

puntos arriba dichos, en Nicaragua y en la Habana. Parece que es producido por un micrococcus especial cultivado por el Dr. Bruce, quien le llama "Micrococcus Melitence," y ha preparado un suero-reactivo, á semejanza del de Widal, que sirve para hacer el diagnóstico de dicha fiebre, porque se conglojera el citado micrococcus de la misma manera que el bacilo de Eberth cuando se pone en contacto con la sangre de los enfermos de esa fimpirexia. Según el sentir de algunos médicos mexicanos, la hay en Veracruz y en otros puntos del Golfo, por lo que suplicó al Sr. Dr. Gaviño se sirviera emprender estudios sobre el particular, pidiendo el sero-reactivo correspondiente.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.



TERAPEUTICA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

CURACION DE LA TISIS PULMONAR

Desde el año pasado, tuve el propósito de dedicar á la Academia un análisis numérico de las observaciones que he recogido, sobre tuberculosis pulmonar. Lo emprendí así, pero cuando llegó la época de mi lectura reglamentaria, no había analizado más que 20 observaciones y no creí deber traer á esta docta Corporación el estudio de tan corto número de observaciones; y no habiendo podido terminar ese trabajo, me resuelvo ahora á ofrecerle un estudio preliminar, inspirado en la lectura de mis observaciones, pero que se refiere especialmente al tratamiento curativo de la tuberculosis de marcha crónica, en su período inicial.

I

La mayor parte de las observaciones se refieren á personas que vienen enfermas de Yucatán; algunas de otros lugares de la costa del Golfo; otras, en menor número, del litoral del Pacífico, y muchas á enfermos de esta Capital ó de otros puntos de la Meseta Central.

En casi todas las observaciones está consignado que ha habido tuberculosos entre los ascendientes de los enfermos: padres, abuelos, tíos, hermanos, etc.; casi siempre la predisposición ha venido del lado materno ó paterno y raras veces de estos dos

lados á la vez. No siempre los enfermos tuberculosos, que hacen el objeto de este estudio, han vivido bajo el mismo techo de sus consanguíneos, afectados del mismo padecimiento. La edad ha variado entre 15 y 50 años. Es mayor el número de mujeres que de hombres que he observado. La mayor parte de los enfermos han sido de constitución débil, pero algunos tienen las apariencias de la salud y aun de la robustez, este último hecho se observa entre los que tienen la enfermedad en su principio. En los antecedentes personales encuentro frecuentemente una serie de ataques anteriores de fiebres intermitentes, que no he sabido si referir al paludismo, que reina endémicamente en nuestras costas, ó á manifestaciones lejanas de la misma tuberculosis.

Otros enfermos han tenido ataques repetidos, á distancias variables, de dispepsia gástrica ó de diarrea. En muchas observaciones está consignada la existencia de signos evidentes de anemia; en muchas jóvenes están anotadas perturbaciones menstruales ó la amenorrea.

En un gran número de casos, el principio de la enfermedad se remonta á un ataque de Influenza; en otros á un enfriamiento brusco; en algunos, los primeros síntomas pulmonares han aparecido después de la dispepsia gástrica ó de la diarrea. Es muy frecuente en los enfermos de la costa, que consideren como el punto de partida de la enfermedad una hemoptisis. Es muy difícil fijar la edad de la enfermedad, sin embargo, considero como principio aparente de ella, la época en que se revela al enfermo por la existencia simultánea: de la tos, de la fiebre y el enflaquecimiento; ó por la aparición de la primera hemoptisis. En los enfermos que me ha sido dado observar en su principio, he podido comprobar además, variaciones en el timbre, el ritmo ó el tono de la respiración; y variaciones ligeras, pero perceptibles, en la resonancia del tórax al nivel de los puntos enfermos.

