

irremediable. La tasa de la *urea* en la sangre, que debería estar disminuída, llega á veces á alcanzar una cifra doble de la normal; este aumento parece ser el resultado de una eliminación incompleta, puesto que la cifra de la *urea* está disminuída al mismo tiempo en la orina.

3.º La perversión de los cambios desasimiladores, se revela, en primer lugar, por las modificaciones cualitativas y cuantitativas de los elementos constituyentes de la *orina*. Cuando comienza á operarse la desnutrición, el análisis de las orinas da á conocer una desasimilación excesiva; sobre todo se comprueba una desmineralización muy activa, es decir, una eliminación exagerada de los fosfatos (J. Teissier), y de los cloruros; y si se recuerda que también se verifica una eliminación de los mismos principios por los esputos, vendremos á deducir, que, en los tísicos, la pérdida de fosfatos y de cloruros es muy considerable; también se comprueba en los períodos iniciales, la azouria; pero la excreción de *urea*, residuo de la combustión perfecta de los albuminóideos, está poco aumentada; hay más bien aumento en la excreción de los cuerpos menos oxidados, que resultan de una combustión imperfecta como el ácido úrico, la leucina y la tirosina. *Más adelante*, cuando está muy avanzada la decadencia del organismo, disminuye progresivamente la cifra de todos los elementos de la orina, *urea*, fosfatos y cloruros. Chiais ha demostrado también, que la difusión de los líquidos es lenta en el período consuntivo, y que los enfermos emiten siempre menos cantidad de agua de la que corresponde á los líquidos ingeridos. La albuminuria, la peptonuria ó la glicosuria vienen á sumar sus efectos á los de estas persiones desasimiladoras.

También se han estudiado los *trastornos de la exhalación del ácido carbónico* por los pulmones; pero mientras Regnard cree que el tísico exhala poco ácido carbónico, Quinquaud admite que en el tercer período de la tisis, á menudo en el segundo y á veces desde el principio, aumenta la exhalación de ácido carbónico por kilogramo y por hora, y no aunque no haya fiebre; es más raro que existiendo esta última, se conserve igual la cantidad de CO^2 ó exceda apenas de la cifra normal. En tanto que el tísico no exhale arriba de 0,65 gramos de CO^2 por kilogramo y por hora, no apremia el peligro; pero cuando dicha exhalación se eleve á 0,80 se agrava el pronóstico; y si esta cifra es excedida de una manera regular, la existencia está amenazada en el plazo de algunos meses (Quinquaud).

Chiais, que ha estudiado recientemente la nutrición de los tísicos, ha llegado á resultados casi idénticos á los obtenidos por Quinquaud; ha insistido en el hecho de que en los tísicos que están en camino de curarse, en aquellos cuya salud general es buena, la nutrición se efectúa según el tipo fisiológico; mientras que, en los demás, los trastornos nutritivos, presentan variaciones frecuentes de un día á otro. Según el mismo autor, en otras caquexias se observarán trastornos nutritivos análogos á los de la tisis; por lo tanto, el tipo de nutrición patológica, que acabamos de estudiar, no será peculiar de la tuberculosis.

CAPÍTULO V

FORMAS CLÍNICAS DE LA TISIS PULMONAR CRÓNICA

La tisis pulmonar, puede revestir aspectos sintomáticos variados; esto mismo se comprende, desde luego, por la simple lectura del capítulo precedente. La causa principal de esta variabilidad de formas clínicas, es la asociación de la lesión pulmonar con alteraciones de los aparatos más diversos, cuyas alteraciones pueden predominar hasta el punto de encubrir la presencia de los tubérculos pulmonares.

Vamos á llamar la atención, sobre las principales de estas formas clínicas; seguiremos la clasificación de G. See, que no es más que una modificación de la de Laënnec, y describiremos:

- 1.º Las formas latentes;
- 2.º Las formas larvadas iniciales;
- 3.º Las formas bien manifiestas.

I

Formas latentes.

I. *Tisis latente benigna ó curable.* — Los tubérculos pueden desarrollarse en el vértice del pulmón, sin que ningún signo revele su existencia.

