

ción morbosa; pero no tiene un tipo fijo. Aunque el principio es brusco, se produce hacia el segundo ó el tercer día, una mejoría general, y se ve descender la temperatura á unos 38°,5. Después, se eleva de nuevo y llega al máximo, que es de 40° y más; el trazado térmico, se hace intermitente de un modo irregular; la temperatura, suele elevarse al máximo por la tarde; en casos más raros, por la mañana (tipo inverso); el acceso febril, termina casi siempre por sudores abundantísimos. El pulso, es rápido y muy débil; esta debilidad, que contrasta con el carácter lleno y vibrante del pulso en la pulmonía franca, aumenta al progresar la enfermedad é indica el grado de astenia cardíaca.

Desde el punto de vista de la *marcha*, se admiten dos formas en la tisis aguda pneumónica: una rápida y otra lenta. En la *forma rápida*, dominan los fenómenos de infección, y el enfermo muere á las tres ó cuatro semanas, sin que se modifique el estado general; otras veces, se acelera el desenlace funesto por una erupción granúlica pulmonar, y sobreviene la muerte por asfixia; pero es excepcional observar la generalización tuberculosa; la granulía secundaria, queda localizada de ordinario en el pulmón. En la *forma lenta*, tarda más en morir el enfermo, de cuatro á ocho semanas, y entonces se ve extenderse el foco pneumónico, ó liquidarse el bloc caseoso y presentarse los signos cavernosos; la muerte ocurre en medio de la consunción, que se manifiesta por vómitos, diarrea, sudores, albuminuria, flebitis, edema caquético de las piernas, muguet. Se ha demostrado, al parecer, que la tisis aguda pneumónica, es capaz de transformarse en tisis crónica; no parece que cure nunca por completo.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico, muy difícil en otra época, es mucho más fácil hoy; en caso de duda, el descubrimiento de bacilos en los esputos, resuelve la cuestión.

El cuadro clínico de la tisis aguda caseosa y el de la pulmonía franca, tiene muchas semejanzas. No obstante, presentan ciertos caracteres que permiten distinguir las dos afecciones. La tisis aguda pneumónica, se caracteriza por un principio insidioso, la falta ó la poca intensidad del dolor de costado y del escalofrío inicial, la aparición tardía del soplo, la expectoración sanguinolenta y moco-purulenta, distinta por completo de la expectoración viscosa y herrumbrosa de la pulmonía franca, los sudores nocturnos, el enflaquecimiento rápido y la marcha irregular de la fiebre.

Pero, ciertas *pulmonías gripales é infecciosas*, sólo se distinguen de la caseosa por el descubrimiento de los bacilos.

Se incurre con frecuencia en el error de diagnosticar una pulmonía tuberculosa, sólo porque el foco morbozo esté localizado en el vértice; debe recordarse que, en contra de la opinión corriente, la *pulmonía del vértice* es pocas veces tuberculosa.

La disminución posible de las vibraciones vocales, podrá hacer creer algunas veces que existe una *pleuresía*; pero, los demás signos estetoscópicos, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Los *accesos hiperémicos perifímicos* que se observan en el curso de la tisis crónica, simulan á veces y confunden la pulmonía caseosa; en este caso, sólo es posible hacer el diagnóstico por la evolución de la enfermedad.

SECCIÓN V

TUBERCULOSIS SEGÚN LAS EDADES

CAPITULO I

TUBERCULOSIS INFANTIL

La juventud imprime á la marcha de la tuberculosis, modificaciones profundas que exigen una descripción especial. Lo que caracteriza la tuberculosis infantil, es su marcha progresivamente invasora, y su tendencia á generalizarse á todos los órganos. Es excepcional, en el niño, encontrar la tuberculosis localizada en el pulmón. Esta tendencia á la difusión, es tanto más marcada, cuanto menos edad tiene el enfermo; disminuye, á medida que aumentan los años. Así se explica, por qué la tuberculosis de los niños de poca edad, difiere tanto de la de los adultos, la que, por el contrario, se asemeja á la de los adolescentes de catorce, quince y dieciséis años; en éstos, la tuberculosis reviste casi siempre la forma de tisis galopante bronco-pneumónica y otras veces la forma de tisis crónica.