II

La tos es un síntoma constante, pero variable en su intensidad, su frecuencia ó sus caracteres. Unas veces es seca, pequeña y gutural; más frecuentemente arrastra esputos variables por su aspecto, consistencia, abundancia, su sabor y olor. Las tosiditas son separadas, aun cuando sean frecuentes; otras veces vienen con la forma de accesos de frecuencia variable, pero cuya intensidad va aumentando hasta causar vómitos, sobre todo cuando el acceso aparece después de las comidas. Algunas ve-

En 85 autopsias encontrase tuberculosis.	No ulcerosa.	Pulmón derecho solo.	28 vértice, y atrás. 1 lóbulo inferior.
		Pulmón izquierdo solo.	25 veces.
	Ulcerosa.	Pulmón derecho.	78 casos, más avanzado en los vértices.
			23 vértice. 1 lóbulo medio. 2 lóbulo inferior.
		Pulmón izquierdo.	15 vértice. 3 lóbulo inferior.
			Ambos pulmones.

Las observaciones que me proporcionó el Sr. Doctor Huici están incluidas en este cuadro.

De su examen se desprende que la lesión es más frecuente en el pulmón derecho que en el izquierdo, y que lo es más en el vértice que en las otras partes del pulmón. Estos datos comprueban mis observaciones; no así las que se refieren á la invasión de los dos pulmones, pues yo encuentro este hecho muy raro y en el cuadro es el más frecuente. Si el número de casos en que la lesión se observa en los dos pulmones es más considerable que el que corresponde á cada uno de ellos, esta diferencia se explica porque mis observaciones se refieren á casos incipientes, mientras que las recogidas en el Hospital de San Andrés, lo han sido de enfermos que sucumbieron, á la tisis pulmonar, precisamente por los progresos de la enfermedad, que en sus últimos períodos se extiende á los dos pulmones.

III

Antes indiqué que estudiaría la cuestión de los bacilos de Koch en los esputos de los tuberculosos, y voy á expresar la opinión que tengo sobre el particular. Si en un enfermo que tiene desde hace algunos meses tos, dispnea, fiebre, con los caracteres de que he hablado anteriormente, y enflaquecimiento progresivo y signos locales de impermeabilidad al aire, en puntos limitados, en los sitios antes mencionados del pulmón; y si el examen del esputo descubre los bacilos de Koch, ese enfermo tiene evidentemente tuberculosis pulmonar. Pero si en otro

enfermo que se encuentre en las mismas circunstancias que se acaban de indicar, el examen del esputo no descubre el bacilo de Koch, no debemos declarar, por este solo hecho, que el tal enfermo no tiene tuberculosis pulmonar. La ausencia del bacilo en el esputo, en este caso, significa que ese esputo no viene del foco tuberculoso, ya sea que éste esté cerrado, ya sea que venga de bronquios que no estén en comunicación con el foco. Por otra parte, en los casos incipientes, que son aquellos sobre los cuales quiero llamar la atención, la observación me ha enseñado que con frecuencia no se encuentre el bacilo de Koch en el esputo. Precisamente para estos casos, es para aquellos en los que se debe insistir en el conjunto de caracteres á que antes hice alusión. Sin embargo, si existiera la duda, se puede ocurrir á la Radiografía, como lo he hecho, en casos que eran indudables para mí, pero dudosos para algunos compañeros. Después del descubrimiento de Koch, y cuando los médicos se familiarizaron con la técnica para descubrir el bacilo, se estableció esta proposición: *para declarar que un enfermo está tuberculoso, es preciso demostrar que sus esputos contienen el bacilo de Koch.* Pero comenzaron á multiplicarse las observaciones de enfermos verdaderamente tuberculosos en quienes exámenes muy repetidos y muy bien hechos, no descubrían el bacilo. Los casos de granulia que conducían rápidamente á la muerte; en los que la demostración de existencia de tubérculos en el pulmón era evidente sin que hubiera bacilos en el esputo, enseñaron que aquella proposición no era exacta en todos los casos. Las autopsias de personas en las que el conjunto de circunstancias de que antes he hablado, había establecido el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, sin que los esputos hubieran presentado el bacilo, restringieron aún la universalidad de aquella proposición. La Anatomía Patológica demostrando que el bacilo no podía venir en el esputo mientras el foco tuberculoso no comunicara con un bronquio, por el proceso ulcerativo, vino á explicar aquellos casos en que los otros signos habían revelado la existencia de la enfermedad, no obstante que faltaban los bacilos en el esputo.

