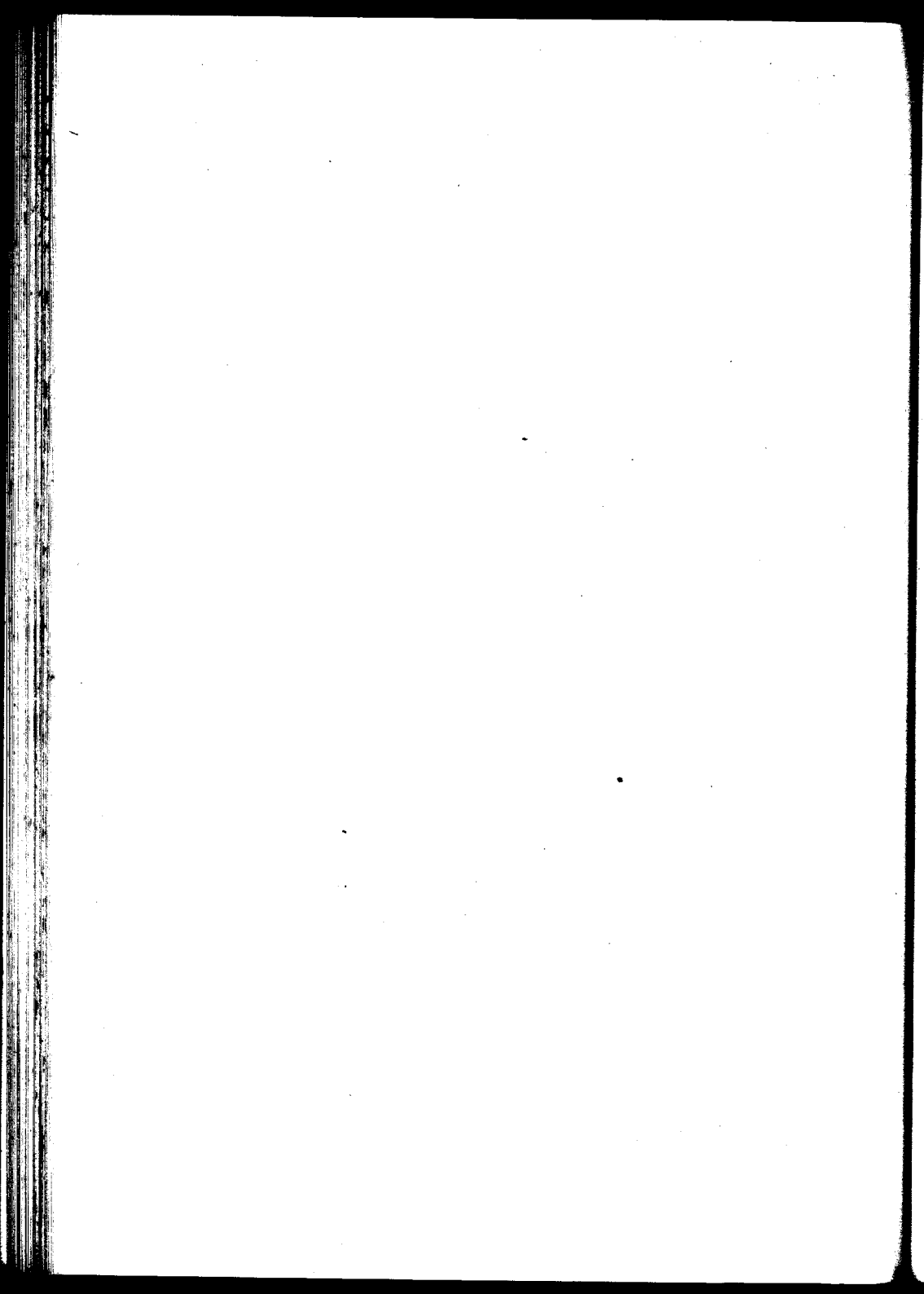
A la palpación, las vibraciones están conservadas en toda la superficie torácica, menos en la base derecha donde están muy disminuídas.

