

Conducta del Médico Práctico ante el
Proceso Tuberculoso

DR. JOSÉ M.^a BARJAU

CAPÍTULO XXXI

de la obra

LA TISIOLOGÍA
EN LA
PRÁCTICA MÉDICA

II TOMO

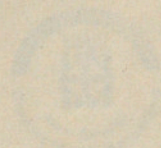
Obra publicada por la Casa

A. WASSERMANN, S. A.

BARCELONA

1935

CONDUCTA DEL MEDICO PRACTICO
ANTE EL
PROCESO TUBERCULOSO



R. 16472

Dr. José M. Barja

CONDUCTA DEL MEDICO PRACTICO ANTE EL PROCESO TUBERCULOSO

CONDUCTA DEL MEDICO PRACTICO ANTE EL PROCESO TUBERCULOSO

INTRODUCCIÓN

El proceso tub. clínico, en la práctica corriente, nos plantea diversidad de problemas que es preciso resolver a diario, de cuya solución — acertada o no — depende el bienestar y la salud, no ya de un individuo ni de una familia entera, sino de la propia sociedad. Es la tuberculosis, en efecto, una de las enfermedades más frecuentes en nuestros países, y es por ello que los problemas que plantea son, numéricamente, de los más importantes que la patología nos presenta. Por otra parte, la tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, repercutiendo inmediatamente sobre la sociedad todo cuanto a ella se refiere. De aquí que se plantea también la cuestión que nos ocupa hoy, ya importante por sí misma, cualitativamente considerada a través el alto valor, y gran momento de responsabilidad involucrado en la vida del médico práctico.

En 1932, desde la tribuna de la Sociedad Médico-Farmacéutica de los Seguros Coos y Usarios, y en el momento de celebrar el primer congreso nacional, me dirigí al médico práctico abordando un tema de problema de carácter filosófico y la duda y el labor que acompaña al médico en el momento de gran incertidumbre: en la gran mayoría de casos, el diagnóstico que está en juego ha pasado por el internista. El médico práctico siempre se enfrenta a los problemas que surgen de la interacción de una u otra muchas veces, considerando la duración misma del diagnóstico de las prácticas medidas profilácticas, y cuanto antes son capaces los que deciden, a veces de toda una familia.



R. 16477

CONDUCTA DEL MEDICO PRACTICO
ANTE EL
PROCESO TUBERCULOSO



R. J. 1933

DR. JOSÉ M.^a BARJAU

CONDUCTA DEL MEDICO PRACTICO ANTE EL PROCESO TUBERCULOSO

INTRODUCCIÓN. — El diagnóstico precoz de la tbc. — 2) El problema de la febrícula. — 3) Las tbc. de la infancia y las seniles. — 4) El laboratorio y la radiología al servicio del médico práctico. — 5) Normas que debe tener presente el médico práctico al formular el pronóstico de la tbc. — 6) Conducta del médico general ante el enfermo tbc. — 7) Relaciones del médico práctico con la familia del tbc. y con el tisiólogo.

INTRODUCCIÓN

El proceso tbc. plantea, en la práctica corriente, una enorme diversidad de problemas que es preciso afrontar a diario, de cuya solución — acertada o no — depende el bienestar y la salud, no ya de un individuo ni de una familia entera, sino de la propia sociedad. Es la tbc., en efecto, una de las enfermedades más frecuentes en nuestros países, y es por ello que los problemas que plantea son, numéricamente, de los más importantes que la patología nos presenta. Por otra parte, la tbc. es una enfermedad social por excelencia, repercutiendo inmediatamente sobre la sociedad todo cuanto a tbc. se refiera. De aquí que, si cuantitativamente la cuestión que nos ocupa tiene ya importancia primordial, cualitativamente considerada alcanza el más alto valor, y crea momentos de responsabilidad incalculable en la vida del médico práctico.

En 1932, desde la tribuna de la «Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián» y en el momento de celebrar su sesión académica inaugural, me dirigía al médico práctico abordando un tema de profilaxis antituberculosa, y le decía: «La labor que incumbe al médico práctico es de gran trascendencia; en la gran mayoría de casos, el tisiólogo, ve al tbc. después que éste ha pasado por el internista. El médico general, es pues, el que casi siempre asiste a los primeros episodios de la enfermedad. A él es a quien está muchas veces reservada la delicada misión del diagnóstico precoz, de las primeras medidas profilácticas; y cuantas veces son éstos momentos iniciales los que deciden la suerte de toda una familia».

Pero no es esto todo. Recordemos el papel del médico de familia en el seno de la misma. El poder del médico de familia para con ésta es, en cierto modo ilimitado, su autoridad no la posee persona alguna, él sabe que su consejo será seguido, su decisión atendida. Y cuántas veces éstos consejos y y éstas medidas, crean situaciones decisivas para el porvenir de un hogar.

El presente capítulo va dirigido muy especialmente al médico rural, pero se hace asimismo extensivo al médico práctico de la gran urbe. Este ciertamente posee medios de diagnóstico y de tratamiento que no están, en todo momento, a la disposición de aquél; en la gran ciudad existen dispensarios especializados, que son un elemento de ayuda precioso para cualquier duda que pueda presentarse en determinado caso. Pero ni siempre el práctico puede hacer uso de aquellos medios ni de estos dispensarios, ni puede negar que, incluso para saber hacer uso de ellos correctamente, se requieren una serie de conocimientos, de orden eminentemente práctico, que son los que forman la base del presente capítulo.

Los problemas a los cuales se intentará dar solución en estas líneas, los errores que se harán resaltar, son los que la práctica diaria de la especialidad me ha enseñado como los más comunes, por lo menos en nuestro medio, errores contra los cuales creo necesario reaccionar con todas nuestras fuerzas, en provecho de nuestros clientes, y para mantener el debido prestigio y confianza que la sociedad tiene depositada en nosotros.

Por lo dicho ya se comprende que los problemas que se tratarán en nuestro capítulo serán unos de orden diagnóstico, otros de orden pronóstico, ya terapéuticos, ya profilácticos. En las distintas partes de la presente obra se encontrará, magistralmente desarrollado, todo cuanto a diagnóstico, pronóstico, terapéutica y profilaxis se refiere, y, en los capítulos correspondientes, podrán hallarse cuantos conocimientos necesita el práctico para salir, en todo momento, airoso de su cometido. Pero no me será posible evitar, entrar en asuntos que ya estarán desarrollados en otros capítulos: a ellos haremos forzosamente mención y remitiremos al lector para que allí encuentre, desarrollado con toda amplitud, lo que nosotros solamente podremos esbozar.

1. — EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TBC.

Comenzaré mi exposición pasando revista de los principales problemas que suscita el diagnóstico de la tbc.; entre ellos, y tal vez el que más vivo interés despierta para el que quiera iniciarse en los estudios de tisiología, el del *diagnóstico precoz*.

En este punto, como en la mayoría de los que serán expuestos en estas páginas, los errores pueden ser por defecto o por exceso. Tanto perjuicio puede reportarse a un enfermo al que se obligue, sin motivo suficiente, a una cura de reposo y al abandono del trabajo, cuando su estado es perfectamente

compatible con sus quehaceres cotidianos, como aquel otro cuyo estado no permite, en modo alguno, el trabajo, y el médico no prescribe a tiempo, y con la energía suficiente, el reposo salvador, ya sea por condescendencia mal entendida, ya por desconocimiento de las consecuencias que el caso llevará consigo.

La tbc. en general y la tbc. pulmonar en particular —y a ésta me referiré muy especialmente— puede tener los dos tipos de comienzo que quedan expuestos en el capítulo de las clasificaciones, en el cual los Dres. PEDRO PONS y SORIANO nos enseñan a conocer las formas de comienzo agudo por un lado, contraponiéndolas, por otra parte, a las formas de comienzo crónico.

Entre las formas agudas, la primera que ofrece dificultades a veces difícilmente superables, es la granulia aguda, o granulia de EMPIS. Al encontrarnos frente a un enfermo que presenta una infección febril aguda, de comienzo más o menos brusco y cuya sintomatología no acusa fenómenos focales que nos orienten en el diagnóstico, uno de los que deben ponerse sobre el tapete es el de la granulia aguda.

Me limitaré a citar puramente lo más importante de lo que debe tener presente el práctico, a fin de obrar con el mayor acierto; epidemiológicamente, hay que tener en cuenta que la granulia —y lo mismo podemos decir de la sepsis tuberculosa acutísima— es una enfermedad rara, principalmente de primavera, y atacando a individuos previamente indemnes de tbc. Es, por ejemplo, el caso de una muchacha de servicio que, procedente de un medio rural, con índice pequeño de morbilidad tbc., en un momento dado se traslada a un centro urbano, de elevado índice de morbilidad. El organismo se encuentra en una fase anérgica, y la primera manifestación de su tuberculosis es la granulia aguda, casi siempre mortal. En cuanto a sintomatología, citaré solamente el hecho de la rareza de síntomas de localización. Los síntomas torácicos son siempre engañosos y muy especialmente fugaces, de tal manera que en un enfermo, al cual por la mañana se ha podido localizar un foco pulmonar que ha puesto al médico práctico sobre la pista del diagnóstico, por la tarde, aquel foco ha desaparecido, conduciendo a la confusión más enojosa. Estos focos pulmonares esporádicos y fugaces corresponden, anatómicamente, a brotes pulmonares de la diseminación granulíca. Otro de los errores más frecuentes en el diagnóstico de la granulia aguda, error aun difundido en muchos libros de texto, es el de creer que la taquicardia representa uno de los más preciosos signos de diagnóstico diferencial precoz entre granulia aguda y fiebre tifoidea. Debemos tener muy presente, que la *taquicardia siempre es un signo tardío* en la granulia de EMPIS.