Definido el hecho de que se necesita que el núcleo tuberculoso se ulcere para que pueda vaciar sus bacilos en los bronquios y que la tos los arrastre con las mucosidades hacia el exterior, ya podemos comprender cómo la presencia del bacilo en el esputo no puede ser un signo precoz de la existencia de la tuberculización pulmonar en su principio. El entu-

siasmo que acompaña siempre á los descubrimientos, hizo pensar que no sólo se podía demostrar la existencia de la tuberculización pulmonar por el hallazgo del bacilo en los esputos, sino que el número de aquéllos, su agrupación y otros caracteres, podían servir de base para juzgar de la extensión de la enfermedad y precisar el pronóstico. Estudios posteriores emprendidos en todas partes y confirmados por las autopsias, vinieron á demostrar la inexactitud de las miras de los primeros observadores; aquellos estudios se han multiplicado ulteriormente, y no quiero dejar de mencionar los que entre nosotros ha hecho el modesto y estudioso bacteriologista señor Dr. González Fabela, que confirman los que se han ejecutado en otras partes; y reservo para otro estudio los interesantes detalles que sobre este asunto me ha comunicado.

Debo recordar en este lugar, que los datos que proporciona la Radiografía son paralelos á los que suministra la percusión; así como ésta nos manifiesta por los diferentes tonos de la resonancia el grado de condensación que ha sufrido el pulmón; así la Radiografía nos descubre esos mismos grados de condensación, por la sombra más ó menos oscura que representa el núcleo tuberculoso en el pulmón enfermo.

Así como es útil la percusión para demostrar que los núcleos tuberculosos disminuyen en el pulmón, lo es también la Radiografía para enseñar que han vuelto á ser transparentes, en la prueba fotográfica, los lugares del pulmón que antes estuvieron más ó menos opacos.

IV

Para fijar los antecedentes de familia, los personales, el sexo y edad de los enfermos, las localizaciones de la enfermedad en uno ú otro pulmón y los sitios de éste que estaban enfermos, he utilizado las observaciones que tengo consignadas, porque se referían á hechos comprobados por mí mismo; pero entre estas observaciones hay algunas de personas que han concurrido á la consulta una ó dos veces solamente ó al menos un número reducido de veces. Esas observaciones no las voy á tomar en cuenta en lo que voy á decir, sino aquellas otras en las que he podido seguir el curso de la enfermedad por un tiempo más ó menos largo, y que me servirán para estudiar su marcha, el pronóstico y los resultados del tratamiento.

Antes de pasar adelante, voy á hacer una declara-

ción que se desprende de mis observaciones y que confirma la de todos los médicos que se han ocupado de esta enfermedad: la tuberculización pulmonar es tanto más curable cuanto más cerca del principio se atiende á los enfermos. Las probabilidades de éxito dependen en segundo lugar del estado de salud anterior del paciente; del estrago que haya hecho en él la enfermedad actual, en igualdad de tiempo; de las condiciones higiénicas en que va á ser colocado; de su docilidad para someterse al método; de su constancia en seguirlo y de que no aparezcan complicaciones que entorpezcan el curso natural de la enfermedad hacia la curación.

Enfermos hay en quienes desde el principio del tratamiento se nota la tendencia á la curación, mientras que en otros permanece estacionaria la enfermedad ó hace progresos, y entonces se necesita mucha fe en el éxito final del tratamiento para continuarlo.

Antes de pasar adelante, quiero consignar un hecho que mis observaciones enseñan claramente y que está en oposición con una de las conclusiones á que se llegó en el Congreso de la Tuberculosis, verificado en 1899 en Berlín. Allá se estableció que llevar á los enfermos tuberculosos á las altitudes, no tenía influencia favorable para la curación de la enfermedad. En México mis observaciones en un período de más de 26 años me permiten llegar á lo conclusión opuesta. Por circunstancias enteramente especiales, la mayor parte de los enfermos que he tenido que tratar, han venido de los dos litorales de la República: pocos del Pacífico, muchos del Golfo, muy especialmente de la Península de Yucatán, y entre éstos los de Mérida, comprenden el mayor número de los que he tenido que atender; pues bien, en casi todos, el solo hecho de venir de la Costa á la Meseta Central ha señalado el principio del alivio.

