2969

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMILIO LOUDET

EX AYUDANTE DEL LABORATORIO BACTERIOLOGICO DEL DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE

EX INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL FRANCES

ENSAYOS DE TUBERCULINODIAGNOSIS

TESIS INAUGURAL

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra—Bolivar, 455.

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMILIO LOUDET

EX AYUDANTE DEL LABORATORIO BACTERIOLOGICO DEL DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE

EX INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL FRANCES

ENSAYOS DE TUBERCULINODIAGNOSIS

TESIS INAUGURAL

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra—Bolivar, 455.

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis (Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Cárlos G, Malbran.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramauge
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo
Clínica médica	Dres.	Vacante. Gregorio N. Chaves. Luis Guemes.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	»	Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado, en ejer.
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badia
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguía. Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Abel Ayerza. Julio Méndez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis F. Vila
Física médica	»	Juan J. Galiano
Medicina legal y Toxicología	Dres.	F. de Veyga Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Laringología, otología, rinología	»	Wence lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología	»	Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

Academico: Doctor LUIS GÜEMES

> Il ne faut pas, assombrir le tableau, ni instruire le procés de la tuberculine aussi sévérement qu'on l'a fait.....
>
> (STRAUSS.)

SEÑORES PROFESORES:

En Noviembre de 1890 Koch publicó el resultado de sus investigaciones tendentes á obtener una substancia que sirviera para el tratamiento de la tuberculosis cuyo germen había descubierto en 1882.

Llegó entonces á preparar un líquido que era el resultado de la maceración de cultivos puros de bacilo tuberculoso en glicerina, y después de una rigurosa filtración quedaba constituído lo que se llamó «linfa de Koch».

Esta preparación es la que nos ha servido para los trabajos que motivan esta tesis y creo conveniente reseñar brevemente sus principales propiedades y su naturaleza.

Es un líquido de consistencia ligeramente siruposa transparente, de color obscuro, de reacción neutra, contiene normalmente albúmina y peptona y no se descompone fácilmente sino cuando ha sido muy diluído.

I

La naturaleza de la tuberculina fué desde los primeros momentos de la publicación de su descubrimiento la incógnita que trataron de despejar muchos químicos y bacteriólogos notables.

En este sentido se dirigieron las investigaciones de Buchner, Nencki, Noux, Metchnikoff, Kühne, etc.

Antes que Koch revelara la naturaleza de su descubrimiento, Hueppe y Scholl llegaron á determinar que era un derivado de cultivos de tuberculosis.

Bujwid obtuvo concentrando en el vacío cultivos puros de bacilo tuberculoso una substancia á la cual dió el nombre de «tuberculina» nombre que fué adoptado después por Koch; esta substancia provocaba en los animales efectos semejantes á los de la linfa.

Una publicación posterior de Koch dió á conocer el método de preparación de ésta y las tentativas que hizo para aislar su principio activo.

El estudio detallado de la tuberculina se debe á Kühne que lo hizo al principio con pequeñas cantidades, observando muchas particularidades de las cuales las siguientes son las principales.

Diluyendo una pequeña cantidad de tuberculina en agua

destilada resulta una solución de reacción alcalina que no se enturbia cuando se la calienta con ácido acético; con el alcohol se produce un abundante precipitado que tratado por el agua y el sulfato de amonio da un depósito resinoso que tiene la reacción de las albumosas; el líquido restante filtrado después de saturación con el sulfato de amonio da claramente la reacción del biuret lo que indica la presencia de peptonas.

Contiene rastros apreciables de tirosina y calentándola con ácido clorhídrico en presencia de un nitrato, se produce una coloración roja que indica la existencia de un cuerpo semejante al indol.

Posteriormente Kühne obtuvo grandes cantidades del agente y preparó la tuberculina purificada según las indicaciones de Koch operando del siguiente modo:

Trata la tuberculina con un volumen y medio de alcohol absoluto y el precipitado producido con alcohol á 60 %; luego otro lavaje con alcohol absoluto. La tuberculina purificada de este modo la disuelve en agua y luego filtra esta solución.

Las principales propiedades de la tuberculina purificada han sido determinadas por él, llegando á obtener una albumosa especial para la cual propuso el nombre de *acro-albumosa*.

Pero sus últimas experiencias demostraron que estas albumosas no eran el factor principal de la acción fisiológica de la tuberculina, y valiéndose de medios nutritivos en los cuales no entraban la carne, las peptonas, etc., ob-

tuvo cultivos bien desarrollados cuyo extracto glicerinado era de gran poder tóxico sin contener ninguna de las substancias á las cuales se había atribuído anteriormente el papel de principal factor.

Buchner y Hertwig hicieron un estudio por el procedimiento de Nencki de las propiedades de las proteinas bacterianas y atribuían á éstos la importancia de agente principal, constatando que provocaban un quimiotaxismo positivo bastante acentuado, ó como lo sostuvo Hertwig provocando la sensibilidad quimiotáxica (quimiotropismo) en los sujetos tuberculosos.

Roemer mejorando la técnica del procedimiento de Nencki en el sentido de no hacer sufrir modificaciones sensibles á la substancia activa, ha aislado una substancia analoga á la alcaliproteina de Buchner con las mismas propiedades quimiotáxicas siendo además piretógena y fomentando la leucositosis; luego haciendo deducciones del método de preparación que emplea llega á la conclusión de que el agente activo está en el cuerpo del bacilo y no es una secreción del mismo. Pero nuevos estudios de Buchner han establecido que en varios microbios diferentes existe esta proteina que actúa en todos del mismo modo.

Finalmente Bouchard en 1891 estableció la presencia en la tuberculina de una substancia que llamó ectasina cuya

acción vaso-motora puso fuera de duda; este principio activo fué también objeto de estudios por parte de Charrín y Gley que llegaron á confirmar en un todo las conclusiones á que Bouchard había arribado. La existencia de este principio activo nos permitirá interpretar más adelante la acción fisiológica del preparado que hemos empleado.