A la percusión, submatitez en ambos vértices, en la base izquierda a la altura de la octava o novena costilla submatitez.

A la auscultación, respiración ruda en ambos vértices, en el izquierdo por delante debajo de la clavículo se perciben algunos rales inspiratorios; en la base del pulmón izquierdo está disminuída la inspiración y se oyen algunos frotos pleurales; la punción en el octavo espacio intercostal a nivel de la línea axilar posterior permitió extraer una jeringa de 2 c.c. de líquido, nos indicó la presencia de fibrina, glóbulos rojos alterados y abundantes linfocitos.

Los análisis de esputos repetidos durante varios días no nos permitió observar los bacilos de Koch.

En el análisis de orina de este enfermo hay abundante sedimento amarillento; la eliminación de cloruros llega a 16 por mil y los fosfatos a 4.5 por mil, albúmina vertigios.



OBSERVACION III

Hospital J. A. Fernández. — Consultorio externo. — Sala V.

M. M., argentina, 19 años, soltera, empleada en una fábrica de tejidos.

Diagnóstico — Tuberculosis pulmonar incipiente, vértice derecho.

Antecedentes hereditarios — Padre alcoholista consuetudinario. Madre sana; son cinco hermanos todos vivos y sanos.

Antecedentes personales — Coqueluche a los cinco años, sarampión a los siete años, difteria a los doce años, regló por primera vez a los quince años, menstruación periódica normal.

Enfermedad actual — En febrero del año 1914 se presenta al consultorio diciendo tener fuertes dolores de vientre desde hace dos días

y que la semana anterior tuvo deposiciones sanguinolentas; interrogándola nos dice despedir todos los días con las materias fecales unos pedacitos de una cosa blanca como pedazos de cinta; dice que hace más de un año que lo observa; ha tomado varias veces purgantes sin ningún resultado; le pedimos recoja estos segmentos y nos lo traiga.

Al día siguiente nos trae tres segmentos que tenía, que pasaron al laboratorio y nos dijeron ser tenia saginata; se le hizo tratamiento a base de extracto etéreo de helecho macho; se le indicó recogiese todo lo que despedía y nos lo trajese para comprobar si había sido expulsada toda.

Quince días después se presenta nuevamente; dice haber despedido muchos pedazos, pero que no le había sido posible traerlos por haber tenido que guardar cama durante cuatro días, durante los cuales tuvo vómitos, diarrea y fiebre; dice haber sudado mucho y tener desde entonces dolor de cabeza y haber perdido completamente el apetito.

Se le indica ingrese al servicio, lo que no acepta.

Estado actual — Sujeta bien constituida, es-

queleto óseo normal, panículo adiposo de escaso desarrollo, manos musculares de regular desarrollo, color de la piel blanca, aureola periocular azulada.

El color rosado de las mejillas con que se había presentado veintisiete días antes se ha tornado pálido.

Atonia muscular.

Temperatura 37°, pulso hipotenso, regular, con 86 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo: La enferma dice haber perdido completamente el apetito, lengua saburral y seca, dice sentir gusto desagradable a los alimentos, deposiciones sólidas y fétidas.

Cada dos o tres días examinando el abdomen se observa éste en batea, algo resistente e indoloro a la presión; se puede palpar cuerda cólica del lado derecho.

Corazón: tonos normales.

Pulmones: inspección excursión respiratoria normales, elasticidad conservada.

A la palpación vibraciones conservadas normalmente.

A la percusión no se observa nada anormal.

A la auscultación sólo en el vértice izquierdo se nota disminución del ruido respiratorio pulmonar.

