

IV

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

De la *Revista Internacional de la Tuberculosis*

LÉFEVRE—La contagiosidad de la tuberculosis (*F. d'aecouch mars*).

La idea del contagio de la tuberculosis es antigua como el mundo y era ya admitida por Aristóteles, Hipócrates y Galeno.

Es á Villemin profesor del Val de Grāce, á quien se debe la revelación experimental y clínica de la naturaleza infecciosa de la tisis; desde 1865 el gran sabio francés inculaba la tuberculosis á los animales, demostraba experimentalmente la virulencia y la contagiosidad de los esputos del tísico, y médico militar, enseñaba que «el soldado tísico es para su compañero de habitación lo que el caballo carbonoso para su compañero de caballeriza».

En 1881 fué descubierto el agente contagio de la tuberculosis, que es un microbio infinitamente pequeño, visto y cultivado por primera vez por Koch. Se presenta en forma de bastoncitos muy delgados, rectos ó incurvados y tan pequeño que se necesitarían 750 alineados cabo á cabo para hacer un milímetro. Este bacilo es la causa esencial de la tuberculosis; pululando en el organismo humano, crea los tubérculos y envenena por las toxinas que segrega. Es notable por la resistencia extraordinaria que presenta vis á vis de los agentes físicos; no teme calor, frío, sequedad ni humedad, y se conserva largo tiempo en la obscuridad mezclado al polvo; en cambio, *lo mata en algunos minutos*; esta potencia microbicida de la luz solar juega en la lucha anti-tuberculosa un papel importantísimo, útil para la conservación de nuestra especie.

«Con Villemin, escribe Landouzy, se abrió para los padres una era de esperanza; ya no pesaba sobre las fa-

milias la fatalidad hereditaria! se acababa de conquistar la evitabilidad de la tuberculosis. Era para Francia la demostración científica de lo que ciertas tradiciones de los siglos XVI, XVII, y XVIII había establecido en algunas comarcas de los países meridionales en donde se decía que la tisis era contagiosa.

«En España, las Baleares, en las Romanas y en el reino de Nápoles como en la Provenza, se creía en el contagio; los médicos lo profesaban y el pueblo lo aceptaba; el resto de Europa lo ignoraba. En 1781, Felipe IV, rey de Nápoles, de Jerusalem y de las dos Sicilias hizo proclamar al son de las trompetas por las calles y plazas de Nápoles el contagio de la tisis, encargando á los médicos y enfermeros de declarar la enfermedad á fin de que los objetos que hubieran servido á los tísicos fuesen quemados y las casas desinfectadas, bajo amenaza para los delincuentes, de galera, prisión, multa ó destierro!»

Esa fué la declaración obligatoria puesta en vigor, medida profiláctica tan discutida y controvertida actualmente á causa de sus múltiples dificultades de aplicación.

Es de lamentar que las prácticas y creencias mediterráneas con respecto al contagio de la tisis, no hubieran subido hacia el norte; la vieja Europa estaría hoy menos azotada por la tisis, que mata en Bélgica 16.000 personas por año.

La idea del contagio no fué siempre aceptada; tuvo como adversario terrible el ilustre Laënnec: «La tisis tuberculosa, decía ha pasado por contagiosa y pasa aún como tal á los ojos del pueblo, de los magistrados y de algunos médicos en ciertos países y sobre todo en las comarcas meridionales. No parece que en Francia sea así». La autoridad de Laënnec era indiscutible y su influencia enorme; por largo tiempo prevalecieron sus ideas y cuando Villemin vino á la Academia de Medicina de París, á declarar que la tuberculosis era inoculable y contagiosa, tropezó con muchas convicciones contrarias y encontró muchos incrédulos. Aun hoy, á pesar de la evidencia de las pruebas, hay anticontagionistas irreductibles que rehusan creer en la naturaleza infecciosa de la tuberculosis y no tienen fe sino en la herencia de la semilla y en la predisposición innata ó adquirida del terreno. Y sin embargo la contagiosidad tiene una base sólida, y que se hace aún más sólida cada día que se buscan y descubran focos de tuberculosis.

El contagio marital es frecuente: un cónyuge da al otro el mal; aquél fallece, y éste vuelve á casarse y lleva la infección al nuevo hogar, y así sucesivamente, á pesar de la salud excelente del cónyuge sano (Dieulafoy).

Todos los días vemos ejemplares muy frecuentes del contagio, sin que se pueda incriminar para el enfermo antecedente alguno hereditario patológico.