II

El estudio de la acción fisiológica de la tuberculina está íntimamente ligado con el de su composición química, que, como se ha visto en el capítulo precedente, no puede ser más intrincado, puesto que se trata de una substancia compleja en la cual se encuentra una gran cantidad de agentes cuya composición y propiedades han tenido que ser establecidas después de ímprobas investigaciones y cuya naturaleza química les coloca en una escala difícilmente accesible puesto que se entra de hecho eu el terreno de la química biológica, desgraciadamente lleno de sombras y misterios, que esperan la paciente labor de los sabios para disiparse y abrir á las ciencias médicas un horizonte no sospechado tal vez y cuya inmensidad aterra al mismo tiempo que atrae puesto que allá encontraremos las x del sinnúmero de problemas que aún nos rodean.

La tuberculina inyectada produce fenómenos reaccionales constantes que presentan el cuadro de una intoxicación. Las principales líneas de este cuadro son las siguientes: una elevación de temperatura que alcanza hasta 3 y 4 grados sobre la normal:, sudores profusos, cefalalgia, aceleración del pulso, dolores musculares, fatiga, dispnea, escalafríos y náuseas.

Estos síntomas se producen en el individuo sano cuando la dosis inyectada pasa de 0.01 centígramo y se produce como se verá en un capítulo siguiente, en los tuberculosos cuando se hace la inyección de dosis más pequeñas cuya graduación está relacionada con la edad y el desarrollo físico del sujeto. Estos fenómenos tienen una duración variable con la dosis empleada y con la susceptibilidad individual, factor del cual no se puede prescindir, pero que felizmente no se presenta con la frecuencia necesaria para desvirtuar el método en cuestión.

La reacción se presenta en un plazo casi constante para una misma dosis y determinada edad en los sujetos, haciéndose generalmente de las 3 á las 6 horas después de la inyección.

Aunque es un punto de difícil solución, entraremos á considerar el mecanismo de acción de la tuberculina.

Para ello tenemos que recordar que entre las substancias que los análisis químico-biológicos han caracterizado, se encuentran algunas piretógenas llamadas acro-albumosas, por unos, y álcali-albumosas por otros, cuya introducción en el organismo produce la hipertermia.

Pero ante todo conviene exponer las interpretaciones que han hecho los diferentes autores de los fenómenos antecitados.

Daremos el lugar de preferencia á Koch en este breve enunciado de teorías, pues le corresponde.

Para éste el agente de la tuberculosis, desarrollado en el organismo produce una substancia que provoca en el protoplasma de los elementos celulares la lesión descripta por Weigert con el nombre de necrosis de coagulación, los tegidos necrosados envuelven ó rodean al germen aislándolo del organismo.

Ahora bien, la introducción de la tuberculina en la economía vendría á agregar una mayor cantidad de elementos tóxicos que producirían por acción electiva una extensión del proceso necrótico al rededor del ó de los focos tuberculosos y entonces la reabsorción de estos detritus, para ser eliminados, producirían el cuadro de intoxicación que hemos presentado; Gamaleia participa de la misma opinión.

La segunda teoría es la de Virchow, quien fundándose en muchas autopsias, en las cuales ha observado siempre intensas congestiones al rededor de los focos tuberculosos, opina que el resultado de la inyección de tuberculina es la producción de congestiones intensas en los puntos enfermos agregando además que ha observado en sujetos fallecidos después de inyecciones considerables una forma especial de neumonia (Spritz pneumonien) caracterizada por una inflamación catarral difusa de aspecto flegmonoso y con tendencias rápidamente destructivas.

Varios observadores han comprobado los asertos de Virchow, entre ellos Jarisch, von Burckardt, Cornil, Guyon, Israel, Baumgarten, Bergmann, Jürgens, Weber, Lauenstein, Schimmelbuch, Karg y Fraenkel, que observaron intensas hiperemias, edemas y exudados sero-fibrinosos y leucocitosis alrededor de los focos tuberculosos.

Por último una tercera teoría que no está fundada en ningún hecho de observación es la de Watson Cheine que atribuye la reacción á una combinación producida en el organismo entre los productos segregados por los bacilos existentes en él, y los principios activos de la tuberculina, que darían por resultado un nuevo compuesto que sería el factor principal de la reacción.

Es el momento de hacer notar que Bouchard ha descubierto en la tuberculina una substancia que llama *ectasina*, cuya acción es claramente vaso-dilatadora.

La discusión de estas teorías aun cuando constituye un atrevimiento de parte nuestra, es necesaria para interpretar el mecanismo de la acción fisiológica cuyos resultados utilizamos.

Para llegar á establecer el mecanismo según el cual se produce la acción de la tuberculina, tendremos presente estas tres teorías y entraremos á examinar su consistencia.

La teoría de Koch que atribuye á la tuberculina una acción necrosante, concebida con el criterio de explicar la

acción curativa de la misma, no satisface por las siguientes razones:

1º No está probada por el examen anatómico de los órganos de individuos, con lesiones típicas, fallecidos poco tiempo después de habérseles practicado inyecciones, no habiéndose encontrado las lesiones que él supone.

2º En los sujetos sanos á los cuales se inyecta el agente, no se han constatado necrosis en ningún punto á pesar de haberse producido la reacción.

3º En los casos tratados con grandes dosis se ha observado una extensión del proceso tuberculoso, favorecido por congestiones locales, provocadas por la tuberculina.

4º El fenómeno del hábito que se observa no concuerda tampoco con la teoría de Koch, porque entonces habría que admitir que los tejidos se pueden acostumbrar á un agente necrosante, lo cual está en contraposición á los principios fisiológicos.

5º Los análisis químicos no han demostrado la existencia de ningún principio al cual se pueda atribuir esta acción.