La clave del diagnóstico diferencial precoz entre la granulia y la tifoidea, muchas veces no está en la clínica; ordinariamente es el laboratorio el que podrá fijar el diagnóstico, según las reacciones serológicas o los hemocultivos. Cierto que la granulia no es una enfermedad cíclica; que ésta

altera el estado general más de lo que lo altera la tifoidea, adquiriendo los enfermos ese tinte característico entre pálido y cianótico; que no tienen el aspecto de la mucosa bucal y de la lengua que tienen los enfermos tíficos; pero todo ello no es siempre constante.

Formas de comienzo agudo, asimismo muy sujetas a errores, son las *formas de comienzo gripal* y las de *comienzo neumónico*.

¿Cuáles son los signos que nos podrán colocar sobre la verdadera pista diagnóstica? En este caso concreto, será ordinariamente el interrogatorio minucioso y el estudio del curso ulterior de la enfermedad. Aquel aforismo clásico «qui bene interrogat bene diagnosticit» tiene aquí su aplicación más exacta. Es muy frecuente que los enfermos con comienzo pseudo-gripal o aun pseudo-neumónico, hayan pasado por un período anterior con un síndrome tóxico discreto, tanto, que incluso en muchos casos pasa desapercibido al propio enfermo, y únicamente un muy minucioso interrogatorio es capaz de ponerlo en evidencia. Entonces descubriremos que el enfermo, antes de sufrir su crisis gripal, ha pasado unos días o unas semanas —en general muy pocas— con ligera anorexia, una astenia apenas perceptible, o que ha enflaquecido ligeramente. El enfermo no ha dado importancia a sus trastornos, y si nosotros no le sonsacamos cuidadosamente sus molestias, ni hubiera recordado jamás haberlas sufrido.

El curso agudo del proceso se distingue poco del de la gripe o del de la neumonía, y estos son los diagnósticos que se hacen en muchas ocasiones. NEUMANN insiste en el aspecto de la lengua, diverso según se trate de una gripe o de un brote tbc. pseudogripal. En tanto que en aquella afección la lengua se hace saburral, en el brote tbc. mantiene su aspecto sonrosado y húmedo normal.

Pasada la fase aguda, los pacientes mejoran muy notablemente; desaparece la fiebre, pero en el mejor de los casos la convalecencia es más larga y penosa que de costumbre, el enfermo no recobra su normal apetito, no repone sus fuerzas, o queda con ligera tos, seca, o con décimas muy sosopechosas. Otras veces, la crisis febril se hace esperar mucho más que de ordinario, y es entonces cuando el diagnóstico ya no ofrece dudas.

En estos casos, radiológicamente se trata de los procesos ya tan conocidos como el del infiltrado precoz de ASMANN-REDEKER, ordinariamente infraclavicular, o de aquel que los autores alemanes llaman el infiltrado precoz de tipo lobitis, y que describió León BERNARD con el nombre de lobitis del lóbulo superior derecho.

Otra de las formas de comienzo que consideraremos brevemente, es la *forma de comienzo hemoptoico*. Es, como se comprende, una de las formas que menos da lugar a errores de diagnóstico, por tratarse de un signo tan brutal —valga la palabra— como el de la expectoración de sangre.

El comienzo hemoptoico de la tuberculosis no es excesivamente raro. TURBAN en su material abundantísimo dice, que entre los 408 casos de tisis

latente por él estudiados, 47 veces el comienzo de las manifestaciones fué una hemoptisis.

Las dificultades diagnósticas en este caso, más bien estriban en el hecho de distinguir si realmente se trata de una hemoptisis de comienzo, hemoptisis de alarma de BEZANÇON, o de una falsa hemoptisis, o, finalmente, si estamos ante un enfermo que, teniendo una hemoptisis verdadera, no es un tbc.

Las pseudo-hemoptisis son mucho más frecuentes de lo que generalmente se cree, y a veces su diferenciación con las hemoptisis verdaderas ofrece inusitadas dificultades.

Hago caso omiso de la descripción del cuadro de las pseudo-hemoptisis, que es por demás polimorfo.

La hemoptisis verdadera generalmente no da lugar a dudas: el enfermo acusa haber tenido una tos más o menos intensa, o un cosquilleo en la garganta, cosquilleo que él jamás había sentido y que ha dado lugar a la expectoración de sangre. Raramente se trata de un esputo único; la hemoptisis verdadera consta de varios esputos, y muy a menudo se repite a las pocas horas o al día siguiente, yendo ordinariamente acompañada de tos. En enfermos conscientes se puede, muchas veces, llegar a diagnosticar el punto de origen de la hemorragia por las sensaciones subjetivas del mismo; el paciente nos dice haber notado unas molestias en determinada región del tórax, y que tiene la sensación de que la sangre ha salido realmente del punto a que él se refiere, cosa casi siempre cierta.

La exploración nos dará asimismo preciosos datos para aclarar el diagnóstico. Entonces veremos si se trata de un enfermo cardíaco y no de un tuberculoso, teniendo siempre presente, que es la estenosis mitral la enfermedad que más simula la tuberculosis y la que más frecuentemente da lugar a hemoptisis totalmente parecidas a las de los tbc.

La distinción entre una hemoptisis y una hematemesis no es siempre fácil. En caso de hematemesis, deberemos buscar los antecedentes gástricos del enfermo que raramente faltarán.

Tan sólo a título de índice, citaré algunas de las enfermedades raras que pueden dar lugar a hemoptisis: la sífilis pulmonar, los tumores y quistes hidatídicos del pulmón, los aneurismas aórticos, los absesos, la silicosis, etc.

A pesar de todo existen enfermos, particularmente enfermas histéricas, que simulan maravillosamente la hemoptisis o la hematemesis, poniendo al práctico en verdaderos apuros.

Corresponde pasar revista de los errores a que puede dar lugar la *tuberculosis de comienzo crónico*. Si, en términos generales, podemos afirmar que los errores en el diagnóstico de las formas de comienzo agudo son por defecto, es decir, que se diagnostican como de gripe o de neumonía cuadros morbosos que realmente corresponden a formas de tbc. pulmonar, en

los casos de comienzo crónico, los errores acostumbran a ser por exceso, es decir, que se diagnostican como tales, enfermos que no son tuberculosos.

Muy a menudo vienen a la consulta del tisiólogo, diagnosticados como tbc., enfermos que han presentado un cuadro vago de astenia, disnea, febrícula, inapetencia, enflaquecimiento, y en los cuales un minucioso examen clínico y radiológico de su aparato respiratorio no acusa la menor anormalidad. En muchas ocasiones tales enfermos han estado ya sujetos a una cura, a veces muy prolongada, de reposo en la montaña, y cuando han vuelto a sus hogares han visto con pesar que sus molestias no habían disminuído en lo más mínimo.

La tbc. pulmonar es una enfermedad progresiva, que evoluciona por brotes separados, por remitencias más o menos completas. Precisa tener esto bien en cuenta. Ciertamente que se dan formas clínicas de la afección, que BARD describió como abortivas, en las cuales después de un episodio inicial aislado —hemoptoico o no— el enfermo hace una regresión total de sus lesiones y puede, en adelante, dedicarse sin menoscabo de su salud a sus normales ocupaciones. Pero estas formas son raras, y por lo general no hay que contar con ellas.

Hay pues, que desconfiar, frente a enfermos como el ejemplo que he citado, los cuales no presentan esa evolución lentamente progresiva, por episodios, por recrudescencias, separadas de intervalos de un bienestar más o menos completo.

Al valorar los signos clínicos de los enfermos de comienzo crónico, hay que tener presente que éstos pueden ser de dos órdenes principales: signos tóxicos y signos funcionales. Es posible que en un grupo de ellos, particularmente el primero, el síndrome tóxico, se presente aislado, y el enfermo aqueje la inapetencia, enflaquecimiento, astenia, disnea, fiebre generalmente poco elevada, que es característica en tales casos; pero hay que esperar que en plazo no lejano se presentará asimismo el síndrome funcional, más o menos acusado, en forma de tos, expectoración, tal vez escasa, dolores torácicos, etcétera.

El síndrome tóxico puro tiene un gran valor, es cierto, durante cierto tiempo puede ser el único que acuse al enfermo, pero entonces para que tenga un valor positivo, es absolutamente preciso tomar en consideración datos auxiliares que nos ayuden en el diagnóstico: si existen ocasiones de contagio, si el síndrome tóxico no puede atribuirse a otros factores, ya de orden físico o de orden moral, entonces la sospecha estará muy fundada y el diagnóstico de tbc. pulmonar podrá aceptarse como probable.