Las autopsias, suministran la prueba de esto; nada más frecuente que encontrar, al abrir el cadáver de un sujeto que ha sucumbido á otra enfermedad distinta de la tisis, ó granulaciones fibro-cretáceas ó caseosas, esparcidas en los vértices del pulmón, ó hasta pequeñas cavernas (Boudet, N. Guillot, Beau). Brouardel y Vibert han observado la frecuencia de estas lesiones tuberculosas, en las autopsias hechas en la Morgue; y recientemente ha sostenido Wolf, que se las encontraba en casi la mitad de los cadáveres. ¿Los individuos que llevan semejantes alteraciones, han presentado, durante su vida, algún signo que hubiese permitido establecer su diagnóstico? Lo ignoramos; con todo, es verosímil que ciertos catarros persistentes, pero que acaban por curarse, provengan de estas tuberculosis latentes, benignas ó curables. ¿Hubiera sido posible reconocer la existencia de los tubérculos en estos casos, recurriendo á la auscultación ó al examen de los bacilos en las épocas de dichos catarros? Es posible, pero todavía no se ha demostrado que así sea.

De la existencia de estas formas de tuberculosis, se puede sacar una enseñanza importante, á saber: que la tuberculosis que diagnosticamos por los signos físicos, y que con razón juzgamos tan grave, no es quizá la más común; que existen también un gran número de tuberculosis benignas ó curables, cuya

evolución cesa antes que nosotros hayamos podido diagnosticarlas; de aquí se puede deducir, desde luego, que el organismo lleva consigo poderosos medios de defensa contra la infección bacilar, lo cual debe animarnos en el terreno terapéutico. Se puede deducir igualmente de todo esto, que las tisis que diagnosticamos por los signos físicos, presentan ya una gran gravedad y son casi irreparables. Sería, por lo tanto, de mucho interés, poseer un medio seguro para reconocer las tisis latentes. Algunos hechos nos inducen á admitir, que el examen bacteriológico de los esputos, practicado en gran escala, permitiría descubrir bacilos en la expectoración de algunos sujetos en quienes semejante descubrimiento sería una gran sorpresa.

II. Tisis latentes graves.—Se observan á veces tísicos que tosen, que adelgazan, que tienen calentura, pero en los cuales los signos físicos se sustraen á nuestro examen durante un espacio de tiempo más ó menos largo; esto es lo que sucede, cuando las alteraciones radican en la parte central de los pulmones y cuando son muy pequeñas y están muy diseminadas. En otra época, el diagnóstico de estas formas de tisis, era de los más oscuros; pero, actualmente, los síntomas funcionales y los trastornos del estado general, incitarán al médico á buscar el bacilo en los esputos y los resultados de este examen disiparán todas las dudas.

II

Formas larvadas iniciales.

La tuberculosis pulmonar, rara vez es desconocida cuando llega á su segundo ó tercer período. Pero, en la fase inicial, en la época en que están poco acentuados los signos físicos, puede ser enmascarado el brote de los tubérculos por otros trastornos ó alteraciones concomitantes, y el médico puede no reconocer la tuberculosis en medio del complejo sintomático que se presenta á su examen. Estas *tisis iniciales larvadas*, son las que ahora vamos á estudiar.

Forma bronquítica ó catarral.—Hay tísicos que, al principio, no parecen estar atacados más que de un simple *catarro crónico* de los bronquios; son sujetos que dicen acatarrarse con facilidad, pero que se encuentran bien en el intervalo de sus catarros. Se los ausculta, y á primera vista parecen afectados de una simple bronquitis crónica; apenas se oyen más que estertores sonoros y sibilantes, en una gran extensión del pecho. Sin embargo, según G. See, hay tres signos que deben poner en guardia al médico y estimularle á buscar los bacilos en los esputos:

- 1.º Los estertores de bronquitis, son más marcados y más fijos en los vértices del pulmón.
- 2.º La percusión de uno de estos vértices, da un sonido timpánico, mientras la del otro, da un sonido normal. (El timpanismo proviene de que ya no está tenso el tejido pulmonar que rodea á los tubérculos nacientes.)
- 3.º La falta de enfisema generalizado, excepcional en la tisis, y común en la bronquitis crónica.