Se le hace una cuti-reacción y se le indica volver al día siguiente; no obstante la indicación vuelve a los dos días, porque dice haber tenido que guardar cama, porque tenía fiebre y fuerte dolor de cabeza; examinado el brazo se observa la inoculación central (testigo) cubierta con una costra amarillenta y los otros dos rodeados por una aureola rojiza de dos centímetros, aureola saliente que palidece a la presión y que es dolorosa con temperatura de 38°7.

Se le indica una medicación tónica y recalificante.

Diez días después vuelve nuevamente; dice encontrarse mejor; de lo único que se queja es de la cefalea y sudores que tiene al anochecer casi todos los días.

Se examina nuevamente ambos pulmones y se constata respiración ruda con algún pequeño ral fino apenas perceptible en el vértice derecho.

Se continúa el tratamiento tónico recalificante; la enferma mejora en su estado general.

En esta enferma no ha sido posible seguirle su enfermedad por no haberse presentado nuevamente al consultorio.

Bibliografía

- Guillermo A. Bosco* — Semeiología del diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. — Argentina Médica, año 1915.
- Juan José Vitón* — El diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. — Argentina Médica, año 1908.
- Fernand Bezancon* — El valor semeiológico de los signos físicos llamados «de principio» en la tuberculosis pulmonar crónica del adulto.— Journal Medical, 1913.
- Rizt* — Los métodos radiológicos en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar incipiente. — Journal Medical, 1913.
- Emile Sergent* — Lo que hay que entender por pre-tuberculosis. — Journal Medical, 1913.
- Bandelier y Roepke* — Clínica de la tuberculosis, año 1913.

- Tratado del diagnóstico y tratamiento específico de la tuberculosis, año 1911.
- Barthelemy* — Diagnostique precoce de la tuberculose pulmonaire chronique chez l'adulte par les signes d'auscultation et la metode d'examen clinique de Mr. le professeur Grancher. — Tesis Paris 1917.
- Calmette* — L'heredo predisposition tuberculouse et la terrain tuberculizable. — Revue d'Hygiene et de Police Sanitaire, 1910.
- Courmont* — Precis de Bacteriologie, 1909.
- Dufour* — Cuti-reaction a la tuberculine par la metode de Von Pirket chez les enfants. — Bulletin de la Société Medical des Hopitaux, 1907.
- Arloing et Courmont* — Les cultures homogenes du bacille de Koch et le sero-diagnostic de la tuberculose. — Congrès International de la tuberculose, Paris 1905.
- Julio Jorquera Prado* — El diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. — Tesis, Chile 1909.
- Plá y Armengol* — Tratado del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.
- Nathan Larrier* — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire par les procediments de laboratorie.

- Barbier* — Société d'études scientifiques pour la tuberculose, 1906.
— Form larvie de la tuberculose. — Société d'études scientifiques pour la tuberculose, 1911.
- Landouzy* — Clinique de la Charité, 1885.
— Congrès de la tuberculose, Paris 1891.
— Congrès de la tuberculose, Washington 1908.
— Clinique Medicale, 1901.
- Braillon* — Tuberculose et maladies du coeur.— Tesis, 1904.
- Kolle et Hetsch* — Tratado de bacteriología experimental, 1910.
- Collet* — Patología Interna, 1912.
- Raul Alvares* — Tuberculosis pulmonar.— Tesis, 1915.



30653

Buenos Aires, Julio 18 de 1917

Nómbrese al señor Académico doctor Gregorio Araoz Alfaro, al profesor extraordinario doctor Leopoldo Uriarte y al profesor suplente doctor Pablo Morsaline, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art .4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.