Uno de los hechos que más ha contribuído a la confusión en las formas crónicas y a tomar por síndromes de tuberculosis activa cuadros que, en realidad, todo lo más revelan la existencia de un episodio específico pretérito, inactivo, es el de las descripciones de GRANCHER sobre los signos apicales de la tisis pulmonar inicial.

El gran fisiólogo francés, cuyos estudios tanto contribuyeron al progreso de nuestra rama de la patología, tuvo la equivocación de describir un complejo de alteraciones físicas del vértice pulmonar, que las consideró como fases de germinación del tubérculo y preludio de una tisis evolutiva. En realidad, y en muchos casos, dichas alteraciones físicas permanecen siempre invariables, sin que jamás conduzcan a esa tisis evolutiva declarada. No se trata, pues, de una fase germinativa; a menudo se trata solamente del final de una infección pasada, de los restos de una esclerosis de vértice, o de una atelectasia debida a precedentes fenómenos inflamatorios secundarios. Cuando el propio GRANCHER, en 1905, modificó su manera de pensar y dijo que la tbc. evolutiva iba precedida de un largo período —que él consideraba como comienzo de la enfermedad— ello había que interpretarlo no el estricto sentido en que lo entendía el autor, sino en el sentido en que lo entendía BEHRING, es decir, en el de que la tbc. crónica del adulto tiene sus orígenes en procesos habidos en edades anteriores, procesos que constituyen lo que hoy se entiende por *infección tbc.* y que en manera alguna debe confundirse con la *enfermedad tbc.*

2.—EL PROBLEMA DE LA FEBRÍCULA

Escollo no poco importante es el que continuamente se nos presenta por el hecho del enfermo que viene a nosotros porque diariamente tiene unas décimas de fiebre. MARAÑÓN, en su precioso libro «El problema de las febrículas» dice, muy acertadamente, que el médico práctico adopta tres posiciones ante ese problema: o, sin previa exploración, acepta *ipso facto* la existencia de un proceso tbc. como responsable de la febrícula; o cree hallarse frente a una fiebre intestinal; o simplemente se cruza de brazos, diciendo al paciente angustioso que este síntoma no vale nada, no estableciendo diagnóstico ni tratamiento.

Dicho autor, reconociendo la existencia del problema y su ardua solución dice: «La realidad de cada día me plantea el trance de diagnosticar y tratar estos enfermos misteriosos, que tienen durante meses enteros una febrécilla, sin causa aparente, desesperante por su tenacidad y por su misma falta de manifestaciones llamativas; que evoluciona como quiere, por encima de nuestras previsiones y de nuestros remedios; y que termina el día menos pensado como si de intento hubiera querido humillar a todo el arsenal de nuestra terapéutica y todos los cuidados y aprensiones del propio paciente; cuando no sirve de prólogo a estados de gravedad inesperada».

Y ciertamente es una de las cuestiones más inquietantes para el médico y para el propio enfermo, que muchas veces queda absorbido por sus fiebres y esclavo de su termómetro.

Ante todo me apresuro a dividir estos enfermos en dos grandes grupos

y me valdré de una nomenclatura, tal vez un tanto arbitraria, tomada, en parte de BEZANÇON, pero que creo servirá para fijar puntualmente los conceptos :

En primer lugar diré que existen enfermos con «hipertermia febril»; son aquellos que sienten su fiebre, es decir aquellos en los que la hipertermia va acompañada de un síndrome que demuestra la participación del organismo en el proceso. En tales casos, los pacientes no se encuentran del todo bien, notan en determinadas horas del día un malestar, precedido o no de escalofríos, pesadez de cabeza, quebrantamiento, laxitud, etc. En efecto, el termómetro acusa una elevación térmica por encima de los 37'4, 37'6 e incluso 38°.

El segundo grupo corresponde a los enfermos que tienen hipertermia «sin fiebre». Es decir, aquellos cuyo organismo no acusa, en manera alguna, la ascensión del termómetro por encima de los 37°. Estos enfermos no sienten la menor molestia, se encuentran tan bien en los momentos en que el termómetro no denota hipertemia como en aquellos en que la columna termométrica acusa una elevación anormal. Estas hipertermias «apiréticas» —valga la frase— son compatibles con un estado general floreciente, representando en muchos casos una verdadera sorpresa para el mismo enfermo.

Caso opuesto a este último el de aquellos enfermos tuberculosos que tienen «fiebre sin hipertermia». En éstos acaece que tienen el mismo malestar, la misma cefalea vespertina, la astenia, etc. de los enfermos febriles, pero en ellos el termómetro no asciende por encima de sus límites normales. Otros sufren los llamados *equivalentes febriles*, es decir, que acusan el momento del recargo febril no por la hipertermia usual, sino por otros síntomas como la tos o la cefalea, que son los principales equivalentes febriles que yo he observado. En estos casos el organismo sufre los mismos efectos perniciosos que si hubiese la hipertemia característica. Al tratar esos enfermos hay que hacerlo considerándolos como enfermos febriles, por más que su termómetro no acuse esas fiebres.

Me ocuparé solamente de los enfermos cuyo termómetro demuestra la existencia de esas décimas inquietantes.

En la clínica el problema se plantea en estos términos : el paciente consulta al médico por el hecho de sus fiebre-cillas. Es decir, el síntoma fiebre es el que domina el cuadro morboso. No se trata, pues, de aquel enfermo que sufre una serie de molestias, más o menos definidas, y que a más tiene una fiebre como fenómeno secundario. La febrícula se presenta ante nosotros como un problema de difícil solución, cuando ocupa el primer término en el cuadro clínico, siendo la única manifestación patológica o casi la única.

De la frecuencia con que se presenta, nos darán clara idea las cifras aducidas por algunos autores : SCHIAFFINO, examinando los muchachos candi-

datos a maestros, encontró el 40 % con febrícula. MARAÑÓN, entre 10.663 enfermos, encuentra 243 cuyo único signo era la febrícula.

Mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, se da con preferencia entre el segundo y tercer decenio de la vida. No raro en las clases acomodadas; y probablemente más frecuente en éstas que en las clases trabajadoras.

El origen de la febrícula que nos ocupa puede radicar en todas las partes de nuestro organismo. Ello significa que al explorar un enfermo con esas fiebre-cillas, no debemos omitir ninguno de sus órganos y aparatos.

Digamos de paso que muchos pacientes con ese enojoso síntoma poseen, según confirma NEUMANN, entre otros, una *hipersensibilidad del centro termoregulador*, que explica por qué esos enfermos reaccionan con grandes accesos térmicos a las infecciones, por leves que éstas sean, mientras que los individuos normales, en el caso de infecciones análogas, apenas advierten el más ligero trastorno.

La infección responsable de las febrículas puede radicar en la boca o en los senos faciales. Las caries y fístulas dentarias, la piorrea alvéolodentaria, sinusitis, empiema crónico de los senos paranasales, del seno esfenoidal, de la cueva de HIGMORO, etc., pueden ser otras tantas causas de febrícula.

La sepsis faríngea es otro trastorno que con frecuencia produce décimas de temperatura; asimismo las amigdalitis crónicas con criptas supurantes, las adenoiditis, las faringitis.

El foco termógeno puede también radicar en el aparato digestivo: las colangitis crónicas, las apendicitis crónicas, deberán tenerse en cuenta y excluirse con motivo de estados febriles persistentes, antes de admitir la tbc.

Las infecciones crónicas del aparato urogenital, infecciones discretas, pueden evolucionar sin grandes manifestaciones dolorosas, siendo la causa de una febrícula persistente, en especial en las personas que parecen predispuestas a las elevaciones térmicas. Las parametritis, anexitis, salpingo-ovaritis, pertenecen al grupo de afecciones muchas veces responsables de las febrículas. Las afecciones de las vías urinarias, particularmente las pielitis colibacilares y las cistitis, pueden ser la causa del trastorno, con la particularidad que, como afirma MATTHES, esas infecciones coli, y sobre todo las que radican en la pelvis renal, tienen la característica de agudizarse en los períodos menstruales, dato que en muchas ocasiones se considera como síntoma precioso de tbc. ocultas.

Haré caso omiso de otras enfermedades mucho menos frecuentes, que pueden ser asimismo origen de febrículas, enumerándolas solamente a título informativo: entre ellas citaré las endocarditis lentas; algunos tipos de infecciones ebertianas, o melitensis; ciertas enfermedades de la sangre, como las monocitosis, estado linfático, anemias perniciosas, leucemias, ictericia hemolítica, las linfogranulomatosis; en otras ocasiones son enfermedades pulmonares no tuberculosas, como las bronquiectasias, abscesos crónicos de pul-

món; a veces los tumores, sarcomas y epitelomas; o bien puede tratarse de fiebres tóxicas, como la fiebre de los fundidores, etc., etc.