Hay talleres en que un tísico basta para infectar un gran número de sus compañeros. Asimismo hay habitaciones en que cada familia que las habita deja un tributo al terrible mal. Las indagaciones de Juillerat prueban la evidencia de esos hechos.

El contagio es tanto más posible, como la vida en común con los tísicos es más íntima (matrimonio, familia). etc.

SAUGMANN.—La aplicación del neumotórax artificial en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (*Rev. med. danesa*).

Siguiendo las indicaciones de Forlanini y de Murphy, el autor ha provocado el neumotórax en una serie de casos de tuberculosis pulmonar, tratados por él en el «Vejefjord Sanatorium», en Dinamarca.

Saugmann se sirvió del aparato construido por Forlanini que tiene una cánula por medio de la cual se practica la inyección de ázoe esterilizado. Por regla general se inyectan 500 centímetros cúbicos cada dos días hasta que la compresión del pulmón sea completa. Al principio la reabsorción del aire se efectúa muy rápidamente, pero luego es más lenta; entonces basta inyectar algunos cientos de centímetros cúbicos cada 1, 2, 3 ó 4 semanas.

El autor trató 12 enfermos graves; y excepto en uno de ellos en quien hubo de interrumpir el tratamiento á causa de complicaciones en el otro pulmón, en los demás obtuvo una mejoría positiva; el efecto fué particularmente maravilloso en la fiebre, que desapareció al cabo de un tiempo más ó menos largo. En todos la tos y la expectoración se atenuaron y en algunos desaparecieron completamente. Excepto una ligera disnea y un dolor que desapareció pronto, no hubo ningún otro accidente.

He aquí uno de los casos, descripto: un sujeto de 29 años entró al sanatorio, muy febril y debilitado, con síntomas de destrucción de todo el pulmón izquierdo y con una afección menor del vértice derecho. Como la fiebre persistía y el peso disminuía constantemente, considerábase el caso como desesperado. Tentóse entonces el tratamiento por el neumotórax artificial, y en seguida la fiebre fué atenuándose lentamente, cesó la tos y la expectoración disminuyó y desaparecieron los bacilos. El enfermo se levantó, el peso aumentó y 6 meses después de haber entrado al sanatorio, el enfermo salió en apariencia curado. Así fueron tratados con igual resultado otros casos análogos.

STRANDGAARD.—Estudio sobre la presión de la sangre en los casos de tuberculosis pulmonar. (*Hospitalstidende*, nos. 39-42, 1907).

El autor practicó ese estudio en 336 hombres y 286 mujeres tísicos. Las experiencias fueron hechas con el aparato de Gärtner, á la misma hora del día (de 9 á 11 a. m.) y siempre en la posición horizontal.

De esas observaciones resulta que la presión media es de 4 mm. más elevada en el 1^{er} grado que en el 2^o, y de 7 mm. que en el 3^o. Sin embargo la presión varía sensiblemente en algunos enfermos. Ella es más débil en el hombre en razón directa de la duración de la enfermedad, lo cual no se ha encontrado en la mujer. En los casos febriles la presión está de 6 mm. más baja que en los semejantes no febriles. También se observa que en los enfermos cuyos esputos no contienen bacilos, la presión es más elevada que en los que si tienen. La presión es más elevada en razón directa del peso del enfermo; por el contrario ella disminuye á medida que la enfermedad progresa.

En el sanatorio la presión aumenta ó disminuye según que el enfermo mejore ó se agrave.

Bien que el autor no dé á las verificaciones de la presión sanguínea una importancia práctica particular, opina sin embargo que en diferentes circunstancias ellas pueden dar indicaciones útiles al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento.

CALMETTE y BRETON.—Sobre la absorción de la tuberculina por el recto. (*La Clinique*, marzo de 1908).

Nuestras experiencias nos permiten concluir:

1^o Que la tuberculina absorvida por la vía rectal á la dosis de un centigramo (tuberculina precipitada por el alcohol) produce en el hombre tuberculoso una reacción febril idéntica á la que se observa después de la inyección subcutánea.

2^o Que en los sujetos tuberculosos recientemente sometidos al oftalmo-diagnóstico, ésta absorción rectal puede hacer reaparecer en el ojo ya probado, el enrojecimiento característico de la carúncula y de la conjuntiva.

3^o Que en los animales pequeños (conejos y cobayas) tuberculosos, la inyección intrarectal de tuberculina produce los mismos efectos que la inyección subcutánea.

4^o En fin, que en los conejos y cobayas sanos la inyección intrarectal de una sola dosis masiva, ó de pequeñas dosis fraccionadas de tuberculina, ocasiona accidentes de

intoxicación lenta que terminan casi siempre con la muerte, sin que se establezca hábito.

