

ción era de soplo, se oye al muy poco tiempo una respiración casi normal; y los focos de estertores, cambian de lugar. En la bronco-pneumonía tuberculosa, hay más fijeza y persistencia en los signos físicos; los estertores diseminados por ambos pulmones se vuelven cada vez más húmedos, y cada día se va acentuando más el soplo que se percibe al nivel de los puntos en que se encuentra submacicez (generalmente en el vértice). Pero lo que puede inducir á error, es que algunas veces parece detenerse el proceso; entonces, la temperatura baja de pronto y la respiración se tranquiliza; esta *mejoría* dura dos ó tres días, durante los cuales la temperatura oscila alrededor de 38°. Después, vuelve repentinamente la disnea, el niño se pone cianótico, la temperatura baja más todavía, se enfrían las extremidades, el pulso se hace imperceptible y el enfermito sucumbe á los progresos de la asfixia.

Los signos estetoscópicos, varían poco en los últimos momentos; la respiración se oye cada vez peor, y hay sitios en que la apnea es completa. A veces, los estertores asociados al soplo, simulan una caverna.

La *forma sofocante*—variedad de la granulía en la cual es intensísima la disnea sin que la auscultación de los pulmones revele ninguna anomalía, al menos en los primeros días—puede observarse en el niño y termina rápidamente por la muerte.

B. FORMAS LOCALIZADAS AGUDAS Y CRÓNICAS.—Con esta denominación, se agrupan las tuberculosis agudas pneumónicas ó bronco-pneumónicas y la tuberculosis pulmonar crónica.

1.º Tuberculosis aguda pneumónica.—El principio de la tuberculosis pneumónica, es menos brusco que el de la pneumonía franca; por lo general, es lento, insidioso y no va acompañado de dolor de costado. En el período de estado, revela el examen del pecho los mismos signos que en la pneumonía franca. Existe una macicez absoluta en un pulmón, y la auscultación hace escuchar un soplo tubario. La temperatura, es muy elevada. Por espacio de unos seis días, siguen las cosas en tal estado; al séptimo ú octavo día, no se produce la defervescencia clásica, y como nunca falta en la pneumonía franca, cuando esto ocurra, habrá que pensar en la tuberculosis. Al mismo tiempo, se oyen por la auscultación estertores cavernillosos, y bien pronto se manifiestan otros signos que dan á la enfermedad su verdadero carácter; la temperatura, presenta grandes oscilaciones irregulares; el niño está en un estado de debilidad extrema; cuando se le toca, acusa hiperestesia; se desnute y adelgaza; por lo que se refiere á los pulmones, los signos de tuberculosis se acentúan, se manifiestan los signos de reblandecimiento, y después de un plazo más ó menos largo, sucumbe el niño en el marasmo.

2.º Tuberculosis aguda ó subaguda bronco-pneumónica.—Esta forma, es la más frecuente; en la gran mayoría de los casos, la tuberculosis de la segunda infancia afecta la forma de una bronco pneumonía. La bronco-pneumonía se presenta, clínicamente, con todos los caracteres de la bronco-pneumonía franca. Después de un principio insidioso, aparece la disnea, y con ella la fiebre. Se percibe en uno de los pulmones una zona de macicez y, en este mismo punto, soplo y estertores. En el pulmón opuesto, se oyen algunos estertores sibilantes y subcrepitantes diseminados. Al día siguiente ó en los sucesivos, se modifican los signos pulmonares, aparecen otros focos de bron-

co-pneumonía ó de simple congestión; estos signos persisten durante algunos días, y después desaparecen ó se amortiguan y son reemplazados por otros. La disnea es más ó menos acentuada, y la cianosis más ó menos intensa, según los casos, como en las bronco-pneumonías francas. El cuadro clínico se parece, según esto, al de la bronco-pneumonía franca.