Frecuencia.— Un hecho sobre el cual ya hemos insistido, es la frecuencia de la tuberculosis en los niños, tanto en la primera, como en la segunda infancia. La mortalidad, casi nula en los tres primeros meses, y muy escasa en el cuarto y quinto, se eleva con mucha rapidez en pasando del quinto mes. Los notables trabajos de Landouzy y Queyrat, y la excelente tesis de Aviragnet (1), han demostrado que, en la *población hospitalaria*, la tuberculosis ataca á la cuarta parte, y á veces á la tercera, de todos los individuos menores de dos años.

Así es, que la tuberculosis infantil es muy frecuente, al revés de lo que creían los autores antiguos.

Influencia del sexo.— Papavoine ha indicado que las niñas estaban más expuestas á la tuberculosis que no los niños, en la proporción aproximada de 2/3 á 7,7/13. Este dato ha sido confirmado por los estudios de Rilliet, Barthez y Sanné, los cuales hacen notar, que especialmente de once á quince años, hay una diferencia muy grande á favor de las niñas, en el número de los tuberculosos.

Causas.— Cuando se indagan las causas de frecuencia de la tuberculosis infantil, se encuentran, por una parte, la herencia, de la cual no hemos de volver á tratar ahora, y por otra, las condiciones en que se han criado los niños que forman la población hospitalaria. Estos niños viven en habitaciones demasiado estrechas, mal ventiladas, que rara vez reciben los rayos solares, en una atmósfera que contiene á menudo esputos secos expectorados por los

(1) De la tuberculose chez les enfants; Thèse de Paris, 1892.

padres tísicos, y muchas veces se acuestan en el mismo lecho que su hermano ó su madre enfermos. La alimentación con frecuencia es defectuosa, insuficiente ó está mal dirigida.

Formas clínicas de la tuberculosis infantil. — Aviragnet clasifica las formas de la tuberculosis infantil, de la manera siguiente:

A.—TUBERCULOSIS GENERALIZADAS

- | | | |
|---|---|---|
| I. Tuberculosis generalizadas agudas | { | 1. Fiebre infecciosa, tuberculosa sobre-aguda.
2. Tuberculosis granúlica generalizada, aguda, mortal, en forma de fiebre tifoidea, bronquitis capilar, etc., (granulía de Empis).
3. Tifo-tuberculosis ó granulía atenuada. — Tuberculosis habitualmente curable, que evoluciona á la manera de una dotienentería (tifo-bacilosis de Landouzy). |
| II. Tuberculosis generalizada subaguda. | | |
| III. Tuberculosis generalizada crónica apirética ó tuberculosis difusa (forma especial de la primera edad). | | |

B.—TUBERCULOSIS LOCALIZADA

- | | | |
|---|---|--|
| I. Tuberculosis localizadas de evolución rápida | { | 1. En forma de neumonía.
2. En forma de bronco-pneumonía aguda, y subaguda. |
| II. Tuberculosis localizadas de evolución lenta | { | 1. De los pulmones, de la pleura.
2. De los ganglios bronquiales.
3. Del tubo digestivo, del hígado; del peritoneo.
4. De las meninges, del cerebro, etc. |

La descripción de cada una de estas formas, nos llevaría demasiado lejos, y además, saldría de nuestro objeto, puesto que nosotros no nos proponemos, en este capítulo, hacer otro estudio que el de la tuberculosis pulmonar. Con todo, juzgamos indispensable estudiar algunos de los aspectos clínicos de la tuberculosis infantil.

Describiremos, separadamente, la tuberculosis de la primera y de la segunda infancia; en la primera, se observan sobre todo las formas generalizadas; en los niños de más edad, se encuentran con más frecuencia formas localizadas (pulmonar, intestinal, ganglionar, etc.).

I

Tuberculosis de la primera infancia.

A.—TUBERCULOSIS GENERALIZADA CRÓNICA APIRÉTICA, DE LA PRIMERA INFANCIA. — De todas las formas de la tuberculosis, la más común en la primera infancia es la tuberculosis generalizada, crónica y apirética, llamada por Aviragnet tuberculosis difusa, tipo morbozo notable y completamente peculiar de la primera infancia.