La tbc. merece capítulo aparte como causa de estados febriles crónicos. MARAÑÓN, en su estadística de 243 casos, dice haber encontrado la tbc. como responsable de la febrícula en 89 enfermos, lo cual representa aproximadamente un tercio de sus casos. Si hemos de creer las afirmaciones de NEUMANN en su tratado «Clínica de la tuberculosis pulmonar del adulto», afirmaciones en un todo concordantes con mi experiencia personal, la cifra de MARAÑÓN es a todas luces excesiva. De todos modos queda sentado que la tbc. es responsable de las febrículas, en una proporción muy pequeña y, desde luego, muy inferior a lo que generalmente se cree. Todas las formas de tbc. pulmonares y extrapulmonares pueden dar lugar a las décimas.

Finalmente nos queda un último grupo de enfermos — que MARAÑÓN lo evalúa en un 5 por 100 aproximadamente de todos los casos — con exploración absolutamente negativa; es decir, aquellos enfermos en los cuales no nos es posible, en manera alguna, encontrar el foco responsable de la febrícula. ¿Se trata realmente de fiebres, mejor dicho, de hipertermias fisiológicas? Es perfectamente posible que así sea, pero en este punto me atenderé al consejo de MARAÑÓN cuando dice que siempre prefiere el epíteto de *febrícula indagnosticable* al de *fiebre fisiológica*.

No tenemos, ni de mucho, la pretensión de haber agotado el tema, pero hemos presentado a nuestros lectores los puntos principales que suscita el arduo problema de las febrículas, intentando desvanecer esa tendencia muy extendida, así entre la clase médica como entre los profanos, de aceptar como tbc. la mayoría de febrículas que a diario se nos presentan.

El médico práctico, ante uno de éstos enfermos, agotará todos los medios de exploración e investigará todos los aparatos donde pueda radicar la causa de las febrículas, obrando en cada caso a tenor del diagnóstico que la exploración le imponga; dando mucho menos valor a las hipertermias que no van acompañadas de ningún signo de impregnación tóxica que a los casos cuya hipertermia va acompañada de un cortejo sindrómico febril. Finalmente, cuando agotados todos los medios de exploración no encuentre manera de hacer un diagnóstico de probabilidad, deberá evitar dos peligros en su decisión terapéutica: el uno, someter al enfermo a rigores injustificados, obligándole a tratamientos que trastornarán su vida social y, a la larga, le producirán una obsesión mucho más perjudicial que la misma fiebre. Por otra parte, evitará asimismo caer en el extremo opuesto, el de descuidar el proceso por el mero hecho de no serle conocido, a fin de que su optimismo no le haga perder un tiempo precioso, que luego le sería difícil recobrar. En tal caso, antes de abandonar a un enfermo de esta categoría, convendrá vigilarle periódicamente con el mayor esmero, pues lo que un día no se hizo aparente, en otra ocasión, en un nuevo examen, se manifestará poniéndonos

sobre la pista del diagnóstico preciso y, por lo mismo, de la adecuada terapéutica.

3.—LA TBC. DE LA INFANCIA Y LAS TBC. SENILES

Hasta aquí nos hemos ocupado de los cuadros que nos presenta la tbc. incipiente del adulto. Importa hacer ahora unas consideraciones, forzosamente breves, de la tbc. en las edades extremas de la vida.

Empiezo haciendo la declaración de que la tuberculosis, en las distintas edades, no presenta diferencias esenciales. Por lo cual, todo cuanto se ha dicho de la tbc. del adulto, es aplicable a la tuberculosis del niño y a la del viejo. Es cierto que existen algunas modalidades privativas de esas edades: y particularmente las tbc. infantil y senil, han dado lugar a interpretaciones erróneas, peculiares, que justifican el presente apartado.

Durante mucho tiempo se ha creído que la *tuberculosis infantil* era una forma de terminación irremisiblemente fatal. Es un error que precisa desvanecer.

Es cierto que cuanto más pequeño es el niño, mayor gravedad revestirá su tbc. y que las formas generalizadas de la enfermedad son, a esa edad, prácticamente mortales.

La clínica moderna ha demostrado, no obstante, que aun la tbc. del lactante —cuyas localizaciones se creía conducían fatalmente a la fusión y a la generalización mortal— puede, en determinados casos, curarse por reabsorción de todas las lesiones, las cuales pueden quedar sin consecuencias clínicas ni radiológicas o, lo que es más frecuente, dar lugar a la aparición de un complejo primario pequeño, endurecido.

Las fusiones graves de los procesos caseoneumónicos son más frecuentes en los lactantes que en los niños pequeños y en éstos más que en los escolares. Existen en la literatura casos indudables de niños menores de un año que presentaban un cuadro infectivo grave y que han sido estudiados radiológicamente, observándose infiltraciones de tipo neumónico que luego se han reabsorbido totalmente dejando, como única huella, la existencia de un complejo primario en fase indurativa.

SIMON y REDEKER afirman que mientras en las formas infiltrativas infantiles no existan signos evidentes de fusión o de generalización, no debe establecerse un pronóstico desfavorable de una manera firme.

Frente a las formas curables de la tbc. infantil, algunas de ellas dando manifestaciones aparatosas y haciendo contraste con las mismas, nos encontramos con un hecho de la mayor importancia: una de las características de la tbc. grave de los niños de pecho es que en muchas ocasiones los procesos destructivos locales más intensos apenas afectan al estado general. En este período no se hace el diagnóstico; y hasta que tiene lugar el derrumbamiento general y la meningitis final no se diagnostica correctamente el caso.

Merece atención especial la adenopatía traqueobronquial del niño de segunda infancia. Conviene precaverse contra el error de considerar como fatalmente tbc. todas las adenopatías traqueobronquiales del niño, adenopatías comprobables clínica y radiológicamente.

Entre otros autores, ENGEL publica en el tomo V del «Ergebnisse der Gesamten Tuberkuloseforschung» una monografía dedicada al hilio de los niños, en la cual demuestra la existencia de infiltraciones hiliares, de adenopatías en un todo semejantes a las tuberculosas, consecutivas a enfermedades diversas: tos ferina, bronquitis espasmódicas, bronquitis de repetición, etc.

Tampoco me ocupará grandemente la *tuberculosis del viejo*, no obstante tiene una importancia de primer orden. Existe la creencia, que urge desvanecer, de la extrema rareza con que se enferma de tuberculosis en la senectud.

La tbc. en los viejos adopta el tipo de tbc. crónica fibrosa, muchas veces ulcerada.

De las formas agudas, es la sepsis tbc. acutísima la forma privativa de la vejez; no obstante, constituye una forma extremadamente rara para que me ocupe de ella en un trabajo que, como el presente, debe ser eminentemente práctico. Las demás formas agudas que más frecuentemente acusa el adulto, como son las granulias, las miliarias, no se presentan prácticamente en la vejez. En esta edad y debido a la obliteración linfática y sanguínea, la tbc. no tiende a la generalización.

Por el contrario, son las formas cavitarias crónicas las que con mayor frecuencia se observan en esas edades avanzadas.

La característica principal que presentan, en contraposición con la tbc. del adulto, es la grandísima tolerancia que los viejos tienen por su proceso tbc. La existencia de fenómenos destructivos intensos, con tos, expectoración a veces muy abundante, es perfectamente compatible con la vida normal del enfermo, y de aquí nace la dificultad de hacer creer en la existencia de un hecho de tbc. grave, no ya al enfermo, sino incluso a sus familiares.

REDAELLI, en la página 643 del primer tomo de la presente obra, hace resaltar con gran acierto los peligros que acarrear estos errores diagnósticos. Cuantas veces hemos visto a la abuela solícita que, en tanto la madre está en el trabajo para ganar el sustento de su hijo, prodiga sus cuidados al tierno infante y, juntamente con ellos, va inoculando el virus mortífero, ante la idea de que su afección no pasa de un simple catarro.

Los perjuicios que traen consigo tales errores diagnósticos son, principalmente, de orden social. Individualmente tiene el asunto menos importancia, ya que las lesiones tbc. del viejo acostumbran a ser irreparables.

Es cierto que, en algún caso raro, he visto a enfermos de más de sesenta años, con procesos cavitarios, como, merced a un neumotórax, se han reabsorbido sus lesiones y desaparecido sus cavernas, pero ello no es corriente.

Los medios de que ha de valerse el práctico para despistar esas tbc. seniles son la exploración clínica y particularmente el examen de los esputos.

En ellos es muy frecuente, casi diré constituye la regla, encontrar el bacilo de KOCH en abundancia inusitada. Si a esto añadimos la exploración radiológica, comprobaremos nuestras sospechas y nos cercioraremos de la existencia de esas cavernas que, como hemos dicho, son muy frecuentes en las tbc. seniles.

4.—EL LABORATORIO Y LA RADIOLOGÍA AL SERVICIO DEL MÉDICO PRÁCTICO

Los medios auxiliares más preciosos, a veces del todo indispensables en el estudio de los enfermos tbc., son el laboratorio y la radiología. En un capítulo dedicado al médico práctico y especialmente al médico rural, tal vez aparecerá desplazado el epígrafe que me ocupa, lo cual me obliga a justificar su razón de ser.

En primer lugar: son hoy muchos los compañeros que viven en medio rural y que, conscientes de su deber, se han preocupado de tener a su disposición un laboratorio —tal vez rudimentario— y un aparato de rayos X, bien que elemental; y ello precisamente por la dificultad en que se encuentra el médico rural, de tener quien le proporcione los datos necesarios que se pueden exigir del laboratorio y de la radiología. Habitado por otra parte al manejo de todas las especialidades de la patología, adquiere muy fácilmente ese hábito de bastarse a sí mismo en todas las necesidades de la clínica.