Como la vía rectal se presta cómodamente para la absorción de la tuberculina, puede ser ventajoso en ciertos casos preferirla; por ejemplo, cuando se trata de precisar un diagnóstico de tuberculosis sin que el enfermo lo sepa.

DIAS D'ALMEIDA.—La tuberculosis mamaria. (*Gaz. des Hosp. de Porto*, 1908).

La apariencia de malignidad ó el temor de la recidiva, excluyen algunas veces la intervención que puede ser beneficiosa.

Mujer de 40 años, casada. Tumor como una mandarina, en el seno derecho; duro, poco doloroso, sin adherencias, data de 6 meses y tiene aspecto maligno. Amputación: se encuentra una degeneración tuberculosa de los ganglios torácicos: curación.

Mujer de 35 años, célibe. Tumor duro, muy adherente á la piel y al pectoral y sin alteración ganglionar. Amputación: era una masa caseosa encapsulada; curación. Ambos tumores parecían carcinomas.

ANTONIO D'ANDRADE.—La oftalmo-reacción de Calmette. (*Gaz. des. Hosp. do Porto*, 1908).

La reacción puede ofrecer cuatro grados: ligera, media intensa y muy intensa; casi siempre es media ó intensa, Nuestro primer enfermo sufría de irido-ciclitis; la instilación en ese ojo fué positiva. Total: 31 experiencias, 24 positivas, y 7 negativas. Muchos autores portugueses dan estadísticas semejantes. No se puede acordarle un carácter absoluto; en medicina no hay nada infalible.

E. R. CONI.—La tuberculosis pulmonar y la raza en la Argentina. (*Alianza de Hig. Soc.*).

Nuevos datos confirman la mayor mortalidad por tuberculosis en la raza de color. En Buenos Aires mueren tísicos casi el mismo número de mujeres que de hombres criollos. Entre los extranjeros hay mayor mortalidad de hombres. Todo prueba la gran mortalidad de los mulatos. La tuberculosis casi ha destruído los indios.

AZEVEDO SODRE.—La tuberculosis pulmonar y la raza en el Brasil. (*Acad. med. Río-Jan.*).

Deducciones semejantes á las de Coni en la Argentina. Los negros y mulatos han casi desaparecido por su sensi-

bilidad á la tuberculosis. Las ciudades en que ellos abundan tienen una mortalidad doble por tuberculosis. En los períodos en que la gente de color se ha alejado de Río Janeiro, la bacilosis ha disminuído notablemente en la estadística: 28 por 10.000 en los blancos y 65 por 10.000 en los negros y mulatos mueren físicos en Río.

BEZANÇON, RIST, RENON, etc. — Discusión sobre el diagnóstico de la tuberculosis al principio. (Soc. med. de los Hosp.)

La comunicación de Bezançon dió lugar á una interesante discusión que resumimos brevemente:

Rist. — La apreciación de ciertos signos clínicos no ha seguido una apreciación paralela á los conceptos sobre la marcha y la etiología de la tuberculosis. Sin embargo, Grancher había inaugurado ya esa evolución modificando y corrigiendo su primera idea en algunos puntos. Sus últimas comunicaciones (1906) á la Academia de Medicina demuestran que él consideraba la tuberculosis del adulto como la consecuencia frecuente de la tuberculosis de la infancia latente y que pasa desapercibida; es decir, que es en el niño y en el adolescente que hay que buscar las primeras etapas de esa enfermedad crónica que dura á veces toda la vida. En efecto, es en el niño que puede sorprenderse en flagrante delito la tuberculosis en su período de germinación, mientras que en el adulto la disminución del murmullo vesicular indica á menudo una lesión detenida en su evolución, esclerosada, cicatrizada y hasta curada. La lesión tuberculosa pulmonar se atenúa y se extingue, pero modificando de un modo permanente la estructura anatómica y la función del órgano. Esta perturbación funcional es la disminución del murmullo vesicular; la perturbación anatómica no es revelada sino por el examen radioscópico, bajo forma de una opacidad. Este examen radioscópico constituye pues un criterio bastante seguro de la antigüedad y del modo evolutivo (fibroso) de una lesión comprobada por la auscultación. No debe olvidarse tampoco que en el adulto, la disminución del murmullo vesicular puede ocultar lesiones destructivas del centro del vértice, que sólo, el examen radioscópico y la busca de los bacilos pueden descubrir. En resumen, la comprobación de una respiración disminuída en el vértice indica en el niño, en la mayoría de los casos, el principio evolutivo, la primera etapa de la tuberculosis; puede indicarla también, pero más raramente en el adulto, en quien señala una lesión cicatrizada ó esclerosada, pero más á menudo una lesión profunda, activa, grave, en plena evolución. Para interpretar entonces el signo de Grancher, hay que

hacer un estudio profundo del estado general y servirse de todos los procedimientos de exploración y en particular de la radioscopia y del examen bacteriológico.