La enfermedad comienza casi siempre por una bronquitis ó una bronco-pneumonía, que tan pronto es consecuencia del sarampión, de la tos ferina ó de la gripe, como se desarrolla sin causa apreciable (Landouzy, Queyrat). Pero, hay un hecho notable y muy á propósito para hacer confuso el diagnóstico, y es, que mientras la infección bacilar se desarrolla y se altera profundamente el estado general, baja la fiebre y la bronquitis se atenúa ó desaparece completamente. Entonces, durante un tiempo más ó menos largo, á veces de meses, el niño presenta una caquexia especial, cuyo cuadro procuraremos esbozar. A veces, su principio se marca por una diarrea febril pasajera; en otros casos, es insidioso y no lo caracteriza ningún accidente agudo.

El pequeño tuberculoso, presenta un *aspecto exterior* característico; hay gran demacración, casi no tiene más que piel y huesos; á veces está muy pálido; en otras ocasiones, la piel se halla ligeramente pigmentada; las pestañas son muy largas, y es bastante frecuente que la piel del dorso y de los miembros aparezca con un exagerado desarrollo del sistema piloso; el semblante presenta retraídos sus rasgos, y en él se pintan la fatiga y el sufrimiento, con una expresión al mismo tiempo de tranquilidad y de tristeza; los ojos están rodeados de ojeras, animados á veces de un brillo especial; no pierden su expresión, hasta el período terminal. Este aspecto, tiene una importancia capital para el diagnóstico.

Al lado del hábito exterior, señalaremos entre los fenómenos más constantes la *hipertrofia del hígado* (Aviragnet) y del *bazo* (Angel Money, Landouzy, Queyrat, Medail), y la *micro-poliadenopatía generalizada*, es decir, la presencia en las axilas y en las ingles, de ganglios pequeños, duros, móviles y no dolorosos. Legroux fue el primero que indicó la *micro-poliadenopatía*, como signo de la tuberculosis infantil; Mirinescu (1) ha demostrado en un trabajo, inspirado por Hutinel, la naturaleza tuberculosa de dicha alteración ganglionar. Esta constituye un signo excelente de la tuberculosis infantil; mas para que este signo conserve todo su valor, es menester asegurarse del estado de los tegumentos y ver si no existen algunas excoiaciones que hubiesen podido engendrar la adenopatía.

La tuberculosis generalizada, evoluciona *sin fiebre*; la temperatura no se eleva más que durante los últimos días.

El hábito exterior, la demacración, la hipertrofia del bazo y del hígado, la micro-poliadenopatía y la apirexia, tales son los síntomas casi constantes ó poco menos de la tuberculosis de los niños muy pequeños. Todos los demás trastornos, son contingentes.

El examen del *pecho*, no revela, por lo común, ninguna anomalía; á veces se perciben algunos estertores de bronquitis, ó bien se descubre un foco de condensación pulmonar en el vértice, en la región media ó en la base, porque en el niño los tubérculos del pulmón pueden estar esparcidos por todo el órgano, y hasta se ha llegado á decir, que los focos bacilares asentaban de preferencia en la proximidad del lóbulo ó en el lóbulo inferior del pulmón. También se pueden observar los signos de una adenopatía traqueo-bronquial. Los trastornos funcionales del aparato respiratorio son poco marcados, reduciéndose, por lo general á una tos seca y repetida, pero no hay ni disnea, ni expectoración.

(1) Thèse de Paris, 1890.

Los trastornos *digestivos*, también son muy variables. A menudo, faltan por completo; la criatura ha conservado el apetito, digiere bien, y ni vomita, ni tiene diarrea, y, sin embargo, « no le luce el alimento que toma », y cada día pierde terreno. En otros casos, existe una ligera gastro-enteritis, no tuberculosa, que se manifiesta por vómitos y diarrea, y que se puede aliviar bajo la influencia del tratamiento. La tuberculosis intestinal en la primera infancia, es muy rara (Aviragnet); jamás la hemos encontrado en las numerosas autopsias que hemos hecho en los departamentos respectivos del Hôtel-Dieu y del Hospital Necker; cuando existe, se da á conocer por una diarrea que no cede á ningún tratamiento.