Así se comprende que sea difícil, y á veces imposible, establecer el diagnóstico. Los antecedentes hereditarios, suministran á veces indicaciones útiles; pero todavía son más importantes para el caso, los antecedentes personales del enfermito. En un niño en quencle, que tose con frecuencia y se acatarra fácilmente, se debe sospechar la tuberculosis. Si la bronco-pneumonía ha sobrevenido en un sujeto robusto, en el curso de un sarampión, se debe opinar por una afección no bacilar. Si ataca á un sarampiñoso ya débil, quizá abocado á una tuberculosis, es muy de temer que surja una bronco-pneumonía tuberculosa. El examen de los diferentes órganos, debe practicarse con detenimiento, porque, en ocasiones, de este modo es como se descubre algún dato que facilita el diagnóstico; así, el descubrimiento de gomas tuberculosas cutáneas de un mal de Pott, de un testículo tuberculoso (Hutinel), de una poliadenitis superficial generalizada, permite establecer la naturaleza de la bronco-pneumonía. Si se carece de estos elementos de diagnóstico, habrá que atenerse, para llegar á una solución, más á la marcha de la enfermedad, que no á los signos físicos y funcionales. Sin embargo, estos últimos presentan, á veces, algunas particularidades dignas de mención; así, en ciertas bronco-pneumonías tuberculosas agudas, la intensidad de la disnea está en desacuerdo con los signos percibidos por la auscultación, poco marcados, por lo general; también se ha dicho que, en la bronco-pneumonía tuberculosa, los estertores sibilantes y subcrepitantes estaban menos diseminados y que los signos de hepatización eran menos móviles; pero estos caracteres diferenciales, que tan importantes serían si fuesen constantes, faltan muchas veces. Más valor tiene la localización de los signos físicos, en los vértices, y su persistencia; pero es sabido que *la tuberculosis en los niños menores de ocho años, comienza con tanta frecuencia por la base ó por la parte media de los pulmones, como por el vértice*. Los fenómenos generales, no suministran indicaciones más serias, por lo menos al principio. La fiebre es menos elevada algunas veces en la tuberculosis, y la curva térmica presenta oscilaciones irregulares; pero, en la mayoría de los casos, estas diferencias se acentúan bastante tarde, es decir, cuando ya son inútiles.

En resumen; como puede ser reconocida la bronco-pneumonía tuberculosa, es por su *evolución*. La marcha es aguda ó subaguda y esto ya la distingue de la granulía de forma bronco-pulmonar, que evoluciona ordinariamente de una manera sobreaguda.

La *bronco-pneumonía tuberculosa aguda*, dura de cuatro á cinco semanas. Hacia el día octavo ó décimo, es cuando empieza á tomar un aspecto particular; en este momento, aparecen las grandes oscilaciones térmicas, y con ellas los sudores y la demacración; además, se perciben signos característicos localizados en una región limitada del pulmón, como soplo, estertores cavernillosos y hasta gorgoteo; y estos signos, tienen una gran fijeza. Recordemos aquí que, en los niños, los signos apreciados por el oído, siempre parecen indicar lesiones más extensas de lo que son en realidad, lo cual depende, sin duda, á juicio de

Cadet de Gassicourt, de la estrechez de la caja torácica. Es bueno conocer este hecho, si se quieren evitar errores de interpretación. La fijeza de los signos estetoscópicos y su agravación gradual, no son tan acentuadas en las bronco-pneumonías francas. Estas, si no matan al enfermo, mejoran generalmente hacia el décimo día. Pero después de cierto período de calma, puede surgir una nueva exacerbación, y entonces vuelve á hacerse dudoso un diagnóstico que antes se creyera casi cierto.

Una bronco-pneumonía no tuberculosa, puede pasar al estado crónico; en tal caso, el diagnóstico casi se hace imposible. Pero, esto es excepcional; una bronco-pneumonía franca, tiende generalmente hacia la curación, y cuando dura, debe reputarse sospechosa, sobre todo si progresa la demacración de que antes hemos hecho mérito. Es muy raro que no pueda ser reconocida la naturaleza tuberculosa de la afección pulmonar después de tres semanas de evolución, porque á estas alturas el niño ya ha tomado el aspecto característico del tuberculoso; continúa adelgazando; vomita con frecuencia, tiene diarrea, y, al cabo de seis semanas, sucumbe á los progresos de la consunción y es arrebatado por una exacerbación aguda.