Si, pues, están de acuerdo todos los que se han ocupado de este asunto, de que mientras más temprano se emprende el tratamiento, mayor es el número de probabilidades de curación, se impone la necesidad de hacer el diagnóstico precoz de la enfermedad. Desde hace 10 años viene el Profesor Grancher empeñándose en divulgar la utilidad y la posibilidad de hacer ese diagnóstico precoz. La utilidad es incontestable, pues mientras más pronto se conoce la enfermedad, más rápidamente se instituye el tratamiento, se vigila al paciente, se le enseña á cuidarse y á cuidar á los que le rodean. La posibilidad de hacer el diagnóstico precoz ha sido de-

mostrada por el Profesor que acabo de citar. El ha combatido las ideas preconcebidas sobre las dificultades que presentaba el diagnóstico de la enfermedad en su período inicial y ha enseñado la manera de valerse de todos los datos que contribuyen á hacer sospechar que el tal enfermo va á ser tuberculoso pulmonar: los antecedentes de la familia, el género de ocupación, el medio en que se vive, la compañía de tuberculosos declarados, los padecimientos dispépticos precursores, la desnutrición general; todo ha sido estudiado para inducir al médico á la sospecha de que el enfermo que se tiene delante va á ser tuberculoso.

La certidumbre del diagnóstico se obtiene haciendo la exploración minuciosa y delicada de aquellos lugares del tórax en donde he indicado que aparecen los primeros síntomas del mal. En efecto, el estudio de las modificaciones que sufre el ruido respiratorio en los lugares del pulmón que comienzan á enfermarse, están muy bien descritos en los libros clásicos; después vienen los cambios que las lesiones pulmonares van imprimiendo al sonido de percusión; en la parte anterior del tórax, á estos datos se agrega la transmisión de los latidos del corazón á los puntos en donde el pulmón está endurecido. Pero esta exploración necesita hacerse cuidadosamente y todo médico puede estar seguro de educar sus sentidos para percibir las más ligeras modificaciones producidas por la entrada del aire y por la metódica aplicación de la percusión. Pero si quedan dudas, el diagnóstico se puede completar por la Radioscopia y por la Radiografía y aun por la inoculación en los animales.

V

Como antes dije, el principal objeto del diagnóstico precoz, es el establecimiento inmediato del método curativo. Ya no necesita demostrarse la curabilidad de la tísis; en lo que es necesario insistir actualmente es, no sólo en la posibilidad, sino en la probabilidad de la curación, y en algunos casos en la casi seguridad de conseguirla. Nada podrá contribuir más eficazmente á producir esta convicción que el fijar los términos del problema. *En todos estos estudios he tenido en mira principalmente la tuberculización crónica del corazón, aquella en que la invasión del bacilo se hace por la vía respiratoria, en la que el bacilo invade un lobulillo pulmonar y queda como lesión inicial y limitada; aquella que tan felizmente ha comparado*

Grancher con el chancro inicial en la evolución de la Sífilis.

En otros escritos he comparado esta lesión inicial con el grano que se deposita en un terreno y al organismo con el terreno mismo. Ese grano puede quedar allí—como lo han demostrado numerosísimas observaciones—inofensivo y sin germinar hasta que viene una circunstancia cualquiera á convertir al organismo en terreno propio para la germinación de ese grano. Si, pues, no basta que exista el germen, sino que es preciso que el terreno esté preparado, está en nuestra posibilidad infertilizar ese terreno, hacerlo inadecuado para que germine el grano y ayudar al organismo en la lucha que él emprende espontáneamente para librarse del enemigo que tiende á invadirlo. Si en estas imágenes no hay la precisión que quisiera darles, quedan estos hechos incuestionables: *la tuberculosis pulmonar en su principio, es una lesión limitada, localizada. El organismo no está siempre preparado contra la invasión.* Esta doble concepción ha sido utilizada en la práctica y domina el tratamiento de la tuberculosis.