Renon.—La disminución del murmullo vesicular del vértice derecho del pulmón, en ausencia de todo estígmata concomitante de tuberculosis, no autoriza para considerar al paciente como un tuberculoso confirmado. Al lado de las obscuridades respiratorias del vértice derecho, debidas á una tuberculosis indiscutible, á una compresión ganglionar cierta, á una obstrucción de las vías naso-faríngeas, pueden existir atelectasias pulmonares de origen neuropático, que se traducirían hasta por una obscuridad al examen radioscópico. En efecto se encuentra en ciertos enfermos un síndrome neuropático que también se encuentra en la enterocolitis mucoso-membranosa con constipación espasmódica, en las falsas cardiopatías con palpitaciones, en ciertas dispepsias con espasmo del píloro: anestesia de la córnea y de la conjuntiva, de la faringe, exageración de los reflejos rotulianos, latidos de la aorta abdominal. La obscuridad respiratoria podría en ese caso encontrar una explicación en un espasmo brónquico predominando en el bronquio derecho. En esos nerviosos, por consiguiente, hay que apoyarse en los demás métodos de exploración (busca de los bacilos, reacción á la tuberculina) para hacer el diagnóstico de tuberculosis.

Queyrat no admite las conclusiones de Bezançon (la disminución del murmullo vesicular localizada y permanente, comprobada en el vértice derecho es un síntoma de probabilidad de tuberculosis, no incipiente, sino latente, tórpida, atenuada). Para él, esa disminución de la inspiración es el primer indicio de la invasión del pulmón por el bacilo de Koch; si la tuberculosis evoluciona, luego aparece la inspiración granulosa, *rasposa*, y más tarde en la tercera etapa, la inspiración ruda, y en fin la inspiración ó la expiración *sacudidas*. En esta evolución puede sobrevenir un detenimiento, y entonces la disminución del murmullo vesicular localizada á un vértice queda como testimonio de la tuberculización pulmonar. Esta disminución de la respiración no es patognomónica de la tuberculosis. Se la observa en otros estados, patológicos unos, fisiológicos otros. Entre éstos últimos se encuentra la meiopragia hereditaria del pulmón, análoga á la meiopragia cardíaca y renal. En presencia de la disminución unilateral permanente del murmullo vesicular, el clínico debe pues pasar revista á todas las causas que pueden producirla, y si no encuentra ninguna, debe considerarla como función de tuberculosis.

En cuanto á la localización más frecuente de la tuberculosis en el vértice derecho, *Queyrat* la explica por la di-

rección y dimensión del bronquio, por una mayor actividad del pulmón derecho que se vuelve así un sitio de predilección para el polvo bacilífero, considerando la tuberculosis pulmonar como de origen respiratorio. Queirat no acuerda mucho valor á las pruebas con la tuberculina y exige sobre todo una buena auscultación.

Hirtz recuerda que los signos de tuberculosis pueden ser observados en los nefríticos. El edema ó la congestión pulmonar localizada en los vértices se manifiestan por una rudeza respiratoria y por estertores finos en las fosas supra-espinales, todo lo cual puede hacer pensar en la tuberculosis. Sin embargo la tonalidad á la percusión no está sensiblemente más elevada que del lado normal, la voz se repercute poco y las vibraciones no son exageradas; el enfermo tose poco, no expectora sino esputos filamentosos y viscosos y presenta una disnea por accesos, desproporcionada con los datos suministrados por la auscultación. Los focos de bronquitis albuminúrica son además muy móviles, caprichosos, y el examen de los esputos y la inoculación al cobaya quedan negativos.

Pissavy.— Bajo el punto de vista del tratamiento, la clasificación de los enfermos que presentan una disminución del murmullo vesicular le sugiere una línea de conducta así: *a*) abstención de todo tratamiento cuando ese síntoma existe rigurosamente aislado. Esos enfermos deben ser examinados periódicamente, pero deben vivir normalmente; *b*) si hay otros síntomas de tuberculosis (fiebre, enflaquecimiento, taquicardia, hemóptisis) hay que tratar la enfermedad rigurosamente. No debe aconsejarse el matrimonio en tal caso.