La teoría de Wirchow anteriormente expuesta, de acuerdo con las constancias anátomo patológicas, no explica aún definidamente cuál es el mecanismo total de la acción de la tuberculina, pero ya encamina hacia la solución del problema.

La de Watson Cheyne no merece ser tomada en cuenta por ser ultra-hipotética y no fundarse en ningún hecho real ó racional.

Recordando el descubrimiento de la ectasina hecho por Bouchard relacionándolo con las constataciones hechas por Wirchow nos vemos inducidos á pensar en el siguiente mecanismo:

La tuberculina contiene además de las substancias piretógenas mencionadas anteriormente, un principio activo llamado ectasina, cuya acción especial sobre los centros vaso-motores produce una excitación que se traduce por una vaso-dilatación que al efectuarse al rededor de un foco tuberculoso ocasiona el consiguiente drenaje de los productos detritus necrósicos y de las secreciones que se forman en él y que arrastrados al organismo reaccionan á su vez sobre los centros nerviosos produciendo el cuadro sintomático observado.

Esta teoría nos explica también el fenómeno del hábito que vendría á ser en este caso como en tantos otros la insensibilidad de los centros nerviosos al excitante al cual se han acostumbrado.

En el caso de un sujeto sano inyectado con una dosis capaz de provocar una reacción, no se debe ésta á un fenómeno de vaso-dilatación aún cuando éste se produzca sino también á la acción de las demás substancias piretógenas contenidas en la tuberculina.

III

La aplicación de la tuberculina para el diagnóstico de la tuberculosis que para abreviar me he permitido designar con el nombre de *tuberculino diagnosis* fué indicada por Koch al presentar su descubrimiento como curativo con estas palabras: «creo no extralimitarme ó exagerar cuando « digo que este medicamento en el porvenir será un in- « dispensable coadyuvante para hacer el diagnóstico obte- « niendo por este medio una segura comprobación de la « naturaleza de la enfermedad en los casos dudosos de « tuberculosis incipiente, cuando no se haya logrado « encontrar el bacilo ó fibras elásticas en los esputos ó « cuando por medio de las investigaciones físicas no se « haya diagnosticado la naturaleza de la enfermedad.»

De esta idea del maestro participaron Bergman, Kahler, Pean, Neuman, Landouzy, etc.

Desde entonces la tuberculino-diagnosis fué aplicada en vasta escala en Europa, especialmente por Nocard el jefe de la Escuela Veterinaria de Alfort, que contribuyó grandemente á la oficialización del método como medio diagnóstico de la tuberculosis de los bovídeos.

Entre los médicos no faltaron experimentadores que siguieron empeñándose en el estudio del compuesto tuberculoso, entre ellos están los que hemos citado anteriormente y además Hutinel citado por Grancher y Marfán y cuyos trabajos sentimos no haber podido conseguir, pues segu-

ramente nos hubieran dado muchas luces sobre el punto que tratamos.

La técnica de las inyecciones de tuberculina es bien sencilla; se trata de introducir una pequeñísima cantidad diluida con agua esterilizada en la proporción de 1 % ó 1 ‰ según la dosis que se quiera inyectar. Las precauciones antisépticas son las de práctica en estas pequeñas operaciones.

En lo que se refiere al enfermo es preferible practicarle la inyección en un momento da apirexia ó de ligera hipertermia, y no es prudente hacerlo en los períodos sobreagudos, ó en enfermedades cíclicas de evolución rápida y de hipertemia sostenida.

El dosage se debe hacer según la edad del sujeto; Koch ha establecido como mínimum la dosis de 0.01 centíg. para un adulto aunque reconoce que esta dosis es susceptible de ser disminuída y de obtener aún reacciones características.

Para los niños la dosis debe ser, según él, de 0.001 á 0.005 y cuando tengan menos de 3 años se debe comenzar por dosis de 0.001 á 0.0005.

El sitio donde se debe practicar la inyección es indiferente siendo en los que comunmente se hace, donde el tejido celular permite una absorción rápida.

La temperatura debe ser tomada cada 2 horas desde la 4ª hasta la 9ª hora después de practicada la inyección.

En general los fenómenos reaccionales observados han sido la hipertermia y la producción de sudores, no consta-

tándose ningún otro síntoma de los que se presentan cuando se inyectan grandes dosis.

Cuando se ha hecho una primera inyección en un sujeto supuesto tuberculoso y no se ha producido reacción febril, no debe repetirse la dosis sino aumentada y dejando pasar un intervalo de varios días, porque si no el hábito que pronto se manifiesta invalida sus resultados y se puede atribuir la falta de reacción á la no especificidad de la enfermedad, siendo así que depende de la tolerancia del organismo para con el agente.

IV

Numerosos son los casos que pueden ser sometidos á la prueba de la tuberculina y creo que constituye un auxiliar no despreciable en aquellos que están lejos de ser raros en que se sienta el problema de un diagnóstico para cuya resolución no todos son sagaces y aún muchas veces los más entendidos se equivocan *humanum errandum est.*, implicando la duda ó el error una agravación del pronóstico para el enfermo.

En lo que se refiere á las tuberculosis accesibles al tratamiento médico ó quirúrgico no hay dos opiniones sobre la importancia de un diagnóstico precoz, puesto que hasta hoy son estas las formas más susceptibles de ser dominadas y curadas, y desde la tuberculosis pulmonar incipiente del adulto hasta la tuberculosis generalizada

crónica apirética de la primera infancia, hay un sin número de estados patológicos que siendo de naturaleza específica se oculta bajo una sintomatología mal definida que puede mantener la duda en el espíritu del médico; basta citar entre estos la forma intestinal aguda que se puede confundir con la fiebre tifoidea, las adenopatías tráqueo brónquicas, las esclerosis pulmonares, las pleuresías los tumores cerebrales, etc.

A continuación presento las historias reasumidas de los enfermitos en los cuales he aplicado el método; pertenecen todos ellos al servicio del doctor Araoz Alfaro, en el Hospital San Roque, de cuyo servicio es cirujano el doctor Repetto, á cuyos dos médicos debo toda clase de atenciones y el auxilio de sus conocimientos en el método.