En segundo lugar: ningún compañero, sea del campo o de la ciudad está libre del deber de interpretar una radiografía o un examen de laboratorio que le traerá el cliente a la consulta. El enfermo «motu proprio» o por indicación de un facultativo, ha creído conveniente, en una de sus frecuentes idas a la ciudad, pedir le practiquen una radiografía que arroje luz sobre la interpretación de las molestias que de tiempo le aquejan. Y al regresar al pueblo, lo primero que se le ocurre es consultar con su médico, en quien tiene depositada toda su confianza, el cual se encuentra en el trance, no siempre fácil, de interpretar una radiografía o un examen de laboratorio.

Los datos de tal índole que figurarán en este apartado, serán los más rudimentarios, al alcance de aquellos compañeros que sólo posean un laboratorio elemental.

La *investigación de laboratorio* más corriente en tisiología y muchas veces la única práctica, es el examen de los esputos para buscar el bacilo de KOCH.

El método de ZIEHL-NEELSEN es el más corriente y no ofrece dificultades de ningún género. Coloración del esputo —previamente extendido— por la fuxina fenicada, decoloración con la solución de ácido nítrico y con alcohol, recoloración de fondo con solución de azul de metileno o de ácido pícrico. En el capítulo correspondiente de este libro se encontrarán los detalles técnicos del método, excusándome ello de exponerlos.

Los bacilos aparecerán teñidos en rojo, que destacarán del fondo azul o amarillo según el colorante empleado. Para facilitar la busca del bacilo a los principiantes, algunos autores aconsejan no teñir el fondo, pues así sólo quedan teñidos los bacilos que destacan sobre el fondo blanco del campo.

Aun sin disponer de microscopio, es posible saber la existencia de bacilos de KOCH en el esputo mediante la inoculación al cobayo. La técnica de inoculación es tan simple, que está al alcance del práctico, que disponga de escasos medios de investigación.

El estudio de la velocidad de sedimentación, está asimismo al alcance del médico general y los datos que aporta pueden, en muchos casos, compararse a los que suministra la fórmula hemática; por ello para las necesidades de la clínica corriente, la cifra de velocidad de sedimentación puede substituir al hemograma de SCHILLING. El método de WESTERGREEN es el más usado en nuestro país. La técnica, así como el material necesario para la reacción, son de una simplicidad tal que se hace recomendable en el medio rural. Todos los detalles están ya descritos en la presente obra.

Precisa tener en cuenta que una cifra elevada de sedimentación no es en modo alguno específica de la tbc. y que en muchos estados patológicos e incluso fisiológicos —como la menstruación y el embarazo— la velocidad de sedimentación se presenta aumentada.

El examen radiológico del tbc., asume importancia primordial ya que nos permite descubrir focos que a la más minuciosa exploración física permanecían ocultos.

Como mi misión se limita a hacer resaltar los errores más comunes que debe procurar evitar el médico práctico, reseñaré algunas de las causas de equivocadas interpretaciones en radiología pulmonar.

Lo primero que necesita una radiografía para poder interpretarse, es que sea «interpretable». Esto que parece una redundancia, no lo es si tenemos en cuenta la gran cantidad de radiografías defectuosas que se practican, no ya en medio rural, sino aun en la ciudad y en las que, ni el especialista de mejor buena fe encuentra manera de leer, ni por lo tanto, de interpretar la imagen. Radiografías blandas, sin el debido contraste en su mayoría, o en algunos casos excesivamente duras, borrando todo detalle por exceso de penetración. Para obtener radiografías aceptables del aparato respiratorio, se requiere una distancia mínima foco-placa de un metro, una penetración por lo menos de 40 Kv., un miliamperaje, límite de 30 Ma. y un tiempo de exposición máximo de 2 décimas de segundo. Las mejores radiografías obtenidas con los aparatos hoy corrientes en el mercado, son las que tienen las siguientes características: distancia, 1,50 m.; tiempo, $\frac{1}{2}$ a 1 décima de segundo; 60 Kv.; y 60-75 Ma.

En posesión de una buena radiografía, estamos ya en condiciones de leerla correctamente e interpretarla debidamente. Labor en extremo ardua y que generalmente requiere una práctica muy considerable, hasta el extre-

mo de que el Prof. SAYÉ de Barcelona sostiene que precisa, para estar en condiciones de interpretar bien una radiografía, haber visto por lo menos 10.000.

Conviene tener siempre presente la imagen normal del tórax, para no caer en el más frecuente de los errores, el de tomar por patológico lo que es completamente normal. Los hilios normales del adulto se marcan por sombras extendidas en forma de nódulos y de bandas, que corresponden a los gruesos troncos de la raíz pulmonar. En los campos pulmonares aparece la trama normal del pulmón, siempre visible —en buenas radiografías— en los dos tercios internos del campo. Esta trama tiene un aspecto totalmente diverso en el vértice que en la base. En aquél, la trama adopta la forma de ramificaciones dicotómicas, en Y, mientras que en la base el abanico bronco-vascular aparece como gruesas bandas paralelas. El calibre de los elementos que constituyen la trama va, como se comprende, siendo menor a medida que ésta se aleja del centro. Tal es, esquemáticamente y a grandes rasgos, la imagen radiográfica normal.

Los errores principales en la interpretación de las radiografías, estriban en la imagen hiliar. Hilios normales, a veces —por efecto de la técnica radiológica— ligeramente aumentados, son interpretados como patológicos, como imágenes de adenopatías mediastínicas, traqueobronquiales, del todo imaginarias. Las pequeñas variaciones del hilio en cuanto a tamaño, forma, etcétera, no deben considerarse como anormales, y creemos útil aconsejar a los médicos generales que sólo den valor a imágenes hiliares que, de una manera evidente, alcancen proporciones muy superiores a las vistas corrientemente en las radiografías torácicas normales. La interpretación de pequeñas anomalías, debe reservarse a los virtuosos.

Lo mismo podemos decir en lo que se refiere a la imagen propiamente pulmonar. Creo deber aconsejar al médico práctico que haga caso omiso de aquellas alteraciones que podríamos etiquetar como «discutibles», tomando tan sólo como patológicas aquellas imágenes del todo indiscutibles.

El pulmón cardíaco, o el pulmón con éxtasis, por ejemplo, se presta a error, ya que en él existe un aumento no sólo de hilio sino de toda la trama pulmonar, simulando la tramitis tbc.

A la imagen radiográfica, no se le puede pedir más de lo que ella puede dar de sí. Podrá enseñarnos sobre la existencia de tal o cual modificación, pero en manera alguna ello presupondrá la naturaleza de tal alteración. Conviene tengamos siempre bien presente que la tbc. no posee una imagen radiográfica que le sea patognomónica. Ni aun la existencia de una diseminación nodular fina, tal vez bilateral, nos permitirá el diagnóstico de una granulía tbc., ya que esa imagen puede corresponder a fenómenos patológicos de índole diversa (p. ej. : la silicosis).

La clínica es, en todo caso, la base indispensable para llegar al conocimiento de los estados morbosos de los enfermos ; la radiología, el laborato-

rio, sólo son medios auxiliares, preciosos, es cierto, e incluso indispensables algunas veces, pero auxiliares al fin de la clínica, sin la cual no existe posibilidad de formar un juicio acertado, ni un diagnóstico preciso de los casos que estamos llamados a resolver. El laboratorio, el aparato de rayos X, deben estar al servicio de la clínica, cosa que parece olvidada en muchas ocasiones en que, para ahorrarnos trabajos y molestias, esperamos que esos elementos auxiliares nos resuelvan problemas en los que nosotros no podemos o no queremos profundizar.

5.—NORMAS QUE DEBE TENER PRESENTE EL MÉDICO PRÁCTICO AL FORMULAR EL PRONÓSTICO DE LA TBC.

El pronóstico es el dato que, bajo el punto de vista familiar de nuestros clientes, tiene el mayor interés. Es posible que a una familia determinada no interese conocer el diagnóstico de su enfermo, ni aun tal vez el tratamiento; pero la primera, la inexcusable pregunta que nos harán en todo caso es ésta: ¿Cuál es el porvenir de nuestro enfermo?

Lo que hemos dicho a propósito del diagnóstico precoz, es asimismo valedero al tratar del pronóstico, es decir, que la dificultad en la que se encuentra el médico práctico al formular el pronóstico de un caso dado, estriba en saber situarse en el justo medio. Es de lo más corriente, en el ejercicio diario de nuestra profesión y concretamente de nuestra especialidad, encontrarnos con exageraciones pronósticas en ambos sentidos, ya sea juzgando como excesivamente grave un enfermo que luego curará, tal vez incluso espontáneamente, o bien dando poca importancia al proceso tbc. en determinados casos, en los cuales más tarde la evolución nos demostrará su malignidad real.