Lemoine hace una comunicación sobre las inspiraciones anormales patológicas y fisiológicas. Las conclusiones de Bezançon confirman las suyas consecutivas al examen de cerca de 1.000 sujetos jóvenes de 20 años. La disminución del murmullo vesicular en el vértice derecho no debe ser considerada como el signo de una tuberculosis pulmonar que principia ó en evolución sino cuando se acompaña de otros fenómenos acusadores de cierta alteración del estado general. Entre 945 soldados jóvenes, 64 presentaron aquel síntoma; 57 de éstos gozaban de un estado general excelente; 33 no se presentaron nunca á la visita; 7 fueron anteriormente reformados por tuberculosis pulmonar, su estado general habiendo decaído consecutivamente á la gripe ó la bronquitis. Estos tenían además antecedentes hereditarios ó personales. La anomalía respiratoria del vértice derecho debe pues llamar la atención del médico militar y si está acompañada de síntomas de depresión del organismo, de taquicardia al menor esfuerzo de sofocación, de tras-

tornos digestivos y de enflaquecimiento, debe autorizar la reforma inmediata. En cuanto al valor de una diferencia de intensidad del murmullo vesicular en uno de los vértices. Lemoine no está de acuerdo con Grancher. Más de la tercera parte de 2.270 soldados examinados presentaban una inspiración más fuerte á la derecha. Los zurdos tenían una inspiración más fuerte á la izquierda, lo que prueba que la profesión influye sobre la intensidad del murmullo vesicular. Al lado pues de las anomalías patológicas las hay profesionales ó de hábitos que deben tenerse en cuenta en los experticios sanitarios. En fin, la disminución de la respiración á la derecha, da una sospecha legítima relativamente al estado del pulmón.

Letulle no se fía en la observación aunque sea reiterada, de un signo único y del más sospechoso como lo es el de la disminución del murmullo vesicular, para dar un diagnóstico firme de tuberculosis. Se necesita un examen físico profundo: inspección (claudicación respiratoria de un vértice), palpación (blandura de los músculos supra-escapulares, exageración de las vibraciones vocales), percusión (trasonancia anormal del vértice), auscultación (respiración en sacudidas, superior, sonoridad más clara ó más grave, rudeza, sequedad del ruido respiratorio). Sólo una excepción en la apreciación de esos signos debe ser mencionada, la escoliosis, que hace difícil la determinación del estado normal ó patológico. En cuanto á decir la edad de la lesión que se encuentra, *Letulle* cree imposible concluir en: tuberculosis que principia, ó en esclerosis cicatricial.

Dufour señala una anomalía respiratoria unilateral fisiológica á causa del decúbito lateral durante el sueño. La compresión del pulmón correspondiente durante la tercera parte de la vida explica la respiración imperfecta de ese lado.

Barth enumera las condiciones múltiples que pueden determinar la disminución respiratoria en un vértice: pleuresia seca adhesiva con engrosamiento del parenquima pulmonar; enfisema localizado; adenopatía mediastina; infiltración del vértice por la serosidad en las nefritis crónicas ó por las granulaciones tuberculosas; desarrollo imperfecto del lóbulo superior; espasmo funcional. No debe pues, sin idea preconcebida, atribuir á un principio de tuberculosis la disminución del murmullo vesicular en el vértice derecho, cuando no existe otro signo de bacilosis. Las ideas de Grancher han dado á muchos médicos la propensión de querer diagnosticar la tuberculosis antes de tenerla, arriesgando así causar por ese juicio inconsiderado mayor mal que bien haría su tratamiento. Los trabajos recientes (cu-

ti y oftalmo-reacción) han aumentado aún esa inclinación. Los resultados de esos métodos, suponiendo que el porvenir los confirme, deben al contrario enseñar que la presencia del bacilo en el organismo no implica forzosamente el desarrollo de la tuberculosis. Aun en presencia de un foco circunscripto conteniendo bacilos, con un signo de auscultación tan ligero y de interpretación tan dudosa como la disminución del murmullo visicular en el vértice derecho, se tiene el deber de ser reservado con el diagnóstico hasta que otros signos lo confirmen. Todos los sospechados no se vuelven tuberculosos y es imprudente declararlos desde el principio como bacilosos y tratarlos como tales cuando no presentan otro síntoma que la disminución respiratoria del vértice derecho.