La experiencia que precede siempre á todas las explicaciones científicas ha venido demostrando que si se mejoran las condiciones del organismo, se opone una barrera á la propagación de la tuberculosis ya existente, y los medios higiénicos se presentan en primer término para realizar este propósito: el aire puro, la luz del sol, la buena alimentación, una habitación confortable, la despreocupación de los negocios, la supresión de los placeres que gastan el organismo, la quietud absoluta del enfermo, estando su cuerpo convenientemente abrigado ó el ejercicio proporcionado á sus fuerzas y hecho al aire libre ó bajo los arbolados, he aquí los primeros recursos que se pueden proporcionar al enfermo para poner su organismo en condiciones ventajosas para la defensa. El ideal de la aplicación de estos medios se encuentra en los SANATORIOS.

Nuestro primer empeño debe ser, pues, el de abogar por la instalación de estos establecimientos. Como he escrito en otra parte, los sanatorios sirven en primer lugar para la curación de los enfermos y después para su curación, en su carácter de tuberculosos; son verdaderas escuelas en donde se enseña al enfermo la manera de vivir ordenadamente, permanecer en quietud ó en actividad, según su estado, comer á horas regulares, hacer uso de los placeres en la medida de sus fuerzas y de su cultura, escupir exclusivamente en las escupideras, cambiar sus vestidos si se han ensuciado con sus propios es-

putos y deyecciones, disciplinar todos sus actos de manera que contribuyan al restablecimiento armónico de todas las funciones. Los resultados que se han obtenido en la curación de los tísicos, sobre todo de los incipientes, en los sanatorios, son hechos fuera de duda, demostrados por la observación y la estadística y no es esta la ocasión de exponer las cifras que comprueban estas proposiciones, sino la de establecer que el tratamiento higiénico en los sanatorios es un ideal al que debemos procurar acercarnos.

Pero desgraciadamente los sanatorios no existen aún en nuestro país, y si existen los enfermos tuberculosos; es pues indispensable para el tratamiento de los tísicos imitar en los hospitales ó en las casas de salud ó en las habitaciones particulares el sistema que se sigue en los sanatorios. Ante todo utilizar lo que la experiencia nos ha enseñado como bueno para nuestro territorio, esto es: inducir á los médicos de nuestros litorales á que aconsejen á sus enfermos que suban á la Meseta Central, tan pronto como sospechen que se van hacer tuberculosos ó tan pronto como descubran que ya lo están. En segundo lugar, aconsejar á los que se enferman en los puntos bajos de la Meseta Central, que pasen á los más elevados ó á aquellos cuyas condiciones higiénicas son mejores y cuyo clima tiene condiciones meteorológicas más ventajosas. Si los enfermos tienen los recursos necesarios, es mejor hacerlos vivir en el campo; pero, en todo caso, procurarles en su propia habitación las mejores condiciones.

A los enfermos á quienes atiendo en la ciudad, les aconsejo que elijan casas que no sean bajas ó al menos que estén elevadas sobre el suelo y que estén ventiladas por la parte inferior de los pisos; que el cuarto que habitan mire de preferencia al sur y si esto no se puede, al menos que mire al oriente; que sea amplio, bien ventilado, limpio; solamente con el número de muebles indispensables; provisto de sillas largas ó de sillones cómodos que les permitan, si fuere necesario, permanecer la mayor parte del día en reposo y bien abrigados, con las ventanas abiertas, excepto en el mal tiempo; les recomiendo que arreglen sus comidas, sus horas de sueño y sus distracciones como se hace en los sanatorios. En suma, imitar en la casa de cada enfermo el género de vida que se lleva en esos establecimientos.

El otro término del problema á que al principio aludí, es combatir la enfermedad ya existente por los medios que nos proporciona la Terapéutica. Como la exposición que estoy haciendo está fundada

en el estudio de las observaciones que tengo consignadas, no me creo obligado á hacer la enumeración de todos los medios que se emplean en el tratamiento médico de la tuberculosis pulmonar, sino de los que me han servido para restablecer la salud de mis enfermos ó para detener los progresos de sus enfermedades.