Debemos decir ante todo que el porvenir de la tuberculosis en general y de la tbc. pulmonar en particular, es de lo más variado en cada caso concreto. Ello crea uno de los problemas de más difícil solución, no ya al médico práctico sino al especialista habituado a tratar la cuestión.

Procuraré dar ideas lo más claras y concisas posible a este respecto.

Ante todo debe tenerse en cuenta que la tbc. pulmonar es siempre una *enfermedad grave*. Ciertamente existen casos que curan espontáneamente; que existen formas abortivas en las que, después de una manifestación aparentemente maligna como es una hemoptisis, renace a fin de cuentas la calma y el paciente no sufre, en lo sucesivo, ningún nuevo brote, quedando de la hemoptisis pasada tan sólo el recuerdo ingrato. Es asimismo cierto, que el arsenal terapéutico moderno ha hecho modificar, muy notablemente, el pronóstico de muchos casos. Pero siempre convendrá tener bien fija en nuestra mente la idea de que la tbc. no es nunca una enfermedad benigna; que un día, más o menos próximo, es muy probable que la afección que tuvo un

episodio de relieve y que pasó, tal vez sin dejar huellas, en otra ocasión — siempre cuando menos lo espere el paciente— emprenderá nuevamente su actividad, con consecuencias que por el momento desconocemos.

Ello nos lleva a formular ligeras consideraciones sobre el concepto del brote, que nos ayuden a conocer la evolución general del proceso tbc.

La tbc. no evoluciona nunca en forma continua. Incluso aquellas formas agudas más malignas tienen períodos, tal vez breves, de remisión y exacerbaciones, correspondientes éstas a la invasión de nuevos territorios orgánicos, dando lugar a lo que conocemos por el nombre de brote («Schub» de los alemanes, «poussée» de los franceses, «spinta» de los italianos).

El concepto actual del brote lo debemos especialmente a REDEKER, el cual ha modificado la concepción de RANKE sobre la evolución general de la tbc. Hasta hace pocos años, se consideraba que el proceso tbc. se desarrollaba en forma crónica, continuada y lentamente progresiva. «En estos últimos años —dicen SIMON y REDEKER— hemos adquirido la convicción de que estos conceptos deben ser renovados. El desarrollo de la tbc. no es continuo, sino habitualmente por brotes que se hallan separados por intervalos de tiempo de mayor o menor duración. Cada brote conduce a la formación de un nuevo foco o a la exacerbación de los ya existentes.»

Cada nuevo brote comienza siempre por fenómenos inflamatorios que se traducen por ostensibles síntomas clínicos y radiológicos. Lo que, con nuestros medios diagnósticos ponemos de relieve en cada brote, no es precisamente el foco tbc. puro, sino la inflamación que necesariamente le acompaña. El curso ulterior del foco con su inflamación perifocal, es diverso y ello condiciona la suerte ulterior del enfermo. La inflamación perifocal regresa, dejando patente el foco que la ha producido, pero éste, a su vez, puede seguir evoluciones totalmente diversas: o bien se reabsorbe totalmente sin dejar rastros en el organismo, o sufre la transformación indurativa que le conducirá a la curación por fibrosis, o bien se reblandece eliminando su contenido caseoso y dando lugar a la formación de cavernas. Estas, por su parte, pueden sufrir un proceso indurativo, o un proceso de reabsorción que las hará desaparecer muchas veces clínica y radiológicamente, o bien ser el origen de focos de aspiración que ocasionarán otros tantos brotes nuevos.

Después del descenso de la inflamación perifocal, se llega a un período de apaciguamiento, que puede durar meses, años y hasta la vida entera. Pero en un momento dado, y por las causas más diversas, cabe la posibilidad de la producción de un nuevo brote el cual, a su vez, puede seguir las evoluciones descritas en el párrafo anterior.

Este tipo evolutivo es el que da lugar a los errores clínicos aludidos al comenzar el presente apartado.

El médico práctico puede encontrarse frente a dos eventualidades: o bien ve al enfermo en pleno brote, y entonces la sintomatología que presenta es francamente alarmante, con fiebre alta, tos intensa, expectoración abun-

dante, anorexia, adelgazamiento, a veces hemoptisis profusas, todo ello acompañado de sintomatología física rica en fenómenos anormales; o bien ve al enfermo en uno de esos períodos de apaciguamiento lesional, de calma. Entonces el cuadro es totalmente distinto del primero: el paciente ha recobrado el apetito, su aspecto es normal, su peso el primitivo, no tose, o tose poco, la fiebre ha descendido y además la sintomatología física se ha reducido muy considerablemente. En la primera eventualidad, el práctico suele pecar por hacer un pronóstico excesivamente sombrío: por el contrario, en el segundo caso, cae en el extremo opuesto, creyendo que la enfermedad está vencida, o poco menos, permitiendo un pronóstico excesivamente halagüeño.

En cada caso será preciso tener en cuenta una serie de factores que no permitan prever, por un lado, si el brote tiene posibilidades de regresar y, por otro, si una vez el brote en cuestión ya vencido, puede originarse una nueva exacerbación que nos obligue a reservar nuestro pronóstico.

Para el médico general, creo una norma de conducta práctica, tomar en consideración los factores que han de servirle de base para prever, en la medida de lo posible, el porvenir de un tbc., dividiéndolos en dos categorías.

Factores intrínsecos: Dependen puramente del enfermo, y están íntimamente ligados a su constitución, a la reactividad de su organismo frente a la noxa tuberculosa. NEUFELD, en la Conferencia Internacional de la Tuberculosis de Oslo (1930), sostenía que tanto el curso de cada caso aislado de tuberculosis como la epidemiología general de la enfermedad, venía condicionada esencialmente por el factor constitucional del individuo, en manera alguna por hechos inmunitarios, como habían sostenido las escuelas de BEHRING, ROEMER, etc.

Por lo que toca a la constitución individual, como factor pronóstico diré, sumándome a la tesis defendida por el prof. SAYÉ, que es la exageración de los tipos constitucionales lo que decide la gravedad pronóstica. Hoy sabemos muy bien que no existe un tipo constitucional para el cual la tbc. tenga especial predilección. El individuo con hábito asténico, es igualmente atacado por la tbc. como lo es el que presenta hábito pícnico.

La constitución, siendo poco modificable, constituye en muchos casos el factor decisivo de pronóstico.

Pero, por cierto que sea que la constitución individual juegue un papel de la mayor importancia en el curso de la tbc., no podemos, en manera alguna, hacer caso omiso de los *factores extrínsecos*. Aquí es el medio ambiente el que tendremos en cuenta. En muchas ocasiones, son las circunstancias que rodean un determinado caso, las que influyen de una manera decisiva sobre el curso del mismo. Las condiciones económico-sociales en primer término, los trastornos morales, las condiciones de trabajo, habitación, las enfermedades intercurrentes, las crisis fisiológicas (pubertad, menstruación, embarazo, puerperio, menopausia, etc.), son los principales factores extrínsecos a que me refiero y que influyen en el curso ulterior de la tbc.

Estos factores extrínsecos, siendo susceptibles de modificación, permiten generalmente formular un mejor pronóstico, siempre vinculado, no obstante, a la posibilidad de su modificación, permitiendo alejar las causas coadyuvantes de los trastornos tuberculosos existentes. Una de las ventajas más inapreciables que tiene la cura sanatorial, estriba precisamente en este hecho: los enfermos en medio sanatorial, se hallan alejados de un sinnúmero de elementos económicos, familiares, de habitación, etc., que son los que tal vez deciden el porvenir de los mismos.

Únicamente teniendo bien presente todo cuanto hemos dicho sobre la evolución general de la tbc. y de los factores que pueden, en un momento dado, condicionar su marcha, estaremos en condiciones de emitir un juicio pronóstico que se aleje, lo menos posible, de lo que la dura realidad nos demostrará.

6.—CONDUCTA DEL MÉDICO GENERAL ANTE EL ENFERMO TBC.

Suponemos ya al práctico en posesión del diagnóstico y pronóstico del caso que está llamado a resolver. Sea a la cabecera de la cama o en su despacho, el médico ha practicado su exploración, ha tomado todos los datos de su cliente, y ha llegado el momento de emitir juicio ante el enfermo y su familia, que están pendientes de sus palabras.

Frente a un enfermo tbc., lo primero que debe hacer el médico es declarar al paciente su enfermedad. Todo el tacto y toda la prudencia serán pocas, pero el médico tiene el deber ineludible de declarar al enfermo que la enfermedad que sufre es la tbc. Los pacientes deben saber: primero que son tuberculosos, y segundo que su enfermedad es contagiosa. Claro que a renglón seguido les advertiremos que sufren una enfermedad totalmente curable, les citaremos, si a mano viene, la frase de GRANCHER de que «la tuberculosis es la más curable de las enfermedades», etc., etc. Pero es preciso que el paciente conozca cual es su enfermedad.

Las razones en las que se funda esta medida son dobles: por una parte, únicamente sabiendo el enfermo que sufre una enfermedad grave, estará en condiciones de ponerse seriamente en tratamiento; él sabe que la tbc. es una enfermedad con la cual no se puede temporizar, por lo que, y en interés propio, seguirá con toda exactitud los consejos del facultativo. En segundo lugar, siendo su enfermedad contagiosa, precisará tomar unas medidas de profilaxis, que no deben hacerse a escondidas del enfermo. Es el propio enfermo que debe seguir las reglas profilácticas adecuadas para que su enfermedad no se propague.