Claisse.—La doctrina de Grancher no está destruída por los hechos producidos hasta ahora por diferentes autores. Grancher parecía haber previsto la observación de Renon, cuando insistió sobre la permanencia de la anomalía respiratoria, y la de Dufour, cuando expuso las pequeñas alteraciones de la salud en la primera etapa. Sin embargo la anomalía respiratoria no puede suministrar sino un diagnóstico de gran probabilidad. La auscultación da más si se la combina á la prueba de la tuberculina, que practicada según el buen método no solamente da una reacción general febril, sino también una reacción local en el vértice infectado. Este método precisa pues el sitio de la lesión. Conclusión práctica: si sólo se emplea la auscultación se deja agravar la lesión perdiendo así un tiempo precioso; si se combina al método por la tuberculina y la prueba es positiva, se está en derecho de inaugurar en seguida el tratamiento con las mejores probalidades de éxito; si la disminución del murmullo vesicular indica una probalidad de tuberculosis, la prueba de la tuberculina da una certidumbre.

Fernet terminó su exposición por las conclusiones siguientes: el valor de las respiraciones anormales para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar al principio es grande, pero está lejos de ser absoluto, puesto que numerosas otras condiciones pueden producir esas anomalías.

Para comprobar el diagnóstico es indispensable buscar la existencia de síntomas generales, de trastornos funcionales, de todos los signos físicos y en particular los que suministran la radioscopia y la radiografía, y también otras manifestaciones locales que frecuentemente acompañan la enfermedad al principio: adenopatía tráqueo-brónquica, adenopatía axilar, repleción de la base del pulmón correspondiente á la lesión del vértice, etc. La existencia de muchos de éstos fenómenos, todos de gran valor, permite general-

mente hacer un diagnóstico firme. En ciertas circunstancias es interesante dirigirse á la prueba de la tuberculina.

Barié.—Además de las anomalías respiratorias en el vértice, citadas, no hay que olvidar la que se observa en las cardiopatías crónicas (lesiones aórticas, cardiopatías arteriales, miocarditis crónica, arterio-esclerosis). La congestión aguda que éstas lesiones pueden producir se localiza casi siempre en uno de los vértices y puede persistir allí largo tiempo, provocando la correspondiente disminución respiratoria, y hasta la producción de estertores pequeños subcrepitantes finos. La disnea es viva, la tos frecuente y á veces seguida de esputos teñidos en sangre. Se podría pues creer en el principio de una tuberculosis hasta allí tórpida y latente. La existencia de la cardiopatía orgánica no basta para eliminar la posibilidad de una tuberculosis (la coexistencia de ambas afecciones es perfectamente posible). El diagnóstico diferencial se basa en el carácter fugaz y la rapidez de la aparición y de la desaparición de ésta congestión.

Fuera de ésta anomalía respiratoria de origen circulatorio, hay que citar aún la provocada por las deformaciones torácicas y las desviaciones raquídeas. La disminución del murmullo vesicular no basta pues por sí sola para autorizar el diagnóstico de tuberculosis que comienza. Si ese signo es persistente y si las otras causas son eliminadas, el sujeto puede considerarse como sospechoso y hay que ocurrir á los demás métodos que permiten descubrir la tuberculosis naciente. La presión arterial, que está por debajo de la normal en la tuberculosis no complicada, es útil de buscar.

Marfan corrobora lo que dice *Barié* sobre la disminución de la presión arterial, signo pronóstico importante, pues indica una forma á marcha progresiva. Sin embargo una hipotensión no excluye la posibilidad de una mejoría persistente y aun de la curación clínica.

Le Gendre recuerda que *Grancher* consideraba como particularmente importantes las modificaciones del timbre y las alteraciones de la respiración; y exigía para dictar un diagnóstico firme la alteración de la nutrición y la disminución de las fuerzas del enfermo.

En cuanto á la respiración débil, por lo mismo que es ella quizás la más frecuente de las respiraciones anormales y que se encuentra en multitud de casos patológicos diferentes, no tiene gran valor para decidir; ella plantea solamente un problema.

Faisans rectifica la confusión que hay sobre la respiración débil. Los aforismos de *Grancher* no se aplican sino

á los niños, que bajo ese punto de vista se parecen poco al adulto tanto en la semiología como en la marcha de la afección. Para saber lo que Grancher pensaba del diagnóstico de la tuberculosis en el adulto, hay que referirse á las lecciones publicadas en 1890. Allí dice: «La respiración débil, por lo mismo que es la más frecuente de las respiraciones anormales y que se encuentra en multitud de estados patológicos diferentes, no tiene un gran valor de decisión». Faisans considera como imprudente dar demasiada importancia á los resultados de la auscultación, sobre todo cuando se trata de un signo relativo como la respiración débil, cuya comprobación resulta de comparaciones minuciosas y repetidas.

Faisans atribuye poca importancia á la diferencia de respiración en ambos vértices, particularidad que basta conocer para que no constituya en la práctica una dificultad. Numerosas causas pueden ocasionarla.