He creído conveniente dividir en cuatro grupos los enfermos que he inyectado, para establecer la utilidad del método según los casos.

1er grupo—sujeto con afecciones de naturaleza no tuberculosa seguramente establecida.

2º grupo—sujetos afectados con diferentes manifestaciones tuberculosas bien comprobadas.

3er grupo—sujetos en los cuales cabía la duda y en quienes la tuberculina puede ser aplicada.

4º grupo—Algunos casos de sífilis en los cuales no se ha producido la reacción de la tuberculina, habiendo sido mi intención ensayar el método en enfermos con sarcomas, lepra, etc. en los cuales, se dice, que la tuberculina produce reacción.

Aun cuando mi deseo era presentar las historias clínicas todas completas, no me ha sido posible hacerlo por cuanto muchas de ellas no habían sido levantadas en el servicio, por falta de personal y de tiempo, á pesar de la buena voluntad de lo señores médicos citados anteriormente.

En vista de la premura del plazo para presentar este trabajo he tenido que limitarme en algunos casos al simple enunciado de la afección de cada enfermo, con el resultado que me ha dado la tuberculina.

V

1er GRUPO

Este primer grupo comprende los casos en los cuales el diagnóstico clínico estableció la carencia absoluta de lesiones tuberculosas.

Han sido tomados como testigos y en ninguno ha producido reacción la tuberculina.

Luxación espontánea de la cadera

Nº 36.

Diagnóstico: Inyección de tuberculina 0.01—Resultados negativos. Temperatura 37°.

J. V. 12 años—Ruso, entrada Enero 26 de 1897.

Ant. Hered. Buenos.

Ant. personales, sufrió un golpe en la pierna derecha á la altura del maleolo externo: produciéndosele varios abscesos que se fueron evacuando espontáneamente, A los 6 meses después se produjo una luxación de la cadera del mismo lado sin violencia alguna.

Estado actual, bien desarrollado—ligeros infartos ganglionares en las ingles y región sub-maxilar, miembro inferior derecho en extensión, adducción y ligera rotación interna.

Hay un genu-valgum poco pronunciado. El pie derecho está en equino muy pronunciado y en valgus ligero. En la cadera derecha se nota el trocante haciendo eminencia considerable. En la fosa ilíaca externa derecha se siente la cabeza del fémur cubierta por las masas musculares. El vértice del trocante está 3 centímetros sobre la línia de Roser-Nelaton, Movimientos activos muy limitados. Rotación interna más fácil. Los movimientos y la presión no provocan dolor. Operado Marzo 2 por el doctor Repetto. Se hacen las maniobras de Pacci, en el momento de poner el vendaje se luxa de nuevo la cabeza y hay que repetir la maniobra.

Marzo 17 de 1897. Se saca el vendaje y se observa que la luxación se ha reproducido.

Marzo 20—Segunda tentativa de reducción sin resultado

Junio 21—3ª operación—Resección de la cabeza del fémur. Curación, se constaba la carencia de lesiones tuberculosas.

N° 14.

Diagnóstico:—Absceso del muslo. Inyección de tuberculina 0,0005, Resultado negativo 37°2

P. G. 7 años—Argentino –Entrada, Octubre 9 de 1897.

Hace diez días sufrió una caída que le produjo una fuerte rozadura en la cara externa del muslo izquierdo.

Se vé en el muslo una deformación abovedada que presenta en la parte inferior una coloración roja. Hay fluctuación y dolor á la presión,

N° 11.

Diagnóstico:—Eczema seco en placas diseminadas.

F. I. A. 4 años, Inyección de tuberculina 0.001 Resultado negativo. Temperatura 37°.

N° 10.

Diagnóstico: Raquitismo—Prolapso del recto—Micropoliadenopatía;—Enteritis crónica.

O. W. 5 años. Inyección de tuberculina 0.002, Resultado nagativo—Temperatura 37.1

N° 4.

Diagnóstico: Conjundivitis granulosa de ambos ojos—Panus consecutivos.

E. F. 7 años. inyección de tuberculina 0.005. Resultado negativo, Temperatura 37°.

N° 3.

Diagnóstico: Raquitismo—Cifosis.

C. P. 6 años, Inyección de tuberculina 0.005. Resultado negativo. Temperatura 37°2.

N° 40.

Diagnóstico: Linfoadenoma del cuello.

T. V. 8 años—Inyección de tuberculina 0.005 resultado negativo, Temperatura 37°2.

2° GRUPO

Casos de afecciones francamente tuberculosas en los cuales la tuberculina ha ratificado el diagnóstico clínico.

N° 14.

Diagnóstico: Adenitis, tuberculosa del cuello. Tuberculosis pulmonar incipiente (?).

Inyección de tuberculina 0.003—Resultado positivo Reacción 38.9.

C. E. 12 años argentino—Entrada Septiembre 8 de 1897.

Antec. Heredit. Padre enfermo.

Personales: desde muy chico aparecieron tumores en el cuello de ambos lados, en la ingle izquierda y en el pié del mismo lado. Tos continua, que aumenta á la noche, seca y sin expectoración, Hace ocho días esgarró sangre. anorexia, apirexia, voz un poco ronca.

Septiembre 12.

Estado actual. Talla mediana: Nutrición regular, presenta en el cuello, en las ingles y en el pié izquierdo cicatrices, retraídas y unídas. Adenopatía periférica generalizada.

Pulmones, por delante normales, por detrás en el vértice derecho, hasta la espina del omóplato, lijéra sub-matitez, vibraciones vocales ligeramente exajeradas en los dos vértices. Disminución y rudeza de murmullo vesicular en los dos vértices, especialmente en el derecho; ligera respiración brónquica; hay rales brónquicos secos, diseminados y en la base derecha subcrepitantes medianos.