En los capítulos precedentes, y por plumas tan autorizadas como las de SALVINI, JESSE, CAMPANI, FABIANI y BERGOLI, se ha hablado con toda la extensión suficiente de las cuestiones de *profilaxis*, para que yo tenga necesi-

dad de insistir sobre ello. Pero, por lo menos en nuestro país, existen algunos errores entre el vulgo que conviene saber desvanecer.

Es muy corriente ver que las familias de nuestros tbc. toman toda una serie de medidas, a fin de evitar que se propague la enfermedad entre los sujetos más jóvenes que el propio enfermo, como si el contagio sólo pudiese tener lugar en los individuos que tienen edades inferiores a las del paciente. En cambio, las personas adultas, los viejos no deben —según la opinión de muchos profanos— temer al contagio.

Muy bien que los niños sean guardados lo más posible de ocasiones de contagio intensas y repetidas. También es cierta, en determinada medida, aquella frase de BEHRING, de que «la tbc. del adulto es la última estrofa de un poema que comenzó en la infancia». Pero la tbc. juvenil, y la del adulto, así como la del viejo, representa casi siempre el producto de las reinfecciones exógenas, ya actúen éstas por los gérmenes nuevamente entrados en la economía, ya sea que estas reinfecciones obren —a la manera de una reacción tuberculínica— exaltando la virulencia de los focos antiguos latentes, o bien creando un estado inmunitario tal que facilite la multiplicación de los gérmenes preexistentes en el organismo.

ROBERT PHILIP, de Edimburgo, el creador del dispensario antituberculoso, hacía incapié en la educación, considerándola un factor de primer orden. En la escuela, en las colectividades humanas más diversas, debe predicarse con la palabra y con el ejemplo, a fin de que en cada hogar reine aquella higiene es garantía de salud. Aquí el médico práctico y de un modo muy especial el médico rural, tiene un vasto campo de acción. La higiene y la salud de una población valdrá lo que valga el médico que la asista. Con sus consejos en cada casa, organizando conferencias públicas, instruyendo en las escuelas a los niños y maestros, realizará la obra más positiva, se conquistará la confianza de sus conciudadanos, que le tendrán en la estima que se merece y le investirán de la autoridad necesaria para que, en cada caso, pueda obrar con la necesaria eficacia.

Los problemas *terapéuticos* que se plantean ante el médico práctico son principalmente de dos órdenes: 1.º, la terapéutica fundamental de un tuberculoso dado; y 2.º, la terapéutica de los accidentes o complicaciones a que la tbc. puede dar lugar.

El médico práctico debe saber que, en la inmensa mayoría de casos, la terapéutica general higiénico-dietética es la fundamental, la imprescindible, muchas veces la más eficaz e incluso la única que puede curar un enfermo determinado.

El médico general, debe, pues, saber dirigir, con toda escrupulosidad, esa cura que llamamos sanatorial y que tan magistralmente describió SABOURIN en el tratado de Patología Médica de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS y BABONNEIX. Los cuatro elementos característicos de la cura sanatorial: reposo, aireación continua, alimentación adecuada e hidroterapia fría, conveniente-

mente combinados y dosificados, continúan siendo, hoy por hoy, la base sobre la cual asienta la terapéutica fundamental de la tbc.

Al pronunciar «cura sanatorial» no queremos decir, en modo alguno, que ella deba llevarse a cabo en un sanatorio, ni aun en un clima de los llamados específicos de la tbc. La cura de reposo y de aireación continua, pueden efectuarse provechosamente en los peores climas y aun en las ciudades más populosas. Claro que, a ser posible, se buscará aquel clima salu- tífero sobre cuyas características no debo entretenerme. Pero téngase bien presente que una tbc. que se cura en la altura, en el mejor de los climas alpinos, puede curarse —como sucede en Holanda— en un clima de nivel inferior al del mar, o en una ciudad tan populosa y propensa a las neblinas como Londres.

El Sanatorio ofrece ventajas indiscutibles, se hace, en ocasiones impres- cindible, tiene sus indicaciones precisas, pero a menudo puede ser substi- tuído por lo que los ingleses llaman («home sanatorium») el sanatorio en casa.

Aparte de la cura higiénico-dietética, existen toda una serie de recursos que son otras tantas armas poderosas de que podemos disponer, en bené- ficio de nuestros tbc. y de las que se trata en sus correspondientes capítulos.

Pero es preciso que el médico práctico no se deje alucinar por la cuan- tiosa serie de productos que a diario se preconizan, como remedios especí- ficos contra la terrible peste blanca. A este propósito citaré a RIST, quien en su libro «Qu'est que la médecine?» recomienda la más grande cautela ante la inmensa mayoría de fármacos que circulan en el comercio. «Precisa con- fesar —dice el autor— que no tendríamos grandes motivos de vanidad con- templando los progresos realizados hasta ahora por nuestra ciencia, en el arte de curar. Las enfermedades que estamos en disposición de curar, en el ver- dadero sentido de la palabra, pueden contarse con los dedos: los medica- mentos que ejercen una acción curativa específica, caben en una farmacia de bolsillo». Sin que nuestro escepticismo llegue a límites exagerados, de- bemos recomendar la mayor precaución antes de aceptar un medicamento como realmente eficaz para curar la tbc.

Por lo que respecta a las complicaciones a las cuales la tbc. puede dar lugar y que reclaman la asistencia del médico práctico, a veces con carácter de urgencia, citaré solamente las hemoptisis y los neumotórax espontáneos valvulares.

Uno de los accidentes que más a menudo requieren la asistencia del médico práctico es la *hemoptisis*. ¿Qué debe hacer aquél ante un tbc. que sangra? Aunque ello parezca una perogrullada, lo primero que hará el prác- tico es acudir a la cabecera del enfermo. La hemoptisis es, en efecto, uno de los accidentes que más desmoralizan a nuestros clientes, los cuales en este momento más que en ningún otro, necesitan de nuestra presencia y de nues- tras palabras confortadoras; por sí solas, ellas tendrán la virtud de tranquili- zarle, lo cual es una de las labores más importantes ante un enfermo en

plena hemoptisis. Tal vez el único tratamiento que se requerirá sea esa terapéutica psicoterápica.

Jacinto REVENTÓS ha resuelto, con una concisión y una exactitud maravillosa, ese problema. De él extraigo las principales ideas que expongo aquí.

Hay que tener en cuenta que la mayoría, la inmensa mayoría de las hemoptisis se cohiben solas, que las hemoptisis mortales son la excepción y finalmente que, aparte el neumotórax hemostático, no existe remedio alguno de eficacia demostrada contra las hemoptisis.

Por tanto nuestra misión será primeramente —como queda dicho— la de hacer renacer la calma a nuestros enfermos, con nuestras palabras de aliento, convenciendo al enfermo que su hemorragia cederá con toda seguridad, no produciendo en su estado transtorno apreciable. La morfina nos ayudará en esta labor tranquilizadora y sedante que tanto necesitan esos pacientes. Una dieta ligera, incluso absoluta si el caso lo requiere, una inmovilidad y reposo tan grande como sea posible.

La inmovilidad podrá ayudarse poniendo unas tiras de esparadrapo adhesivo, comprimiendo, cuanto se pueda, el hemitórax del lado que sangra: el reposo será perfecto, recomendando incluso al enfermo el más completo silencio.

Otra recomendación de gran importancia, es la de advertir al paciente que, a pesar de nuestros remedios, la hemoptisis no cederá de una manera definitiva y bruscamente; que por la tarde, que al día siguiente y tal vez durante algunos días, continuarán sus esputos teñidos en sangre. Si no hacemos esta advertencia al paciente, corremos el riesgo de que la tranquilidad que obtuvimos con nuestro discurso, se vea totalmente malograda al observar el enfermo que la hemorragia no se ha cohibido totalmente: éste creerá en un fracaso de nuestra terapéutica y solamente obtendremos entonces el descrédito.

La ergotina, la emetina, el cloruro de cal, etc., han sido los remedios que, sucesivamente, han estado en boga contra las hemoptisis, podemos decir aun mejor, que han estado «de moda». Probablemente ninguno de ellos tiene la menor eficacia. Los medicamentos que hoy están «à la page» —como dirían los franceses — son: el clauden, las inyecciones de oxígeno, arremapectina, sobre ellas no tenemos experiencia suficiente para poder pronunciarlos en su favor. Tal vez la ipecacuana, a *dosis nauseosa*, podrá producir cierto efecto por la hipotensión que provoca. Así por lo menos opina REVENTÓS.

Cuando la hemoptisis asuma considerable importancia, de tal manera que pueda representar un peligro para el enfermo, entonces resueltamente aconsejaremos el neumo artificial que, si es factible, cohibe las hemoptisis de una manera brusca y definitiva.