En la *bronco-pneumonía tuberculosa subaguda (tisis galopante)*, se manifiestan los mismos síntomas, pero con más lentitud. La enfermedad experimenta detenciones en su evolución; pasadas varias semanas, vuelven la calma, las fuerzas y el apetito; después recobra su marcha, se detiene de nuevo, y por fin, reanuda su curso de un modo definitivo. La duración es de tres á cuatro meses. Esta forma clínica, que no es otra que la tisis galopante, se revela por signos que permiten establecer fácilmente el diagnóstico, como son los sudores abundantes, la demacración, las grandes oscilaciones térmicas regulares, y los signos cavernillosos en varios puntos del pulmón.

3.º Tuberculosis pulmonar crónica.—No se encuentra, en general, hasta partir de la edad de siete ú ocho años, siendo frecuente sobre todo hacia los catorce ó quince. Su sintomatología, es semejante á la de la tisis del adulto.

Sin embargo, hay ciertas particularidades que conviene señalar.

El *principio* es, de ordinario, más brusco que en los adultos; lo que marca la invasión de la tuberculosis en el niño, es unas veces una bronquitis capilar, una bronco-pneumonía aguda, una pneumonía, ó bien una espleno-pneumonía. En otros casos, son bronquitis de repetición, ó un embarazo gástrico, ó una fiebre mucosa, ó un estado tifoideo (tifo-bacilosis de Landouzy, tifo-tuberculosis de Aviragnet).

Las *hemoptisis*, casi nunca se producen al principio de la tuberculosis infantil; no aparecen más que en el período último, y aun en éste, son poco frecuentes, proviniendo ó de la rotura de un aneurisma de Rasmussen, ó de la de una de las ramas de la arteria pulmonar comprimida y ulcerada por un ganglio tuberculoso (1).

La tos es, en general, poco marcada, y la *expectoración nula*, porque los niños tragan sus esputos. Esta particularidad hace muy difícil el diagnóstico en los primeros períodos, porque es un obstáculo á la investigación de los bacilos. Por otra parte, los signos físicos sirven de poca cosa para el diagnóstico

(1) Meusnier, Hémoptysies chez les enfants; Thèse de Paris, 1892.

precoz: «La inspiración áspera y grave, ó débil y entrecortada, la espiración prolongada, la desigualdad de los ruidos respiratorios y de la resonancia vocal, las ligeras variaciones en las vibraciones torácicas y en la sonoridad, son motivos bastantes para llamar la atención é inspirar temores de que se desarrolle alguna lesión, pero no siempre permiten afirmar su existencia. En muchos casos, no se reconoce la tisis de los niños hasta el momento en que se perciben crujidos secos, y con mayor razón, si son *húmedos*» (Grancher y Hutinel).

Según un médico noruego, N. Qvisling, el diagnóstico precoz de la tuberculosis infantil se podría establecer, *explorando la sensibilidad torácica* por medio de la presión continua (1). Qvisling aconseja practicar la palpación del tórax con dos dedos, oprimiendo con ellos en el espacio intercostal, á partir de su extremidad externa. Un dolor manifiesto y persistente del primer espacio, sería el signo de presunción más precoz de una tuberculosis pulmonar en sus comienzos. Recordemos que Peter concede una gran importancia, para el diagnóstico de la tuberculosis, al dolor provocado con un plexígrafo al tiempo de percudir. Este método es aplicable especialmente en los niños de dos á seis años, pero pierde mucho de su valor en los muy pequeñitos, que gritan con cualquier motivo.