N° 18.

Diagnóstico—Peritonitis tuberculosa— . uberculosís pulmonar—Inyección de tuberculina 0·003 Resultado positivo —Reacción 39.

A. D 10 años—argentina—Entrada. Julio 30.

Antes. Hered—Padre alcoholista.

Ant. personales—Sufre del vientre hace 2 años.

Estado Actual—Estado de nutrición precario, abdomen abultado, tenso, doloroso á la palpación, paredes delgadas masas irregulares grandes, diseminadas, alternativas de constipación y diarrea, ligeros ascensos térmicos vespertinos; se procede á una laparotomía: peritoneo parietal adherido á los órganos abdominales, se encuentra una pequeña masa gris del tamaño de una avellana adherente á la masa de las visceras abdominales.

Curación—

Muerte el 23 de Octubre—Autopsia. Ganglios tuberculosos en el mediastimo anterior, granulaciones miliares

en ambos pulmones. Las vísceras abdominales están todas adherentes entre sí. Hay masas caseosas y tubercu-los amarillentos del tamaño de una lenteja.

N° 44—Diagnóstico Coxitis tuberculosa, Inyección de tuberculina 0,005 Resultado positivo 38.9.

C. C. 5 años—argentina—Entrada Junio 30 de 1897, Ant. Hered y Personales, Buenos.

Hace 4 meses sufrió una caida, desde entonces la marcha se hizo irregular—Miembro inferior izquierdo flexionado, *lordosis* acentuada en la región lumbar. Región trocanteriana dolorosa, deformada, flexión, adducción y rotación externa del miembro atrofia muscular.

Ms W. 9 meses argentina.

N° 24 Diagnóstico—Adenitis tuberculosa del cuello.

P. C. Inyección de tuberculina, 0.0003. Resultado positivo 38°9

N° 33.

Diagnóstico clínico—Tuberculosis pulmonar y mesentérica, Inyeción de tuberculina 0.002, Resultado positivo 39°.8.

S. P. 14 años argentino—Entrada 4 octubre.

Ant Hered. Padre epiléptico—Hermanos Tuberculosos.

Ant. Personales. Perturbaciones digestivas en la primera infancia.

N° 16.

Diagnóstico—Meningitis tuberculosa.

Inyección de tuberculina 0,0001 Resultado positivo Reacción 39°.8

C. P. 4 años, argentina Entrada 17 de 1897.

Ant Hered. sin importancia.

Ant. Personales: Hace un mes tuvo vómitos, fiebre, constipación, decaimiento general, afección que fué clasificada en el público como fiebre trfoídea, 10 días después de aparente salud vuelven los vómitos, fiebre y constipación, siendo los vómitos muy frecuentes durante una semana, aun sin dijerir alimentos. Estado actual: facies tifoídea. Enflaquecimiento pronunciado. Lengua humeda, saburral rosada en los bordes y punta. Vientre deprimido micropoli-adenopatía en las axilas, ingles y cuello, pupila derecha reacciona perezosamenle: la ízquierda, más dilatada no reacciona, reflejos rotulianos disminuidos, hay hiperestesia, anorexia y constipación absoluta; pulso desígual, dicroto, frecuente (110); sueño interrumpido por pequeños grítos. Temperatura 37° 9.

Es retirada por los padres á las 48 horas de su ingreso.

N° 7—Diagnóstico. Osteitis tucerculosa del tarso—Inyección de tuberculina—0·001 Result. posit. 39°7.

J. F. 3 años—Argentina--Entrada Julio 22 de 97.

Ant. Hered. y personales *no hay*—Fué operada el 23 de Julio. Extirpación de los 4 últimos metatarsianos, del 2° y 3 cuneiformes y del cuboides constatándose entonces la existencia de lesiones tuberculosas.

Nº 12. Diagnóstico—Mal de Pott. Abscesos por conjestión en el muslo derecho.

E. F. 5 años.

Inyección de tuberculina 0005—Resultado positivo. Temperatura 39°

Nº 19. Diagnóstico—Artritis tuberculosa de la cadera.

J. N. 7 años.—Inyección de tuberculina 0,005.

Resultado positivo. Temperatura 393.

3er GRUPO

Los casos que lo componen son aquellos en que podía caber alguna duda sobre la naturaleza de la enfermedad, en los cuales la tuberculina ha decidido unas veces positiva y otras negativamente.

Nº. 21 Diagnóstico: Pleuresía con derrame sero-fibrinoso. Inyección de tuberculina.

P. R. 3 años 9 meses, Argentino. Entrada Enero 15/97.

Anteced. Heredit.—La madre murió después del parto (eclampsia?)

La nodriza es tuberculosa.

Anteced. personales—Afecciones pulmonares indeterminadas después del destete.—Coqueluche á los 10 meses. La enfermedad actual comenzó hace un mes con malestar, inapetencia, puntada al costado y fiebre.

Estado actual: Pulmón izquierdo. Sonoridad exagerada hasta el ángulo del omóplato. Matitéz por debajo, no hay

vibraciones en la parte mate, respiración turbaria; por delante matitez en casi toda la extensión. Matitez cardíaca no se puede precisar; hígado grande; bazo grande, se hace una punción. Sale de alta.

Ingresa nuevamente Octubre 14/97. Ha tenido tos intensa, vómitos y fiebre, en el servicio no presenta fiebre. Tos poco frecuente.

Pulmones por detrás: Sudmatitez por debajo de la punta del omóplato del lado izquierdo. A la derecha: lijera submatitez, entre la columna y el omóplato.

Respiración brónquica suave en los dos vértices. más fuerte á la derecha.

Disminución del murmullo vesicular en la base izquierda. Por delante pulmón izquierdo desde la segunda costilla hacia abajo, matitéz que se confunde con la del corazón y que llega por fuera hasta un través de dedo, por dentro de la linea axilar anterior. Punta del corazón desviado hacia á la izquierda.