Referiremos tres casos de este género que hemos observado, y á los que da-

mos el nombre de *tuberculosis pseudo-grippal* curable. Se trataba de individuos, robustos hasta entonces, que fueron, al parecer, atacados de gripe y de síntomas locales y generales; pero, la enfermedad siguió una marcha lenta; los enfermos sentían un cansancio excesivo y por la tarde tenían algo de fiebre y sudores; conservaban, no obstante, el apetito y desempeñaban sus ocupaciones diarias. A causa de la persistencia del cansancio y del catarro bronquial difuso, examinamos los esputos en los tres casos, y encontramos bacilos de la tuberculosis. Uno de estos enfermos, había sido auscultado por dos de nuestros maestros, que afirmaron la falta de tubérculos. Hemos seguido observando á dos de estos enfermos y visto desaparecer todos los signos locales, los síntomas generales y los bacilos de los esputos, en uno á los cuatro meses y en otro á los seis de principiar los accidentes. Sin el descubrimiento de los bacilos, es seguro que se hubiera desconocido esta tuberculosis.

Forma de principio pleurítico.—La tisis pulmonar principia algunas veces por una pleuresía, al parecer, simple; ya nos hemos ocupado de este asunto, y creemos innecesario insistir más en él.

Forma de principio cloro-anémico.—La tisis incipiente se manifiesta también sólo por cloro-anemia, en particular en las mujeres jóvenes, más rara vez en los hombres.

Las mujeres afectadas así, se hacen cloróticas sin motivo apreciable, sin que sea posible invocar ni la pubertad, ni el matrimonio, ni las infracciones de la higiene; se vuelven pálidas, de color lívido ó amarillento, de tinte terroso que difiere de la decoloración verdusca de las cloróticas verdaderas (G. Sée); se fatigan con facilidad, tienen palpitations casi continuas que se exageran al menor esfuerzo. Sólo en casos excepcionales se oyen en la clorosis tuberculosa, soplo cardíaco ó vasculares; este carácter, tiene una importancia grandísima para el diagnóstico.

Este es tanto más difícil, cuanto que las neuralgias, la melancolía, las alteraciones de la menstruación y los trastornos dispépticos, se asocian de ordinario á la anemia, y aumentan más la semejanza del cuadro clínico con el de la clorosis verdadera.

Pero, después de cierto tiempo, llama la atención del médico una tosecilla seca, cuya intensidad aumenta de día en día.

Es raro que persistan hasta el fin de la enfermedad estas alteraciones cloro-anémicas, desaparecen casi siempre según se va confirmando la tuberculosis; la tisis adquiere entonces su aspecto habitual, y el examen de la sangre demuestra que la clorosis ha sido sustituida por la anemia sintomática ordinaria.

Tisis de principio dispéptico.—Las alteraciones gástricas ocultan, durante más ó menos tiempo, el principio de la tuberculosis.

Las hemos descrito ya con todos sus detalles. Indicaremos sólo su importancia, desde el punto de vista del diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Las alteraciones gástricas, cuando son pretuberculosas ó iniciales, producen, á veces, al principio, errores de diagnóstico. El individuo en inminencia de tisis se considera como un dispéptico, y hay casos en los que, con lesiones mínimas del pulmón, es tan acentuada esta dispepsia, que el enfermo sólo se queja de su estómago, y el médico no piensa en averiguar si existen lesiones pulmonares.

Por el contrario, el conocimiento de la dispepsia pretuberculosa ó inicial, es de gran utilidad para el diagnóstico. Conociendo la frecuencia con que principia la tisis por alteraciones gástricas, no es tan fácil ignorar la naturaleza de la enfermedad. Debe sospecharse siempre la tisis en el enfermo que adelgaza y padece del estómago; es posible afirmar su existencia, casi con seguridad, si el enfermo tose después de comer y vomita después de haber toseado. Esto se comprende perfectamente: la tos gástrica, tal como la hemos definido, y el vómito que la sigue, sólo se producen cuando hay un padecimiento simultáneo del pulmón y del estómago, condición doble que suele existir en la tisis, más que en toda otra enfermedad.

Tisis de principio diarreico.—Ciertos enfermos padecen al principio de la tisis, á veces antes de que se manifieste la tuberculosis, diarrea crónica.