Me animan á comunicar los medios que he empleado, las numerosas curaciones que he podido obtener y cuyo número preciso no podría dar, no solamente porque no he podido continuar el análisis numérico de las observaciones que tengo recogidas, sino porque durante muchos años no escribí estas observaciones y no puedo contar el número de enfermos tuberculosos que he atendido durante más de 26 años. Mas como tengo la convicción de que he alcanzado numerosas curaciones completas, muchas de las cuales se refieren á personas que viven en esta ciudad, me he decidido á exponer en esta ocasión el método que aplico en el tratamiento de la tuberculosis. En lo que voy á decir, me referiré principalmente á los enfermos incipientes.

En una memoria que leí en el Congreso Internacional, que se reunió en Berlín en 1890, expuse detalladamente la serie de consideraciones que me sugirió el método terapéutico que empleo, la época de mis primeros ensayos y las aplicaciones sistemáticas que he continuado haciendo de él desde 1874. Por estar todo esto publicado, no fatigaré la atención de la Academia con la repetición de lo que ya he dicho otra vez.

Tan pronto como los síntomas de que hablé en párrafos anteriores me cercioran de que voy á tratar un enfermo tuberculoso, comienzo la aplicación del calomel, á la dosis de un centigramo cada media hora. Continúo la aplicación del medicamento hasta que aparecen la gingivitis y la colitis mercurial; la suspendo entonces, y me ocupo de curar la inflamación de las encías ó la colitis, por poco íntensas que hayan sido. Al mismo tiempo empiezo la aplicación de vegigatorios volantes al nivel del punto en donde se ha presentado la lesión inicial. Cada 5 ó 8 días repito esta aplicación arriba, abajo, á un lado del que puse primero. Si la lesión es también preceptible en la pared anterior del tórax, allí sigo haciendo la aplicación de los vegigatorios, y en las partes laterales si hasta ese lugar se extiende la lesión. Si observo marcada mejoría, retardo la aplicación del vegigatorio hasta por 10 ó 12 días; pero la continúo cualquiera que sea el número que deba emplear, hasta que desaparece el endurecimiento del pulmón.

Como hay muchas personas en quienes la renovación de los *vegigatorios* determina la formación de pustulitas y aun de diviesos alderredor de los lugares en donde se pusieron, curo aquellos accidentes y sustituyo los *vegigatorios* por la aplicación de puntas de fuego hechas con el termocauterio. Pongo á la vez 25 ó 30 puntos con la aguja del aparato mencionado. Cuando empleo este medio, repito las sesiones cada 3 ó 4 días. En las personas muy pusilánimes sustituyo los revulsivos anteriores por las aplicaciones reiteradas de tintura de yodo ó de pomada con biyoduro de mercurio.

Si al comenzar el tratamiento, el enfermo tiene cafarro gástrico ó intestinal, empleo siempre el calomel, pero lo hago seguir del método apropiado hasta conseguir el restablecimiento de las funciones digestivas, pues su integridad es indispensable tanto para alimentar al enfermo, como para aplicar las otras medicinas de que voy á hablar.

Si el aparato digestivo está en buen estado, comienzo el uso del yoduro de sodio, en solución acuosa al quinto, comenzando por cinco gotas, aumentando cinco cada día hasta el límite de la tolerancia fisiológica, y vuelvo á empezar por cinco. Si el yoduro de sodio es mal tolerado, lo sustituyo por el de estroncio, y en ese caso empleo de preferencia la solución de Paraf-Javal. Si los yoduros no son tolerados, empleo el yodoformo; si les repugna á los enfermos ó no lo toleran, empleo la tintura de yodo, aumentándola lentamente. La aplicación del yoduro la continúo como la de los *vegigatorios* mientras hay endurecimiento del pulmón, *suspendiéndola* cuando sobreviene alguna perturbación digestiva ó para hacer lugar á otra medicación que exija alguna de las complicaciones que sobrevienen en el curso de la enfermedad principal.