Depresión del tórax en el costado izquierdo. Ganglios del cuello ligeramente hipertrofiados. Bazo hepertrofiado igualmente.

Nº. 22. C. T.—2 1/2 años—Argentina. Entrada, Abril 5/97.

Bronco, neumonia crónica; tuberculosis generalizada (?); enteritis crónica.

Inyección de tuberculina 0.001. Resultado negativo 37.5.

Su padecimiento actual principió hace 5 meses con tos

y fiebre ligera, fenómenos que luego se hicieron más intensos acompañándose de díspnea y decaimiento general. Cuando es traída al consultorio (28 Enero 97), tiene diarrea (4 á 6 deposiciones), vómitos y ha enflaquecido considerablemente. Persiste la dísnea y la tos que es frecuente y húmeda; tiene además fiebre, sudores profusos, y pulso frecuente.

La cabeza es grande, pronunciadas las eminencias frontales y parietales; fontanelas osificadas.

Los huesos de las estremidades están gruesos en las epífisis; el tórax aplanado al nivel del apéndice cifoides.

Presenta adenopatía periférica generalizada.

Tórax—Rales subcrepitantes en ambos vértices y murmullo vesicular rudo. Base izquierda *mate* con respiración brónquica y rales subcrepitantes. Rales brónquicos difusos.

Abdomen.—Timpanismo.

Higado y bazo aumentados de volumen.

En la zona mate del pulmón izquierdo se practica una punción y resulta *blanca*. Se prescribe, buena alimentación, arsénico é antisépticos intestinales.

La tos disminuye, el vientre se regulariza, mejora el estado general, pero continúa con fiebre.

Se hacen dos inyecciones sucesivas de tuberculina (0.0001 y 0.0002) sin obtener reacción alguna.

Hay alternativas de fiebre y de apirexia, de diarrea y deposiciones normales.

Al ingresar á la sala, el estado de sus órganos es idéntico al mencionado aunque en menor grado las lesiones.

Existe la zona mate en la base izquierda pero es menos extensa y obscura.

Nuevas inyecciones de tuberculina quedan sin resultado.

A mediados de Mayo parece imponerse el diagnóstico de tuberculosis generalizada.

La fiebre ha tomado un tipo intermitente, héctica; la diarrea ha vuelto y el estado general se ha empeorado nuevamente.

Subsisten los signos físicos, pulmonares.

El peso ha disminuído.

Junio 12.—La apirexia ha vuelto; el apetito y la alegría renacen pero el enflaquecimiento persiste. Los fenómenos pulmonares se han modificado; la zona de matitéz es á penas perceptible y ha desaparecido la respiración brónquica quedando solo un murmullo rudo y rales bronquiales difusos.

Agosto 12—Se hace una última inyección de tuberculina de 0.0005 sin reacción.

Desde el 22 de Agosto la temperatura vuelve á subir á 38°.6 y 39° en los días sucesivos; en las mañanas del 27 y 28 baja á 36°.4 y 37°.

Continúa la diarrea (3 á 4 deposiciones).

Agosto 30.—La T. desciende á 35°/7.

Vientre siempre timpánico, diarrea; bazo é hígado muy grandes.

Base izquierda submate; vuelve á notarse respiración brónquica.

El decaimiento se hace extremo y la niña sucumbe.

Autopsia

Peritoneo normal; pleuras idem; pulmón idem derecho. El lóbulo inferior del pulmón izquierdo, está duro, color rojo obscuro, sin aire (carnificación); trabéculas fibrosas abundantes, lo cruzan en diversos sentidos y existen también en el lóbulo superior. *Nada de tuberculosis.*

Ganglios peri-traqueo-brónquicos algo infartados pero no caseosos.

Ganglios mesentéricos infartados (no caseosos).

Hígado grande, liso, uniforme: (sin tubérculos) Bazo idem

La última porción del ileon inyectada presenta pequeños puntos hemorrágicos y erosiones superficiales; folículos cerrados y placas de Peyer algo salientes.

Nefritis parenquimatosa, muy aparente, en el riñón izquierdo.

Diagnóstico: Esclerosis pulmonar, lobar, consecutiva á bronco-neumonia; enteritis crónica; nefritis parenquimatosa.

Nº 32—Diagnóstico: Coxitis crónica.

Inyección tuberculina, resultado negativo, 0.001. Temperatura 37°.3.

V. F. 7 años, Argentina. Entrada: Enero 97.

Pl. Ant. Hered. y personales. No hay.

Estado actual. Miembro inferior izquierdo en rotación externa. Región trocanterea deformada. Lijera atrofia del miembro, la palpación no deja sentir bien el trocánter

y hay espesamiento de las partes blandas. Inmovilidad completa de la articulación. Operada el 19 de Julio. Se encuentra la cabeza del fémur desprovista de cartílago, no hay fungosidades ni granulaciones.

Nº 41—Diagnóstico—Coxitis crónica.

Inyección de tuberculina 0.0005. Resultado negativo. Temp. 37°.2.

J. W. 2 1/2 años. Ruso. Entrada Mayo 22.

Ant. Hered. Buenos.

Ant. Pers. Buenos.

Hace tres meses sufrió una caída. Miembro inferior izquierdo, en enflexión y abducción. Movimientos activos y pasivos, difíciles y dolorosos.

Nº 16. E. G. 2 1/2 años.

Entrada. Agosto 6/97.

Bronco-neumonia de focos confluentes. Pleuresía seca; resolución.

Inyección de tuberculina 0.0001, resultado negativo. Temp. 37°.1.

Antecedentes.—La enfermedad actual comenzó hace 8 meses con un fuerte resfrío; fiebre por la noche, dispnea. Aun persiste este estado.

Estado actual.—Regular panículo adiposo.

Hay dispnea objetiva; micro-poli-adenopatía. Temp. 37°.8.Pulso, 140 p. m.