Entre otras particularidades de la tuberculosis infantil, que pueden oscurecer el diagnóstico, conviene llamar aquí la atención acerca de lo frecuentes que son, en el niño, los *signos pseudo-cavernosos* que hemos señalado en el adulto. Cuando se ausculta un niño tuberculoso, es muy frecuente escuchar en uno de los vértices ó en la parte media de un pulmón, un soplo que tiene todos los caracteres de cavernoso, que va acompañado de gorgoteos gruesos y que hace creer en una caverna pulmonar. Cierto que tales cavernas existen á veces en los niños, sobre todo cuando son mayorcitos, y se revelan por un soplo áspero y gorgoteos; pero estos signos pueden existir, y existen de hecho muy frecuentemente, sin que haya una excavación en el pulmón. Estos ruidos pseudo-cavernosos no sólo se observan en la tuberculosis pulmonar, sino también en ciertas pneumonías lobulares agudas, en determinadas bronco-pneumonías, y hasta en pleuresías con derrame considerable. Dependen dichos ruidos, ora de la ectasia bronquial, que surge muy pronto en los niños, en todas las inflamaciones pulmonares, ora de la estrechez de la caja torácica, que permite que lleguen los ruidos al oído sin perder nada de su intensidad. Así que, antes de afirmar la existencia de una caverna pulmonar en un niño, es menester seguir atentamente la evolución de la lesión, y analizar con cuidado los caracteres de los signos estetoscópicos.

Otro punto sobre el cual deseamos llamar la atención del lector, es la frecuencia de los *brotos congestivos* alrededor de los focos tuberculosos. En los niños tuberculosos en primero y segundo grado, y con lesiones bien definidas en los vértices, es frecuente verlos acometidos de pronto de una fiebre alta y de una disnea muy intensa; auscultando entonces, se reconocen al lado de lesiones antiguas, focos morbosos nuevos en donde se oyen estertores secos ó húmedos, gruesos ó finos, y á veces hasta soplos. En presencia de semejante complicación, la idea que ocurre, es que se trata de un brote agudo de tuber-

(1) *Semaine médicale*, núm. 7, 1891; Annexes, pág. 26.

culosis, quizá de una granulia. Pero, no hay nada de esto; los brotes congestivos, en la inmensa mayoría de los casos, desaparecen muy pronto y no dejan señal alguna de su paso.

La demacración se produce en el niño, como en el adulto; notemos, no obstante, que en el primero puede ser enmascarado por el abotagamiento que existe con frecuencia, acompañado de una palidez marcada de los tegumentos. Añadamos, que en el niño puede no haber adelgazamiento, y que el estado general se mantiene muy satisfactorio en algunos casos en que existe una gran lesión pulmonar; y hasta quizá sea más frecuente el tipo de cavernoso bien nutrido en la infancia, que no en la edad adulta. Finalmente, hemos de hacer notar la rareza de los trastornos gástricos en la tisis crónica del niño.

Tales son, las particularidades de la tuberculosis pulmonar crónica de los niños.

La marcha y terminación de la tisis en el niño, son poco más ó menos las mismas que en el adulto. Sin embargo, la marcha es más rápida, y sobre todo, es más frecuente la generalización de las lesiones. Lo regular, en la autopsia de los niños muertos de tisis, es encontrar lesiones tuberculosas en la mayor parte de los órganos. Por lo tanto, en la segunda infancia, como en la primera, se observa una tuberculosis generalizada crónica. Pero la evolución de la afección, es totalmente diferente; los niños mayorcitos, antes de morir, llevan cierto tiempo de ser unos verdaderos tísicos, mientras que los niños pequeños, nunca son «tísicos» en el verdadero sentido de la palabra; como ya hemos hecho resaltar, jamás presentan en sus pulmones lesiones extensas, y nunca bastan éstas para explicar el estado de caducidad en que sucumben.

En resumen, la tuberculosis pulmonar crónica se encuentra, sobre todo, en los niños que pasan de ocho años. Evoluciona como en el adulto, diferenciándose de ella en que el principio es más brusco, las hemoptisis excepcionales, la expectoración casi nula, los signos físicos más acentuados á igualdad de lesiones, la marcha más rápida, y, finalmente, la generalización más común que en el adulto.

Entre las demás formas de tuberculosis localizada de evolución lenta, que se observan en los niños, debemos citar la *tuberculosis de los ganglios bronquiales* ó *tisis bronquial*, que se estudiará en las enfermedades del mediastino.

CAPÍTULO II

TISIS DE LOS ANCIANOS (1)

No reina acuerdo entre los autores, en lo que concierne á la frecuencia y gravedad de la tisis en el viejo. Según unos, es muy rara la tisis después de los sesenta y cinco años; según otros (G. Sée), es, por el contrario, muy común.