La comprobación de una respiración débil en una región circumscripita implica la existencia de una alteración de los bronquios, del pulmón ó de la pleura. Esta respiración débil, fija y permanente, localizada en el vértice crea una presunción fuerte de tuberculosis. Pero se necesita la comprobación de trastornos funcionales y generales y el estudio de los antecedentes, para que aquél signo autorice el diagnóstico firme.

Faisans es de la opinión de Barh, quien para el diagnóstico de la tuberculosis hace primar el valor de los signos clínicos sobre las pruebas de tuberculina, pero no está de acuerdo con él si declara que no es posible hacer el diagnóstico cuando no hay rudeza inspiratoria, ni expiración prolongada ni exageración de la repercusión vocal. Si se espera la reunión de todos esos signos, se pierde el tiempo más útil, y la curabilidad de la tisis está más en relación con la edad de la enfermedad que con la importancia de las lesiones.

La respiración débil no es el signo más seguro ni el más común en las fases iniciales de la tuberculosis, pues es más frecuente la rudeza del murmullo vesicular á la inspiración.

Sin embargo, no debe negarse que la respiración débil *pueda ser un signo inicial*. Pero muy á menudo ese signo debido á una esclerosis pleuro-pulmonar con sínfisis, indica una forma seca, crónica, de evolución lenta. En tal caso la palpación y la percusión dan también otros signos.

En resumen, para el diagnóstico de la tuberculosis incipiente, así como para todo diagnóstico y quizá más aun, no hay que despreciar los signos físicos y la auscultación; pero sino es inútil poseer un buen oído, se necesita ade-

más de una cualidad aun más preciosa, la seguridad en el juicio y el buen sentido común.

Rist insiste sobre la relatividad de las anomalías respiratorias unilaterales y Grancher mismo hablaba á menudo de *respiración diferente*. El problema se plantea muchas veces así: ¿hay inspiración ruda de un lado ó respiración débil del otro? Además, la radioscopia muestra á veces dos vértices oscuros, cuando clínicamente no había sinó respiración debilitada de un lado comparada con el otro presumido sano.

Guinon.— El niño constituye el verdadero terreno para el estudio de los primeros signos de la tuberculosis pulmonar y particularmente de la R— en el vértice derecho, pues en él se conocen exactamente los antecedentes y se pueden eliminar todas las causas de alteración del murmullo vesicular invocadas. En éstas condiciones, R— en el vértice derecho es muy frecuente, ó por lo menos se encuentra R— á la derecha y R+ á la izquierda; es difícil decir inmediatamente cuál es el lado que da R— normal; es la tonalidad que informa en tal caso. Grancher daba por causa de esa disminución respiratoria la adenopatía tráqueo-brónquica. Lo que conduce á ésta opinión es la existencia de una adenopatía dura del cuello y el enflaquecimiento de la cintura escápulo-clavicular. Si se siguen esos enfermos durante muchos años se verán precisarse los signos y la anomalía respiratoria complicarse con P. y V. Una tos ferina, un sarampión ó una escarlatina bastan para que la enfermedad aparezca claramente. Además la radioscopia muestra la transparencia pulmonar con oscuridades laterales en manchas separadas ó continuas que representan la adenopatía brónquica.

Guinon reprocha á sus colegas la lentitud y el retardo que tienen para reconocer y señalar la tuberculosis que comienza.

Barbier considera la disminución del murmullo vesicular unilateral en los niños sospechados como consecuencia de la inmovilización durante la inspiración del hemitórax correspondiente, lo cual es apreciable á la vista, á la palpación y á la mensuración. Cuando los niños mejoran, mejora también la ventilación pulmonar.

En cuanto á hacer de la disminución del M. V, exclusivo, un signo de tuberculosis curada ó en vía de evolución favorable, nada justifica ese concepto.

Vincent.— Como Faisans, cree que en el adulto, la comprobación de una respiración débil como síntoma inicial de tuberculosis, es mucho más rara que la de una inspiración ruda y de tonalidad baja. La palpación bi-

manual señala una expansión mínima del vértice (ventilación insuficiente) y esta obscuridad desaparece cuando se hace oser al enfermo y luego respirar más fuerte. Tal vez hay allí una inercia local ó un espasmo de los pequeños bronquios que limita la introducción habitual del aire inspirado.