Secretario

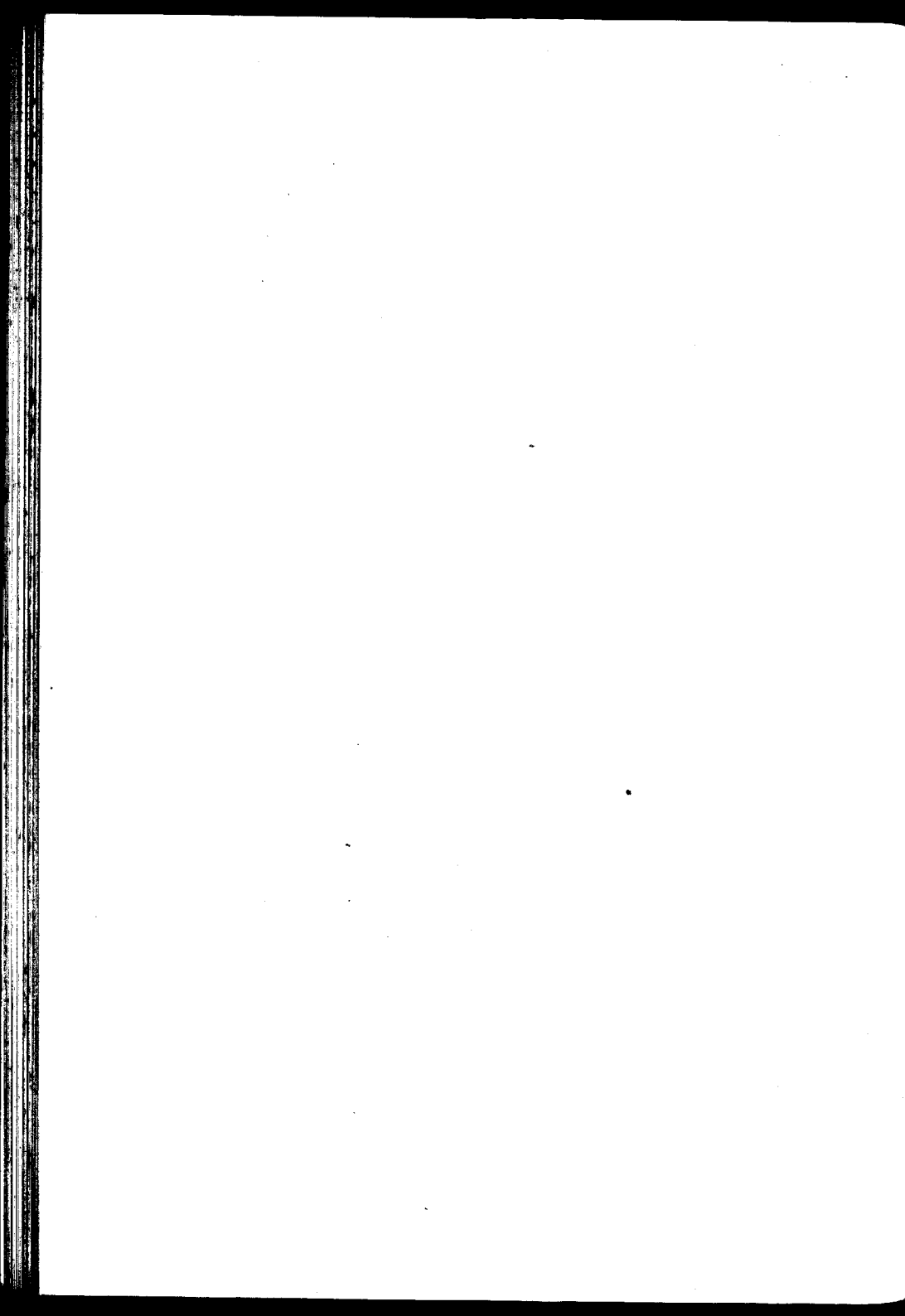
Buenos Aires, Agosto 17 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3353 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de las tuberculosis larvadas.

G. Araoz Alfaro.

II

Valor de los distintos procedimientos para el diagnóstico de la tuberculosis.

L. Uriarte.

III

Valor de la posición vertical del corazón, al examen radiográfico, para la sospecha de un estado tuberculizable.

P. Morsaline.