(1) Leudet, Recherches sur la phtisie aiguë chez l'adulte; Thèse de Paris, 1851.—Mouretton, Tuberculisation des vieillards; Th. Paris, 1863.—Cocatrice, Tuberculisation aiguë des vieillards; Th. Paris, 1867.—Jardi, Phtisie pulmonaire des vieillards; Th. Paris, 1871.—Durand-Fardel, Traité des maladies des vieillards.—Peter, Leçons de clinique médicale.—Audouin, De la phtisie aiguë chez les vieillards; Thèse de Paris, 1879.

Fonssagrives ha dicho: «En pasando los cuarenta y cinco ó cincuenta años, es casi indiferente ser tísico ó no serlo». Esta opinión, nos parece muy exagerada; nosotros estamos viendo todos los días, *en el hospital*, viejos que sucumben á la tisis, lo mismo que los adultos. Pero, si nos atenemos á la clientela particular, Fonssagrives pudiera tener razón, porque, según Peter, en los ancianos ricos, la tisis, evoluciona con una notable lentitud. La tisis del anciano, puede ser de origen reciente ó debida á los progresos de una infección bacilar antigua, que ha presentado una larga remisión. Su desarrollo parece favorecido por la estrechez del esófago, el cáncer del estómago, la gastritis alcohólica, el cáncer del útero, la diabetes ó la albuminuria. La tisis de los ancianos, afecta la forma crónica ó la aguda.

I. La *tisis crónica de los ancianos* se presenta, ordinariamente, con síntomas muy atenuados. Si en el niño es raro que un órgano padezca solo, en el viejo los órganos parecen que padecen y viven aisladamente. Así es, que también la lesión local se desarrolla silenciosamente, sin reacciones vivas, ni resonancia sobre el estado general; hay desacuerdo entre los signos físicos, por una parte, y los síntomas funcionales y generales, ordinariamente muy poco marcados, por otra.

La enfermedad se desarrolla á seguida de una laringitis, de una pleuresía ó de una bronquitis. La tos es ligera, la expectoración casi nula (porque el viejo, como el niño, traga muchas veces sus esputos); la hemoptisis, es muy rara. La disnea es más objetiva que subjetiva, y no se aprecia si no se cuenta el número de respiraciones. Puede faltar la fiebre, y cuando existe es, en general, bastante moderada (38°, 38°,5). Los signos físicos, son los de la tisis ulcerosa común ó de la tisis fibrosa. La marcha de la enfermedad, es lenta; sólo al cabo de varios años, es cuando los enfermos se quejan de una gran debilidad, de que adelgazan, de que su piel se pone seca y se arruga, con lo cual todavía parecen más viejos de lo que son en realidad. La vida acaba por extinguirse sin estrépito, y á veces se los encuentra muertos en el lecho, sin poder precisar la causa de semejante terminación repentina.

Esta forma de tisis, es peculiar del viejo; pero no la única que se observa en él, puesto que, aun en sujetos muy ancianos, se presentan formas absolutamente análogas á las que se observan en el adulto.

Se evitará el confundir la tisis crónica del anciano con la bronquitis crónica, la bronquiectasia y el enfisema.

II. La *tisis aguda del viejo*, es más frecuente de lo que se cree, afectando la forma granúlica ó la pneumónica.

La *tisis aguda granúlica* del viejo, es una causa frecuente de sorpresas en las autopsias; reviste los aspectos sintomáticos más diversos y más engañosos. En la *forma latente*, el enfermo se queja de cefalalgia y de aturdimiento; adelgaza, pero no tose, ni tiene fiebre, ni sudores, faltando casi siempre los signos físicos; el anciano muere de repente, y en la autopsia se encuentra la granulia. En la *forma cardíaca*, sobrevienen edema, ascitis, diarrea, opresión y cianosis; como quiera que no existan ni fiebre, ni auscultando se notan lesiones pulmonares, se piensa en una lesión del corazón, en una miocarditis; la muerte sobreviene en pocos días y en la autopsia se descubre una granulia. En la *forma cerebral*, los signos dominantes son la demencia y la suciedad, acompañadas de ri-