Pulmones.—Derecho, por detrás matitez en la base: en

esta zona la respiración es tubaria y se oyen rales subcrepitantes finos.

Los mismos fenómenos en la parte inferior de la region axilar.

Izquierdo.—Por detrás, desde la punta del omóplato hasta la base, sub-matitez timpánica y respiración tubaria; hay además rales crepitantes, sub-crepitantes y algunos sibilantes.

Lengua saburral, ancha, bordes rojos.

Hígado y bazo, ligeramente aumentados de volumen.

Agasto 9.—Temperatura por la noche 39.2.

Agosto 10.—Temp. normal; la dispnea ha deparecido esa, solo persiste la tos. Matitez y respiración ubaria han desaparecido en ambas bases donde se oyen algunos rales subcrepitantes.

Estado general excelente.

Agosto 12.—A las 11 a. m. se inyecta 0.001 de tuberculina y á las 6 p. m. temperatura 37°.2.

Agosto 13.—Los focos pulmonares están netamente marcados por una respiración brónquica y rales sub crepitantes finos.

Septiembre 15.—Estado general muy satisfactorio. Solo persiste en la base izquierda ligera submatitez y disminución del murmullo vesicular.

Septiembre 20.—Alta.

Nº 8. Diagnóstico clínico: Esclerosis pulmonar consecutiva á pleuresía con derrame. Bronquitis crónica y bronquectasia.

Inyección de tuberculina 0,001. Resultado negativo. Temp. 37°.4.

M. J. 12 años, Argentina. Entrada Junio 13/97.

Ant. Hered. no hay.

Ant. Personales. Hace 15 días ha comenzado á tener tos, espectoración clara, no sanguinolenta. fiebre de mediana intensidad. vómitos, y puntadas al costado izquierdo. En este estado ingresa al servicio. Los Dres. Llambías, Mir y López constatan entonces un estado general muy malo, poca fiebre y un hidro-neumotórax izquierdo. En Enero 97, se encuentran los siguientes signos que persisten desde el año anterior. Depresiones intercostalos en el lado izquierdo en los movimientos inspiratorios, no se perciben vibraciones vocales por agudez de la voz y espesor exagerado de la pared torácica: costado izquierdo, por delante matitez absoluta que se confunde con la cardíaca, debilísimo murmullo sin rales; por detrás mismo lado matitez y murmullo vesicular indistinto excepto en la región inter escapular donde se percibe respiración brónquica.

Febrero 97. Ha mejorado el estado general, la espectoción ha disminuido, aunque siempre líquida, sanguinolenta y fétida: se hace á veces á boca llena. (Hiposulfito de soda 3 gr. por día). Matitez por detrás reducida á los 2/3 superiores; hay respiración brónquica: por delante submatitéz y murmullo, casi normales: no hay bacilos de Koch en los esputos. Junio 97. Espectoración más disminuida pero con los caracteres anteriores. Matitéz posterior menos marcada y menos extensa: examen de esputos resulta negativo.

Sept. 1º. Se ha producido una hemóptisis que cede á la ipeca: estado general excelente. La zona de matitez por detrás está limitada al vértice y hasta 2 traveses de dedo por debajo de la espina, hay solamente submatitéz. Murmullo vesicular débil. Por delante percusión y auscultación normales.

Nº 31. Diagnóstico. Tumor del cerebelo.

Inyección tuberculina 0,002. Resultado negativo. Temp. 37-4.

J. S. 2 1/2 años, Argentina. Entrada Agosto 13|97.

Ant. Hered. Buenos.

Ant. Personales. Hacen 6 meses tuvo perturbaciones en la marcha que se agravaron hasta el punto de impedirla completamente. Convulsiones clónicas, diarrea y fiebre elevada, ha perdido el uso de la palabra y el conocimiento, la visión completamente perdida. Ha tenido vómitos.

Estado actual. Buen estado de nutrición. Yace en la cama en decúbito dorsal, la mirada fija en el techo, pequeños movimientos de rotaciòn de la cabeza, más frecuentes y pronunciados á la izquierda, temblor del miembro superior del mismo lado, movimientos conjugados de la cabeza y ojos bien. Las pupilas no reaccionan á la luz. Ganglios submaxilares y supraclaviculares infartados, nuca algo rígida, respiracíón irregular y desigual, miembros superiores contracturados, miembros inferiores: Pes calcáneo, no hay reflejo patelar, contracturas de ambos miembros, sensibilidad al dolor conservada.

Hay neuritis óptica, Bulimia.

Nº 20 Diagnóstico: Icteria catarral, bronco neumonia en resolución, coqueluche.

Inyección de tuberculina 0,002. Resultado negativo.

Temp. 37.4

H. S. 5 años, Argentino. Entrada Octubre 6/97.

Ant. Hered. y Pers. Se ignoran.

Fué encontrado en la vía pública con dispnea, tos y fiebre.

Estado actual. Tegumentos externos con cicatrices de abscesos y erupciones pustulosas, (probablemente). En decúbito dorsal, miembros relajados, piel y mucosas ictéricas. Dolor á la presión ligera en la región lateral derecha del tórax y en la hepática; micro poliadenia: hipocondrio derecho ligeramente abovedado, tos seca á veces quintosa, pulmones por detrás, vertice submates, por delante timpánicos. Lado derecho rales mucosos y sibilantes diseminados. En el vertice izquierdo, respiración brónquica; hacia abajo rales deseminados de bronquitis mediana.

Por delante en ambos lados, respiración pueril y rales sibilantes.

Abdomen.

Higado grande y doloroso á la presión.

Pulso 110; temperatura remitente.

Orina concentrada, ictérica.

Octubre 12.—Ictericia desaparecida: dolores atenuados.

La submatitez no existe ya en el vértice derecho; persiste en el izquierdo, así como ligera respiración brónquica; rales mucosos difusos.

Prescripción. Benzoato sodio y codeína.

Octubre 19—Continúa la tos, violenta, espasmódica.