Según Louis, que ha insistido sobre estas diarreas precursoras, hay dos variedades:

1.^a Las diarreas abundantes, con deposiciones numerosas, sanguinolentas á veces, con cólicos fuertes, son debidas á las úlceras tuberculosas del intestino; se observa esto, cuando la tuberculosis intestinal, que es casi siempre consecutiva á la tisis pulmonar confirmada, es primitiva ó al menos muy precoz.

2.^a Las diarreas ligeras, interrumpidas por períodos de estreñimiento, caracterizadas por evacuaciones líquidas, poco numerosas, no sanguinolentas é indolentes, son debidas á un catarro simple del intestino. Estas diarreas pueden preceder, durante mucho tiempo, á la aparición de los signos manifestos de la lesión pulmonar. Son, según toda probabilidad, de la misma clase que la dispepsia pretuberculosa ó inicial, de cuya patogenia hemos tratado antes.

Tisis larvadas de principio febril.—La fiebre puede manifestarse con gran intensidad, desde el principio del padecimiento. Esta fiebre inicial tiene los caracteres de la fiebre de tuberculización, tales como los hemos descrito ya. Va acompañada, por lo general, de tos seca y repetida; induce, sin embargo, á error, cuando los signos estetoscópicos no son típicos; se ha confundido á veces con la fiebre *intermitente*. Pero, la duda no es permanente, porque, en general, tardan poco en progresar las lesiones y en hacerse apreciables por la auscultación.

Landouzy ha sostenido, recientemente, la idea de que existe una *fiebre bacilar pretuberculosa de forma tifoidea*, es decir, debida á la diseminación del bacilo de Koch por el organismo, y que se presenta antes que las neoplasias tuberculosas. Llama á este estado, *tifo-bacilosis*. Cuffer ha descrito el mismo tipo morboso, con el nombre de *fiebre de incubación ó pregranúlica de la tuberculosis*. El cuadro clínico, es análogo al de la fiebre tifoidea verdadera; pero existen ciertos matices sintomáticos, que permiten distinguir la fiebre pretuberculosa de la dotienería:

1.^o El trazado térmico tiene, en la fiebre de incubación tuberculosa, oscilaciones mayores, más irregulares, y, según Cuffer, el movimiento febril va acompañado de una sensación de calor extremada, que excede de la elevación verdadera de la temperatura.

2.^o En la fiebre tifoidea, el pulso suele ser paralelo á la temperatura; en la pregranúlica, es siempre proporcionalmente más elevado que ésta y no sigue sus fluctuaciones.

3.^o La falta ó la poca intensidad del catarro intestinal, faríngeo, laríngeo y bronquial de la albuminuria, es característica de la fiebre pregranúlica. Billet añade, que en ésta no se observan ni epistaxis, ni zumbidos de oídos.

4.^o La falta de manchas rosadas lenticulares, es la regla en la fiebre pregranúlica.

5.^o La hipertrofia del bazo es más constante y más acentuada en la fiebre pregranúlica, que en la tifoidea.

6.^o La anemia globular, es marcadísima en la fiebre pregranúlica (Cuffer).

7.^o El sulfato de quinina, eficaz contra la fiebre de la dotienería, no tiene acción alguna sobre la fiebre pregranúlica, que sólo cede á la antipirina (Kiener y Jeannel).

Después de algunas semanas, la fiebre pregranúlica, de forma tifoidea, termina de diversas maneras. Lo más frecuente, es que muera el enfermo; al hacer la autopsia, sorprende encontrar lesiones insignificantes, un bazo voluminoso, *algunas granulaciones grises* recientes, diseminadas por el vértice del pulmón, por la pleura ó por las meninges. Otros enfermos curan, como si hubieran padecido dotienería; pero después de un período de tiempo más ó menos largo, suelen morir de meningitis tuberculosa, de tisis pulmonar ulcerosa de marcha crónica ó sub-aguda, ó bien tienen una recidiva del estado tifoideo, y mueren al fin, ya á causa de la fiebre pretuberculosa ó de alguna localización de la bacilosis. Por último, Landouzy, Cuffer, Billet, creen que la fiebre pregranúlica es susceptible de curar; la antipirina y el tanino, según Cuffer, la antipirina y el tártaro estibiado y la antisepsia intestinal, según Billet, permiten obtener estas curaciones.