Durante muchos años he aplicado simultáneamente, con el yoduro, el arsénico y la estrienina, en esta forma: Arseniato de sosa 0 gramos 03; sulfato de estricnina, 0 gramos 06; extracto de genciana ó de ruibarbo ó cuasia, 3 gramos, para hacer 30 píldoras y dar una con cada uno de los tres alimentos principales. Desde que se ha introducido el uso del cacodilato de sosa, lo he sustituido al arseniato de la misma base, en la fórmula anterior. En los casos de intolerancia del cacodilato por las vías digestivas, comencé á hacer uso de esta sustancia en inyecciones subcutáneas, con tan buen éxito que, bajo su influencia, descendía rápidamente la temperatura y en muchos casos desaparecía la fiebre. Desde entonces suprimí de la fórmula antes mencionada, el ca-

codilato, y lo empleo exclusivamente bajo la forma de inyección hipodérmica, que hago repetir cada tercer día, hasta que he aplicado 15 inyecciones; lo suspendo entonces, deajo pasar 8 ó 10 días y emprendo una nueva serie.

Desde el principio del tratamiento establezco el método higiénico antes mencionado. Me empeño en hacer la alimentación tan abundante y variada como sea posible; recomiendo á los enfermos que acostumbren introducir la leche en sus alimentos; que la tomen en medio de las comidas, como otras personas toman agua, cerveza ó vino; pongo el mayor empeño en no forzar el aparato digestivo, pero sí hago el aumento lento y progresivo de la alimentación.

Bajo la influencia de este plan, la mejoría se hace sentir después de los primeros días: comienza á descender la temperatura, á tener menor duración el acceso febril, los sudores disminuyen, si los había: la tos se modifica en la duración de los accesos, en su intensidad y en su frecuencia; renace el apetito, las fuerzas comienzan á volver, y el aumento progresivo del peso del cuerpo, descubre la mejoría en la nutrición. Al mismo tiempo empieza á observarse que el aire penetra más fácilmente al derredor de la lesión inicial del pulmón. Si el alivio progresa, no tardan en corresponder los datos que proporciona la percusión, á los que había señalado la auscultación.

Si todo camina favorablemente, no hay que hacer innovaciones en el método; cuando mucho se retarda la aplicación de los *vegigatorios*, se suspende de cuando en cuando el uso del yoduro, el de la estricnina, ó se retarda la aplicación de las inyecciones de cacodilato.

Hay enfermos en quienes la evolución favorable de la enfermedad no se detiene, y la vuelta de la salud se consigue en dos ó tres meses. Aun en estos casos tan favorables, el tratamiento higiénico y medicinal debe ser continuado por mucho tiempo. Si los enfermos son de la costa, no se les debe permitir la vuelta á sus hogares, hasta que la curación quede asegurada y que uno se cerciore, por una vigilancia periódica, de que la enfermedad no ha reincidido. Si aun quedare alguna duda, se podría recurrir á la Radiografía, que permite cerciorarse de que el pulmón ha recobrado su trasparencia en aquellos lugares en donde la opacidad señalaba núcleos tuberculosos.

Pero desgraciadamente no siempre pasan las cosas como acabamos de decir. O por infracciones á los preceptos de la higiene, ó porque á despecho del

tratamiento la evolución de la tuberculosis, progresa, ó porque sobreviene una bronquitis ó una pleuresía, ya sea inmediata del foco ó á distancia, ó una pleumonía, vuelve la tos ó aumenta de intensidad, sube la temperatura ó reaparece la fiebre que ya estaba extinguida; se pierde el apetito, el peso baja ó queda estacionario, y de ordinario, los medios físicos de exploración descubren el aumento de la lesión local que ha engendrado las manifestaciones de que acabo de hablar, ó descubre algunas de las complicaciones á las que me acabo de referir. En estos casos procedo como se hace de ordinario en el tratamiento de la Sífilis: vuelvo á comenzar dicho tratamiento, pero con las modificaciones de que voy á hablar.