Bezançon contesta para cerrar la discusión, á las críticas formuladas de la discusión de su primera proposición (R — es frecuentemente observada en individuos sin ningún síntoma anterior concomitante de tuberculosis), retiene el hecho importante que es principalmente en los sujetos con lesiones rino-faríngeas, en los adenoideos, que se encuentra R — y que pueden ponerse en cuenta de la tuberculosis; la fiebre, la anorexia y la tos debida en realidad á los accesos de amigdalitis. La relación de la permeabilidad nasal con la intensidad del M. V. debe ser objeto de estudio preciso, así como las respiraciones anormales fisiológicas.

La segunda proposición (R — es más á menudo un signo de tuberculosis latente, atenuada, contenida, curada) levantó vivas objeciones. *Faisans* y *Barth* no la consideran sino como signo de esclerosis, mientras que *Rist*, *Queyrat* y *Barbier* la creen un signo de comienzo. En cuanto á la frecuencia de R — en el vértice derecho, *Bezançon* no se contenta con las razones indicadas y cree más bien en la influencia que ejercería sobre la R — en el vertice la adenopatía tráqueo-brónquica que casi siempre existe á la derecha.

En resumen, como lo enseñó *Grancher*, la comprobación de la R — en un vértice no debe conducir *ipso facto* al diagnóstico de la tuberculosis, que exige la presencia de otros signos generales y funcionales. En algunos casos ésta coexistencia no es debida á tuberculosis pulmonar, sino á trastornos rino-faríngeos, neuropáticos, dispépticos. El problema del diagnóstico precoz de la tuberculosis debe pues estudiarse de nuevo bajo bases serias.

ROMME.— A propósito de la especificidad de las cuti-reacciones (*Presse med.* 12 abril 1908).

Esta cuestión se discute igualmente con respecto á las indagaciones que acaba de hacer conocer *Hamburger* sobre la «cuti-reacción por punción».

Bajo este nombre se designa una reacción inflamatoria de la piel en las inyecciones subcutáneas de tuberculina. Cuando la dosis es mínima, de 1/10 á 1/1.000 de miligramo la inyección no provoca reacción general, pero si una reacción local de la piel. Esta consiste en la aparición, 24 horas después de la inyección, de dos zonas inflamatorias, una de las cuales se desarrolla alrededor del punto de inoculación y la otra un poco más lejos, en el lugar corres-

pondiente á la punta de la aguja introducida bajo la piel. Ambas zonas de dermatitis inflamatoria no tardan en fusionarse, aumentan aún de intensidad durante 24 á 48 horas y declinan en seguida durante dos días; todo dura 5 días.

Es esta cuti-reacción á la punción que Hamburger ha estudiado comparativamente con la cuti-reacción de von Pirquet, en 200 niños de 1 á 14 años. Observó así que todos los que presentaron esta última, también presentaron la otra. Además á 40 niños que no reaccionaron á la cuti-reacción de Pirquet, la inyección de 1/10 á 1/1.000 de miligramos de tuberculina provocó la reacción positiva á la punción. En cambio ninguno de los niños que no reaccionaron á ésta última positivamente (102) tampoco reaccionaron á la otra.

Resulta pues que la cuti-reacción á la punción es más sensible que la de von Pirquet. Hamburger vió casos en que aquélla se produjo con inyección de 1/1.000.000 de miligramo de tuberculina; y parece que con dosis aun inferiores puede obtenerse aún. En un caso, una inyección de 1 centímetro cúbico de solución fisiológica de cloruro de sodio provocó una reacción positiva á la punción; la jeringa que sirvió para ella había sido empleada para inyecciones de tuberculina y sin embargo había sido cuidadosamente lavada.

Hamburger que considera la *cuti-punzo-reacción* como estrictamente específica de la tuberculosis, estima que es la única capaz de darnos la medida de la frecuencia de la tuberculosis activa ó extinguida en el niño. Pero sin hablar de la sensibilidad excesiva de este procedimiento, podemos preguntarnos si la cuti-reacción á la punción no es una reacción local de la piel que puede sobrevenir consecutivamente á la incorporación de no importa que toxina.

F. BEZANÇON.—Tuberculosis pulmonar latente y tuberculosis atenuada pulmonar (*Le Méd. Prat.*, 31 marzo 1908).

En resumen, la comprobación de una disminución permanente del murmullo vesicular localizada en un vértice, en un individuo que no presenta trastornos de la respiración nasal, asociada á una disminución de la claridad radioscópica, es un signo de probabilidad de una lesión tuberculosa del vértice. Esta lesión puede ser algunas veces inicial, ó bien una lesión latente, ó también una lesión cicatricial, ó aun de tuberculosis atenuada.

La existencia de una reacción febril en ese individuo, consecutivamente á la inyección de un décimo de miligramo de tuberculina, debe autorizar la idea de que se trata de tuberculosis latente en actividad.