Tales son las ideas de Landouzy, confirmadas por Constan, Cuffer, Dreyfus-Brisac y Billet. Como no hemos observado casos análogos á los que les sirven de fundamento, no los haremos objeción alguna; pero nos permitiremos advertir, que la palabra *fiebre pretuberculosa ó pregranúlica* es impropia, porque, al hacer la autopsia, se encuentran granulaciones tuberculosas; que la palabra *tifo-bacilosis* tampoco conviene, porque es probable que sean las toxinas, y no el bacilo de Koch, las que invaden el organismo; que la asimilación de este proceso con la tuberculosis experimental, llamada del tipo Yersin, no es aceptable, si es cierto, como sostiene Grancher y Gamaleia, que este tipo sólo es posible obtenerlo con el bacilo aviario y no con el humano; que en las descripciones antiguas de la granulia (1), se encuentran hechos análogos á los de Landouzy; y por último, que la infección tuberculosa generalizada, es apirética con frecuencia; los cinco últimos casos de granulia que hemos observado, se presentaron al principio en forma de gastritis benigna, y terminaron al poco tiempo por meningitis, sin que la temperatura excediera jamás de la normal; otros autores, según diremos al estudiar la tisis aguda, han observado hechos análogos.

Tisis consecutivas á otras localizaciones de la tuberculosis.—La tisis se localiza primero en el pulmón, en el mayor número de los casos. Recuérdese la ley segunda de Louis: «Después de los quince años, no hay tubérculos en órgano alguno, si no los hay en los pulmones». Esta ley es verdadera en la ma-

(1) Bonnemaison, Essai de clinique médicale, Toulouse, 1874, págs. 104, 105 et suivantes; págs. 110 y 111; pág. 113 et suivantes (en una lección intitulada: De certaines formes de début de la phthisie).

yor parte de los casos, pero tiene excepciones más numerosas de lo que suponía Louis; la meningitis tuberculosa se observa, aun en el adulto, sin lesión pulmonar. Además, en la época en que formuló Louis sus leyes, no se sabía, de una manera exacta, que muchas supuraciones crónicas de índole quirúrgica, son tuberculosas.

Hoy sabemos que la tisis, es consecutiva:

- 1.º A una pleuresía tuberculosa;
- 2.º A una peritonitis tuberculosa ó á una enteritis de igual índole;
- 3.º A una laringitis tuberculosa;
- 4.º A una tuberculosis de los órganos genito-uritarios;
- 5.º A una tuberculosis de los ganglios linfáticos;
- 6.º A una tuberculosis de los huesos y de las articulaciones;
- 7.º A una tuberculosis de la piel, del ojo, etc.

Es indudable que en la época de Louis, la tisis consecutiva á una tuberculosis extra-pulmonar corría peligro de pasar inadvertida, enmascarada por la afección primera, cuya naturaleza específica no se sospechaba. Hoy puede decirse que estas tisis secundarias, son el reverso de unas tisis larvadas; se teme el desarrollo de la tisis — y por lo tanto, se sigue con más facilidad la pista de la enfermedad — en los individuos que padecen las lesiones enumeradas antes. El nombre que daba Laënnec á las tisis secundarias, *tisis irregulares manifestas*, es excelente y debe conservarse (1).

III

Formas confirmadas (2).

Hay casos en los que la existencia de la tisis no deja lugar á duda alguna, pero la enfermedad confirmada, á causa de alguna circunstancia particular, presenta una forma especial. La modalidad clínica, depende unas veces de cualidades propias del organismo sobre el que se desarrolla la tisis (formas etiológicas), tales son, la tisis de los niños, la de los viejos, la de los diabéticos, la de los alcohólicos, la de los escrofulosos, la de los artríticos, etc.; otras, resulta del predominio de un síntoma, como la tisis hemoptóica; otras, de la asociación con una lesión particular, como sucede en la tisis de los que padecen la enfermedad de Addison; otras, por último, de su marcha especial, por ejemplo, la tisis galopante.