Mientras se realiza este proceso evolutivo, el estado general del enfermo se agrava de día en día; la demacración adquiere algunas veces proporciones espantosas, llegando á convertir los niños en verdaderos esqueletos, cuya vida se extingue lentamente, sin dolores, ni gritos, por no ser ya capaces de ninguna reacción. La enfermedad dura bastante, en algunas ocasiones; así se observa, cuando no hay trastornos digestivos; y es á menudo un hecho que sorprende, ver á estos niños que devoran, tienen siempre hambre, digieren la leche que se les hace tomar, y, sin embargo, cada día están más demacrados. Pero la muerte es precipitada, en ciertos casos, por alguna complicación; tan pronto es una infección secundaria por el pneumococo ó el estreptococo (Marfan y Nanu) la que provoca la fiebre y la agitación, desnaturalizando el aspecto habitual de la enfermedad, como son fenómenos meningíticos, y entonces la muerte ya no es lenta y silenciosa, sino en medio de gritos, agitación y convulsiones; en otros casos, sucumbe el niño á un ataque de bronco-pneumonía aguda ó á una adenopatía traqueo-bronquial de marcha rápida.

En la autopsia de los niños muy pequeños tuberculosos, se encuentran alteraciones tuberculosas en varios órganos, en los pulmones y en los ganglios bronquiales, en el hígado y el bazo, en los ganglios mesentéricos, en las meninges y más rara vez en los riñones, en el intestino, el corazón y el timo.

DIAGNÓSTICO. — En esta descripción de la tuberculosis de los niños pequeños, solo los síntomas meníngeos parecen ser característicos, y únicamente después de su aparición tardía, es cuando muchos médicos diagnostican la tuberculosis. Sin embargo, la facies del enfermo, su extrema demacración, la poliadenitis superficial generalizada, la hipertrofia del hígado y del bazo, la apirexia y la bulimia, forman una asociación sintomática característica y permiten generalmente afirmar el diagnóstico, bastante antes de aparecer los fenómenos meníngeos. La cuestión es más fácil en ciertos casos, en que existe una tuberculosis periférica de la piel, testículos, huesos, etc.

Cadet de Gassicourt, atribuye una gran importancia diagnóstica á la fiebre y á la demacración. La fiebre existe á menudo en los tuberculosos, desde los cinco años en adelante, y cuando coincide con la demacración, tiene un gran valor; pero, como ya hemos hecho notar, *falta en los niños muy pequeños* y no aparece hasta los últimos días, ó bien cuando sobrevienen fenómenos meníngeos; así es que no hay que contar con ella, para establecer el diagnóstico.

Una de las principales causas de error, proviene de la repugnancia que se experimenta en admitir la existencia de una tuberculosis generalizada á todos los órganos, y que no obstante, no produce en ellos desórdenes profundos. Y,

á pesar de todo, gracias al conjunto sintomático que acabamos de indicar, se puede distinguir desde un principio la caquexia tuberculosa, de las diversas causas de caquexia de la primera infancia. Respecto á la *caquexia de los raquítics*, que se reconoce por el examen del esqueleto, no haremos más que mencionarla. La *caquexia gastro-intestinal de los niños de pecho ó atrepsia*, se distingue por la constancia y predominio de los trastornos digestivos, la falta de micro-poliadenopatía y de hipertrofia del hígado y del bazo, el hábito exterior de la criatura, con su piel arrugada y amarillenta y su aspecto aviejado. En ciertas *bronco-pneumonías subagudas de recaídas*, sobreviene demacración y cuesta trabajo no pensar en la tuberculosis; pero si la bronco-pneumonía no es tuberculosa, no hay ni micro-poliadenopatía, ni infarto del hígado, ni del bazo.

La *caquexia sífilítica* de los niños pequeños, presenta algunos caracteres que dificultan á veces su distinción de la caquexia tuberculosa; hay casos, en efecto, en que engendra la hipertrofia del hígado y del bazo, y hasta sin lesionar el sistema ganglionar (Doyen); pero se distingue por los estigmas cutáneos, las lesiones de las mucosas (fisuras de los labios, coriza crónica), y de los huesos (osteofitos del cráneo); además, la caquexia sífilítica se distingue de la tuberculosa, en que demacra menos, ocasiona la caída de las pestañas y cabellos y da á los tegumentos un tinte amarillo-pajizo.