El *neumotórax espontáneo valvular o sofocante* requiere a veces la intervención del médico general, por lo que me ocuparé de él brevemente. Si en una perforación pleuro-pulmonar se establece una válvula, el aire que entra

en la cavidad pleural en el momento de la inspiración, no tiene salida, provocando el cuadro asfíctico y realmente trágico del neumatoxemia valvular. El enfermo se nos presenta con una asfixia tal, que hace la muerte inminente, si no acudimos a tiempo. En tal caso, la única solución es la de introducir un trocar, por ejemplo del aspirador de POTAIN, y dar salida al exceso de aire que se encuentra en la pleura a una hiperpresión amenazadora. Notaremos cómo el aire sale violentamente por la cánula introducida, que el enfermo recobra su aspecto normal, tranquilo y cómo, por este medio tan simple, recobra la vida que perdía por momentos. No hay que decir la extrema gravedad de una tal complicación, y como ello representa, a la larga, casi siempre, el desenlace fatal del caso; pero de momento, habremos resuelto una situación del todo insostenible.

7.—RELACIONES DEL MÉDICO PRÁCTICO CON LA FAMILIA DEL TBC. Y CON EL TISIÓLOGO

Corresponde, al finalizar el presente capítulo, hablar de las cuestiones que se suscitan entre el médico y el enfermo tbc. y las personas que le rodean y delimitar, en lo posible, el campo entre el médico práctico y el especialista.

El médico práctico debe saber tener prudencia para con las personas que rodean al tbc., analizando en qué casos debe mantener el secreto profesional y en cuáles tiene el deber de declarar la enfermedad.

Los familiares próximos del paciente, los que deben estar al cuidado del mismo, deben saber con exactitud en qué terreno se encuentran.

A las personas allegadas, parientes, vecinos, etc., que no están al cuidado del enfermo, se les puede y ordinariamente se les debe ocultar la enfermedad de que se trata.

Un punto a resolver por el médico de cabecera, es el referente a los diversos problemas que suscita el matrimonio de los tbc. Dejemos aparte el hecho de si un tbc. está o no en condiciones de contraer matrimonio (el estudio de este aspecto nos llevaría demasiado lejos): pero en el supuesto de que efectivamente el paciente en cuestión se halla ya restablecido y en condiciones de que se le permita el matrimonio, nos viene a menudo con la pretensión de que ocultemos su pasada dolencia al futuro cónyuge y a su familia. En este punto creemos que no debemos aconsejar el mantenimiento de esta reserva, por lo menos para con el futuro marido o para con la futura esposa. El que debe contraer matrimonio con un antiguo tbc. debe conocer toda la verdad, antes de consumar el mismo.

Otro de los puntos más delicados a este respecto, nos lo ofrecen las personas de servicio. Se nos plantean aquí problemas diversos que analizaremos aisladamente.

La criada que cuida a un tbc. debe saber que la enfermedad que sufre la persona que ella asiste es contagiosa. Podrá desconocer, si se quiere, el nombre de la enfermedad, pero no el carácter contagioso de la misma ni las precauciones que debe tomar para su propia seguridad.

La familia en la que una persona de servicio se tuberculiza, debe saber con toda claridad que tiene en su seno un enfermo tbc. contagioso, que tal persona debe aislarse. Pero, como ello es cierto, debe asimismo conocer el hecho de que el contagio no es cosa inmediata y fatal, evitando las medidas de exceso rigor que en muchas ocasiones se toman en semejantes casos.

Por fin, la familia a cuyo servicio entra una persona antes tbc. y hoy curada, si está en condiciones de prestar el servicio sin peligro de contagio, debe desconocer la verdad de la enfermedad sufrida por el criado en cuestión.

*
**

Pasemos al último punto del enunciado. ¿Cuáles son los límites entre el médico de cabecera y el tisiólogo especializado?

A decir verdad, no existen límites precisos. El problema de la tbc. es tan complejo, que lo que en un caso es del dominio del médico general en el caso siguiente puede ser del dominio del tisiólogo. Ya se comprende que, a medida que avanza el nivel cultural del médico general, el campo del especialista va limitándose; y éste es el ideal. Pero siempre quedarán puntos que únicamente podrán dominarse por medio de una especialización minuciosa.

En términos generales, podemos decir que la indicación del tratamiento pertinente a cada caso conviene principalmente al especialista, y que la conducción del plan previamente indicado por aquél, corresponde al médico práctico. Ordinariamente se requieren conocimientos que tan sólo puede poseer, en la mayor parte de los casos, el especialista para sentar la indicación de un tratamiento que obtenga el máximo efecto con el mínimo de tiempo.

La indicación del neumo terapéutico, medio de la máxima eficacia en muchos tbc., debe correr, la mayor parte de veces a cargo del especialista, al cual incluso incumbe su establecimiento. El médico rural debe, no obstante, tener todos los conocimientos necesarios para la prosecución de un neumo que el especialista inició. Me refiero, desde luego, al neumotórax unilateral, el más común: el neumo bilateral, las indicaciones y la práctica de las neumolisis intrapleurales, así como la indicación de las intervenciones quirúrgicas, caen de lleno en el dominio del especialista.

El diagnóstico de las variedades de tbc., con el consiguiente pronóstico a ellas vinculado, la consideración de los distintos factores pronósticos en cada caso particular, puede estar muchas veces al alcance del práctico, pero sin ningún género de duda es éste uno de los puntos en los que más se demuestra la especialización. Como ya he indicado en otra ocasión, el pronóstico exacto de un caso determinado puede ofrecer reales dificultades al propio

tisiólogo y no hace falta encarecer la importancia que asume, en nuestra práctica, el conocimiento del porvenir de nuestros pacientes.

Unicamente con una colaboración estrecha e íntima compenetración entre tisiólogo y médico práctico, pueden obtenerse reales ventajas en la solución de los distintos problemas que suscita diariamente el proceso tuberculoso. Sabiendo aquél aprovechar la ayuda valiosísima del médico general y sabiendo éste, en algunas ocasiones, sacrificar su honra profesional — confiando al especialista las dificultades que él no está siempre en condiciones de resolver totalmente— es como se logrará el máximo beneficio y cómo se podrán resolver esos diversos aspectos del problema tbc. con la máxima eficiencia.

història i no hauria d'encarregar la responsabilitat dels errors en pràctiques el desenvolupament del país i de les seves pràctiques. En el moment de la creació d'aquests centres és un error balneari al de l'ordenar únicament con una col·laboració estrecha i efectiva i no pas una subordinació. Entre història i mètode pràctic, podrien desenvolupar-se les pràctiques i la solució de les diverses problemes que s'originen durant el desenvolupament del país. Caldrà doncs, proporcionar la ajuda i els recursos del mètode general i saber que en algunes ocasions, s'acostuma a haver professional i no pas de resoldre les dificultats que el no està sempre en condicions de resoldre totalment. És com si se fos el màxim desenvolupament i com si es pogués resoldre cada divers aspecte del problema i no pas la màxima eficiència. És un error balneari al de deixar al desenvolupament del país.

Què són les limitacions de la pràctica? Com s'ha de desenvolupar la pràctica i què s'ha de evitar?

La pràctica no pot desenvolupar-se sense un mètode general i un mètode específic. El mètode general és el que s'aplica a tots els casos i el mètode específic és el que s'aplica a un cas concret. La pràctica és un mètode que s'aplica a la solució de les diverses problemes que s'originen durant el desenvolupament del país. Caldrà doncs, proporcionar la ajuda i els recursos del mètode general i saber que en algunes ocasions, s'acostuma a haver professional i no pas de resoldre les dificultats que el no està sempre en condicions de resoldre totalment. És com si se fos el màxim desenvolupament i com si es pogués resoldre cada divers aspecte del problema i no pas la màxima eficiència. És un error balneari al de deixar al desenvolupament del país.

La pràctica és un mètode que s'aplica a la solució de les diverses problemes que s'originen durant el desenvolupament del país. Caldrà doncs, proporcionar la ajuda i els recursos del mètode general i saber que en algunes ocasions, s'acostuma a haver professional i no pas de resoldre les dificultats que el no està sempre en condicions de resoldre totalment. És com si se fos el màxim desenvolupament i com si es pogués resoldre cada divers aspecte del problema i no pas la màxima eficiència. És un error balneari al de deixar al desenvolupament del país.

La pràctica és un mètode que s'aplica a la solució de les diverses problemes que s'originen durant el desenvolupament del país. Caldrà doncs, proporcionar la ajuda i els recursos del mètode general i saber que en algunes ocasions, s'acostuma a haver professional i no pas de resoldre les dificultats que el no està sempre en condicions de resoldre totalment. És com si se fos el màxim desenvolupament i com si es pogués resoldre cada divers aspecte del problema i no pas la màxima eficiència. És un error balneari al de deixar al desenvolupament del país.

La pràctica és un mètode que s'aplica a la solució de les diverses problemes que s'originen durant el desenvolupament del país. Caldrà doncs, proporcionar la ajuda i els recursos del mètode general i saber que en algunes ocasions, s'acostuma a haver professional i no pas de resoldre les dificultats que el no està sempre en condicions de resoldre totalment. És com si se fos el màxim desenvolupament i com si es pogués resoldre cada divers aspecte del problema i no pas la màxima eficiència. És un error balneari al de deixar al desenvolupament del país.

RF-14-81