(1) Recordaremos que Bollinger ha formado una escala, que indica el grado de predisposición de los diversos órganos á contraer la tuberculosis:

a) *Tuberculosis espontánea del hombre*. — 1.º, pulmón; 2.º, ganglios linfáticos; 3.º, mucosa intestinal; 4.º, serosas; 5.º, laringe; 6.º, bazo; 7.º, articulaciones; 8.º, huesos; 9.º, hígado; 10, riñones; 11, órganos genitales; 12, piel; 13, sistema nervioso; 14, músculos (casi refractarios).

b) *Tuberculosis experimental* (vía subcutánea ó peritoneal). — 1.º, ganglios linfáticos; 2.º, bazo; 3.º, pulmón; 4.º, serosas; 5.º, hígado; 6.º, riñones; 7.º, órganos genitales; 8.º, piel; 9.º, articulaciones; 10, huesos.

Bollinger advierte, que los órganos más predisuestos á la tuberculosis, son precisamente los que curan con más frecuencia. Se encuentran tubérculos curados, ó en vías de curación, en las tuberculosis locales de los pulmones, de los ganglios linfáticos, mas rara vez en las articulaciones, en los huesos y en las serosas. Esta última observación, puede ponerse en duda.

(2) Ferrand, *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phtisie pulmonaire*. París, 1880.

Tisis según las edades. — La tisis de los niños y la de los viejos, se distinguen por particularidades bastante importantes para que se les dedique un capítulo especial, al que remitimos al lector.

Tisis artrítica. — Tisis fibrosa. — No disponemos de espacio suficiente, para describir en dos capítulos separados la tisis fibrosa y la artrítica. La tisis artrítica de Morton (tisis herpética de Lancereaux), tal como se describe hoy, no difiere de la tisis fibrosa, cuyos caracteres anatómicos tan especiales hemos descrito.

La tisis fibrosa se observa, en efecto, de preferencia, en los individuos á los que se da el nombre de *neuro-artríticos*; se caracterizan por padecer jaquecas, hemorroides, asma, gota ó eczema. Estos individuos, no se libran de la tisis; si se ha sostenido que disfrutaban cierta inmunidad, es tal vez porque suelen pertenecer á la clase acomodada y están, por su género de vida, menos expuestos al contagio tuberculoso.

La tisis artrítica principia, de ordinario, por una pleuresía (Lancereaux); puede principiar también de repente, por una hemoptisis; otras veces empieza de una manera sorda é insidiosa, y la enmascara un catarro asmático; pero el enfermo tarda poco en enflaquecer, en padecer trastornos gástricos y en adquirir el aspecto de un verdadero tísico. Se observan, no obstante, en la evolución de la enfermedad, diversas particularidades que individualizan esta forma clínica.

Las *hemoptisis*, son frecuentísimas; cesan en ocasiones, bajo la influencia de un flujo hemorroidal. Es raro que falte la *fiebre*, pero presenta un carácter notable, y es que procede por crisis que duran varios días y desaparecen en seguida, observándose períodos largos de apirexia. Los *sudores*, son casi siempre consecuencia de la fiebre. La *disnea*, es grandísima; adquiere muchas veces la forma de *asma verdadero* (*tisis asmática* de G. Sée, de Pujade).

La tisis artrítica, suele principiar por el vértice derecho (Lancereaux). Los *signos físicos* son muy variables, según el grado de la enfermedad, y sobre todo, según la proporción relativa de las diversas alteraciones que experimenta el pulmón enfermo (dilatación de los bronquios, esclerosis, enfisema parcial, cavernas, focos caseosos reblandecidos). A la inspección, se observa en ciertos casos un hundimiento más ó menos acentuado de los huecos supra é infra-clavicular; pero la frecuencia del enfisema en la tisis fibrosa suele enmascarar este signo. La palpación, revela un aumento en las vibraciones torácicas. Al percudir, se nota de ordinario en los vértices macicez, ó cuando menos, submacicez; pero el enfisema produce, en las regiones afectadas, un sonido casi análogo al normal. Sin embargo, sólo en casos excepcionales, está distribuido el enfisema de una manera bastante uniforme, para que produzca en un lado, bien por delante ó por detrás, una modificación patológica del sonido. Al auscultar, extraña al principio la sequedad de los ruidos: estertores fuertes, crujidos secos, roces de la pleura. Después, se observan signos cavernosos, con expectoración matutina abundante; suele ser muy difícil saber, si estos signos dependen de una caverna ó de la dilatación de un bronquio; existen también zonas de soplo bronquial, que dependen de la esclerosis y zonas de obscuridad respiratoria, que corresponden á las regiones enfisematosas.