Finalmente, la *caquexia de inanición*, que se observa en los niños nacidos prematuramente y alimentados de un modo deficiente, se reconoce en la integridad de todas las funciones y de todas las vísceras y en los conmemorativos; fuera de que esta caquexia, es muy rara y no debe pensarse en ella más que después de haber eliminado las enfermedades precedentes.

B. OTRAS FORMAS DE TUBERCULOSIS DE LA PRIMERA INFANCIA. — En esta edad se pueden, además, observar la *tuberculosis granúlica aguda* en forma de fiebre tifoidea ó de *bronco-pneumonía aguda y subaguda*; las describiremos en el capítulo siguiente. Digamos, sin embargo, que estas formas son mucho más raras que la precedente.

También se puede observar esta forma de tuberculosis, descrita por Landouzy, Queyrat y Aviragnet, con el nombre de *infección tuberculosa sobreaguda*, y que mataría al niño antes que hubiesen tenido tiempo de organizarse las lesiones tuberculosas en los diferentes órganos (?); clínicamente, la fiebre infecciosa tuberculosa sobreaguda, menos que como una afección pulmonar, se revelaría como una enfermedad general, caracterizada por fiebre, vómitos, diarrea y demacración. A pesar de los trabajos de los autores precitados, aun no juzgamos demostrada la realidad de esta forma clínica de la infección tuberculosa.

Estas tuberculosis en evolución, no son las únicas que se presentan en la primera infancia; se pueden observar también en esta época, unas *tuberculosis latentes* cuya historia apenas está esbozada. Legroux, Sevestre y sus alumnos, Lesage y Pascal (1), han estudiado una forma especial de este grupo: *la tuberculosis generalizada á todos los ganglios linfáticos, sin participación de las vísceras*. Los niños tienen por todas partes ganglios duros y pequeños, indo-

(1) Pascal, Contribution à l'étude de la tuberculose du jeune âge, Thèse de Paris, 1892.

lentes y movibles; no se comprueba en ellos ninguna alteración funcional y conservan su apetito, que en alguno hasta está exagerado. Su estado general suele ser bastante satisfactorio, pero á veces se altera y se establece la caquexia; sin embargo, después de un tiempo más ó menos largo, pueden curarse los enfermitos, sobre todo cuando están sometidos á un tratamiento conveniente. En otros casos, la tuberculosis ganglionar se generaliza y la enfermedad reviste una de las formas clínicas que hemos enumerado. Nada hay de común entre esta tuberculosis generalizada á todos los ganglios linfáticos y la adenopatía similar (tuberculosis ganglionar consecutiva á una tuberculosis visceral próxima); en la forma de que estamos hablando, no están afectados más que los ganglios linfáticos absolutamente indemnes y las vísceras.

Es de mucho interés poder reconocer pronto la tuberculosis linfática generalizada primitiva, porque se puede detener y extinguir este proceso tuberculoso, tan especial, con la residencia en las costas y una alimentación substanciosa, tanto más fácil de emplear, cuanto que en estos casos no hay trastornos digestivos.

II

Tuberculosis de la segunda infancia.

En los niños que han pasado de los cuatro ó cinco años, se observa, con una frecuencia variable, todas las formas de tuberculosis que hemos indicado en el cuadro precedente—generalizadas y localizadas—agudas, subagudas y crónicas (véase la pág. 748). Aquí no describiremos más que las formas en que predominen las determinaciones pulmonares, cuya descripción tomaremos del trabajo de Aviragnet.

A. FORMAS GENERALIZADAS.—(*Tuberculosis generalizada aguda. Granulía*).—En el niño, como en el adulto, se observan dos formas de granulía: 1.º, la granulía en forma de fiebre tifoidea; 2.º, la granulía en forma de bronquitis pulmonar y de bronco-pneumonía.

1.º Tuberculosis generalizada aguda de forma tifoidea. — Después de un período de malestar, que dura de ocho á quince días, se declara la enfermedad; el niño se queja de cefalalgia y de quebrantamiento general; pierde el apetito y tiene una fiebre muy alta. Por la noche, delira; y por el día está apático, triste y abatido. Más adelante, tose y aparecen por momentos, crisis de disnea.