La temperatura casi normal, ascendió el 17 durante 5 ó 6 horas entre 39° y 40°. Buen estado general; regular apetito.

Persiste la zona mate, y la respiración tubaria en el vertice izquierdo por detrás: por delante, murmullo débil; rales bronquiales abundantes.

Prescripción: tintura de belladona á grandes dosis.

Octubre 21.—La coqueluche se confirma y pasa por esta razón á la casa de Aislamiento.

N° 9. Diagnótico. Hernia inguinal derecha. Escarlatina,—Adenitis tuberculosa. (?)

Inyección de tuberculina 0,0005. Resultado positivo. Temperatura 39°1.

P. G. 4 años.

Ingresó al servicio en Agosto; se le operó la hernia y á los pocos dias contrajo la escarlatina; fué enviado á la Casa de Aislamiento; volvió de allí y entonces se observó la presencia de una adenitis en el cuello. A los pocos días fué retirado del servicio.

N° 13. Diagnóstico: Pio-neumotorax izquierdo. Esclerosis pulmonar consecutiva.

Inyección de tuberculina 0.005. Resultado negativo. Temperatura 37.1.

J. A. 10 años, Argentino.

Anteced. Heredit. Madre tuberculosa. Padre reumático.

Anteced. Personales. Hacen 3 meses comenzó á sentir malestar general y tos muy frecuente. Por la tarde estaba ligeramente febriciente.

Hace un mes en un acceso de tos expulsó un líquido purulento y fétido, 300 gr. más ó menos; desde entonces ha continuado la expectoración purulenta y fétida.

Estado actual. Mal estado de nutrición. Uñas hipocráticas.

Pulmón derecho parte anterior arriba sonoridad, lijeramente exagerada.

Pulmón izquierdo; por detrás, matitez que comienza desde el noveno espacio intercostal hasta la base y se extiende á la región axilar y á la parte anterior del tórax donde no existe el espacio de Traube; esta matítez se eleva por delante hasta el spétimo espacio intercostal.

En la parte anterior, en el vértice hay resonancia exagerada; no hay vibraciones vocales al nivel de la zona mate.

En el pulmón izquierdo se nota arriba, resonancia metálica: abajo disminución del murmullo y cuando el enfermo se recuesta sobre el costado derecho le sobreviene mucha tos con espectoración muco-purulenta muy fétida.

Septiembre 12—La zona mate de la base persiste, aunque menos obscura.

4º GRUPO

Tres casos de Sífilis en los cuales no se ha producido la reacción.

Número 38.—Diagnóstico—Sífilis secundaria.

Inyección de tuberculina 0.005. Resultado negativo. Temperatura 36.9.

J. U., 12 años. Español.—Entr. Sept. 11.

Ant. hered. y personales, sin importancia.

Habiendo estado detenido en la cárcel, donde probablemente se hizo pederasta pasivo, aparecieron poco después de su salida, una erupción eritematosa en toda la superficie del cuerpo, infartos ganglionares en las regiones submaxilar derecha, prearicular izquierda, del cuello é inguinales: grandes condilomas planos alrededor del ano. Esfinter anal muy relajado. Placas mucosas en las comisuras labiales.

Número 26.— Diagnóstico. — Sífilis hereditaria tardía.

Inyección de tuberculina ,0.001, Resultado negativo 37.2.

M. L. C., 8 años. Argentina.—Entrada Octubre 8/96.

Ant. hered. y personales, no hay.

Dacriocistitis, ojo derecho.—Destrucción de los huesos propios de la naríz.—Adenopatía periférica generalizada. Gánglios duros indoloros.—Leucomas en ambas corneas. —Tibia izquierda muy engrosada.—Borde anterior convexo (hoja de sable). Tibia derecha menos voluminosa con exóstosis dolorosas.—Dientes pequeños, desiguales, implantación irregular, con las coronas escotadas.—Cicatrices en el paladar.

Número 37.—Diagnóstico: Sífilis secundaria.

G. R., 4 1/2 años.—Inyección de tuberculina 0.001. Resultado negativo.—Temperatura 37°.

SEÑORES ACADÉMICOS Y PROFESORES:

Al someter á vuestro alto criterio científico estos «Ensayos» no creo necesario pedir benevolencia, puesto que siempre la habeis tenido con vuestros alumnos. Lo reconozco, así como reconozco los modestos alcances de este trabajo y sus deficiencias.

Os agradezco íntimamente las lecciones con que me habeis encaminado en el sendero de la verdad y del estudio y lamento no presentaros una prueba más meritoria.

Conste mi agradecimiento especial para el Señor Académico doctor Luis Güemes que me honra con su compañía en este momento y para los doctores Araoz Alfaro, Badía, Repetto y Malbrán de quienes he recibido consejos y ayuda.

EMILIO LOUDET.

Octubre 30 de 1887.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El mejor medio nutritivo para obtener abundantes cultivos de bacilo tuberculoso, es el caldo glicerinado.

La reacción de la tuberculina no tiene valor en todos los estados hipertérmicos.

La micropoliadenopatía de los niños está lejos de ser constantemente de naturaleza tuberculosa.

Buenos Aires, Octubre 30 de 1897.

Nómbrase á los señores: Académico titular doctor Rafael Herrera Vegas, Académico honorario doctor Telémaco Susini, Profesor substituto doctor Julio Mendez para que, constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1897.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Emilio Loudet.

« En el local de la Facultad á 9 de Noviembre de 1897,
« reunidos los que suscriben encargados de dictaminar res-
« pecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el
« ex-alumno D. Emilio Loudet, que versa sobre *Ensayos*
« *de Tuberculinodiagnosis* resolvieron admitirla, con lo que
« terminó el acto.—(Firmados:) *Rafael Herrera Vegas,*
« *Telémaco Susini, Julio Méndez.*» — Firmado : *Zenón*
« *Aguilar.*

Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Acuña.