Si los accidentes revisten el grado de gravedad que tenían cuando ví por primera vez al enfermo, administro, como entonces, un centígramo de calomel cada media hora, y aun ocurro á las unciones mercuriales para obtener una rápida saturación. Si los accidentes son menos intensos, doy un centígramo de calomel cada hora, y aun medio centígramo, si el ataque es más ligero. Si segunda y tercera vez nuevas porciones de pulmón son invadidas, vuelvo á administrar el calomel, pero á dosis más pequeñas y más retardadas. Si el estado de las vías digestivas contraindica la administración del calomel ó si las manifestaciones de la nueva invasión se hacen lenta y sordamente, ocurro á la maza azul inglesa, á la dosis de 5 centigramos cada día, pero sostenida por tres ó cuatro semanas. Casos hay en los que he repetido la aplicación del mercurio hasta cuatro veces en el curso de la enfermedad.

Si sobrevienen pleuresías limitadas, hago aplicaciones de vegigatorios volantes repetidos, en los sitios en donde se presenta la pleuresía. Si sobrevienen bronquitis, las atiendo por los medios habituales. Si la bronquitis es fétida, á los recursos comunes agrego inhalaciones de tintura benzoica compuesta, de la Farmacopea Americana, en esta forma: mezclo una cucharada cafetera de esa sustancia á 100 partes de agua hirviendo; pongo la mezcla en una tetera pequeña de porcelana, y al tubo de salida del líquido le adapto un tubo de caucho para proteger la boca del enfermo y hacer más fácil la aplicación; recomiendo repetir las inhalaciones cada 6 horas, durante un minuto. Si no desaparece la fetidez de los esputos, sustituyo estas inhalaciones con las de la solución de ácido fénico al 2 por 100.

En todos estos casos hago que los enfermos no abandonen su cuarto y que permanezcan en reposo

completo hasta la cesación de los accidentes, ó hasta que la enfermedad vuelve á tener el curso favorable que presentaba antes de la agravación.

La Influenza es la más grave complicación que puede sobrevenir á un tuberculoso. Puede uno considerarse como feliz, si solamente detiene el curso favorable de la enfermedad hacia la curación; pero ordinariamente la agrava y los medios de exploración del tórax dejan descubrir nuevos núcleos de tuberculización pulmonar al mismo tiempo que reaparece la fiebre, si ya no la había, ó se aumenta la existente; la tos se hace más frecuente, más intensa y por accesos; se pierde el apetito y las fuerzas decaen de una manera visible. Cuando existen ulceraciones de cierta extensión, el examen del esputo hace descubrir la aparición de estreptococcus, estafilococcus mezclados ó no á los bacilos de Pfeiffer. Esta complicación puede retardar por mucho tiempo la curación. Cuando la enfermedad está más avanzada ó el ataque de influenza ha sido muy serio, puede hacer sucumbir á los enfermos. Instituyo el tratamiento de la influenza por los medios ordinarios, y una vez que pasó, emprendo nuevamente el tratamiento por el calomel y los vegigatorios repetidos; recomiendo á los enfermos que no abandonen su habitación; que se protejan contra las variaciones bruscas de la temperatura, y combato las complicaciones que se puedan presentar.

Si á pesar de haber empleado todos los medios de que he hablado, la enfermedad no se inclina á la curación, empleo, además, los otros medios terapéuticos que se usan, como las gotas arsenicales del Dr. Hoff, de Viena, la creosota, el gálico, etc., etc.

Como es de suponerse, procuro atender á la anemia, la dispepsia, la disminución de la tensión arterial, etc., por los medios adecuados.

Para concluir, debo manifestar que el tratamiento que recomiendo lo he experimentado con mucho detenimiento; que si pudiera dudarse de su eficacia en los enfermos que vienen de la Costa á la Meseta Central, y en quienes el solo cambio de clima es un elemento favorable para la curación, no sucede lo mismo con las personas que han contraído la enfermedad aquí, en la Capital, en quienes todas las condiciones han quedado iguales, antes y durante el curso de la enfermedad, y sólo el método seguido se puede atribuir al alivio.

Este es el motivo que me ha decidido presentar á la Academia el trabajo que he tenido la honra de leer.

México, Marzo 6 de 1901.

E. LICEAGA.