La lengua está blanca, aunque hay casos en que se pone seca y tostada, y sobreviene una diarrea abundante. El vientre está hinchado y doloroso, y la fosa ilíaca derecha sensible á la presión. No hay manchas rosadas en el abdomen. El bazo y el hígado, están hipertrofiados. El examen de los pulmones, no revela nada anormal en los primeros días. Posteriormente, aparecen algunos estertores que no bastan para explicar la disnea paroxística.

Los síntomas nerviosos, el abatimiento, la postración y el delirio nocturno, son menos acentuados que en la dotientería. Los enfermos acusan, generalmente, una hiperestesia cutánea muy manifiesta. Se quejan de una sensación de extrema debilidad, pero es excepcional que la adinamia sea tan pronunciada como en la fiebre tifoidea. También se observa albuminuria.

La fiebre puede ser continua; pero lo más frecuente, es que la curva térmica presente grandes oscilaciones irregulares (37°,5 por la mañana, 40 ó más por la tarde). El pulso aumenta casi siempre con la temperatura. En ciertos casos, la evolución es apirética, como se observa muchas veces en la granulía del adulto.

La enfermedad se mantiene cuatro ó cinco días en este estado tifoideo; después, los síntomas se agravan y el diagnóstico de tuberculosis aguda, que al principio se vacilaba en pronunciar, se hace evidente. Aumentan los signos de bronquitis, abundan los estertores, y la disnea se hace persistente. El vientre sigue abultado y las manchas rosadas faltan siempre. Se acentúan los fenómenos nerviosos, la postración es más marcada y, al cabo de algunos días, sucumbe el niño, ó por la asfixia que se ha vuelto rápidamente progresiva, ó en un estado de adinamia extrema, ó con anuria (Rosenstein), debida sin duda á la tuberculosis miliar de los riñones, ó quizá con síntomas de meningitis. En ciertos casos, hay alternativas de mejoría y agravación, que prolongan la enfermedad; pero la muerte, debe ser considerada como la regla en la granulía.

2.º Tuberculosis generalizada de forma catarral.—(*Forma de bronco-pneumonía ó de bronquitis capilar*).—Conviene consignar, ante todo, que aquí no nos vamos á ocupar más que de la tuberculosis aguda que sobreviene en un niño, al parecer, en buen estado de salud; y que prescindimos de los brotes agudos que, en forma de bronco-pneumonía, sobrevienen en los tuberculosos crónicos.

En la forma que estudiamos, lo que domina desde el principio, no son los fenómenos generales, como en el tipo precedente, sino los síntomas pulmonares. El comienzo es, de ordinario, insidioso; durante algunos días, el niño tose y está ligeramente disnéico, pero auscultando los pulmones, no se encuentra nada; la fiebre es bastante alta.

Después, estallan con grandísima intensidad los trastornos pulmonares, idénticos á los que se encuentran en todas las bronco-pneumonías graves. La cara del enfermito está pálida y abotagada, y sus labios cianóticos; las manos, frías y azuladas; la respiración, es molesta y fatigosa (60 á 70 inspiraciones por minuto). La temperatura, pasa de 39°. El pulso, aunque regular, se mantiene á 130 ó 140. A la percusión, el sonido es normal, ó se encuentra un grado ligero de submacidez en un punto limitado. A la auscultación, se oyen estertores subcrepitantes diseminados, y, además en el punto de la submacidez, una respiración de soplo, con estertores más finos.

En los días sucesivos, persisten los síntomas, continúa la disnea y la gran palidez de la cara; la temperatura es elevada y la curva térmica suele presentar grandes oscilaciones irregulares. Los trastornos digestivos, son generalmente muy atenuados. La regla es el insomnio, así es que por la noche no descansa el niño, pero no hay delirio, ni abatimiento. El bazo está á menudo hipertrofiado.

Como estos son los síntomas de toda bronco-pneumonía grave, es difícil, durante algunos días, saber si se trata ó no de un caso de tuberculosis. Sin embargo, en la bronco-pneumonía simple, los signos estetoscópicos son móviles, y varían de un día á otro y de hora en hora; en un punto en que la respira-