



Año 1916

Nº 3197

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Los trastornos Gastro-entericos
en los
Tuberculosos incipientes
y su tratamiento

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN C. LANDABURU

Practicante honorario de vacuna (1909-1910)

Practicante rentado de vacuna 1910-11 (Por concurso)

Ayudante de la Cátedra de Anatomía Descriptiva (1911-12-13)

Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la A. P. 1912-15 (Por concurso)

Practicante menor rentado de la A. P. 1913-14 (Por concurso)

Practicante mayor rentado de la A. P. 1914-15 (Por concurso)

Practicante menor del H. N. de Clínicas 1914 (Por concurso de clasificaciones)

Practicante mayor del H. N. de Clínicas 1915 (Por concurso de clasificaciones)



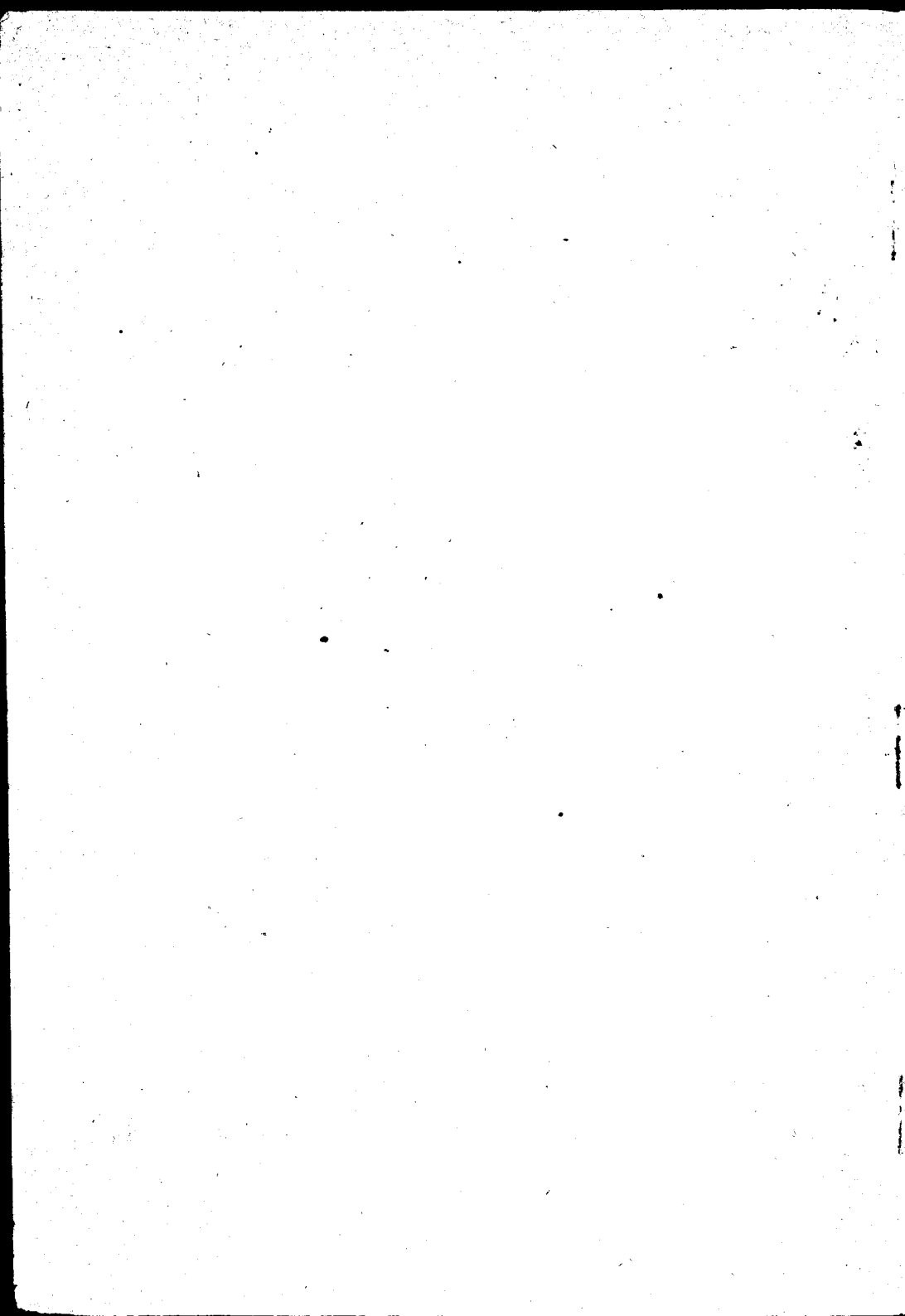
BUENOS AIRES

Talleres Gráficos Rodríguez Giles, 434 - LORIA - 444

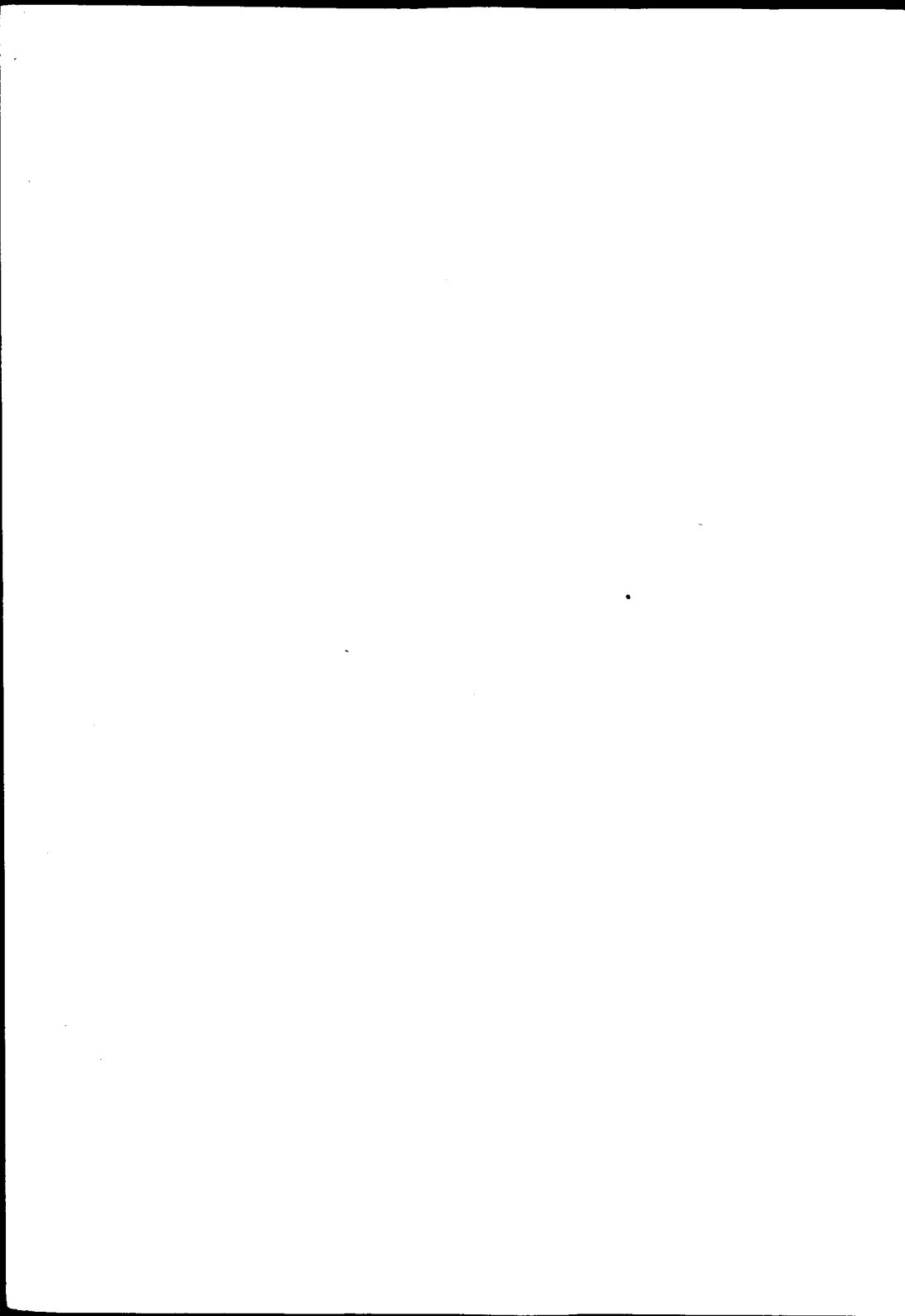
1916

Museo B. 92.9

9



LOS TRASTORNOS GASTRO - ENTERICOS
EN LOS
TUBERCULOSOS INCIPIENTES
Y SU TRATAMIENTO



Año 1916

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Los trastornos Gastro-entericos

en los

Tuberculosos incipientes

y su tratamiento

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN C. LANDABURU

Practicante honorario de vacuna (1909-1910)

Practicante rentado de vacuna 1910-11 (Por concurso)

Ayudante de la Cátedra de Anatomía Descriptiva (1911-12-15)

Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la A. P. 1912-15 (Por concurso)

Practicante menor rentado de la A. P. 1913-14 (Por concurso)

Practicante mayor rentado de la A. P. 1914-15 (Por concurso)

Practicante menor del H. N. de Clínicas 1914 (Por concurso de clasificaciones)

Practicante mayor del H. N. de Clínicas 1915 (Por concurso de clasificaciones)



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos Rodríguez Giles, 434 - LORIA - 444

1916

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones
vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de 1ª F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

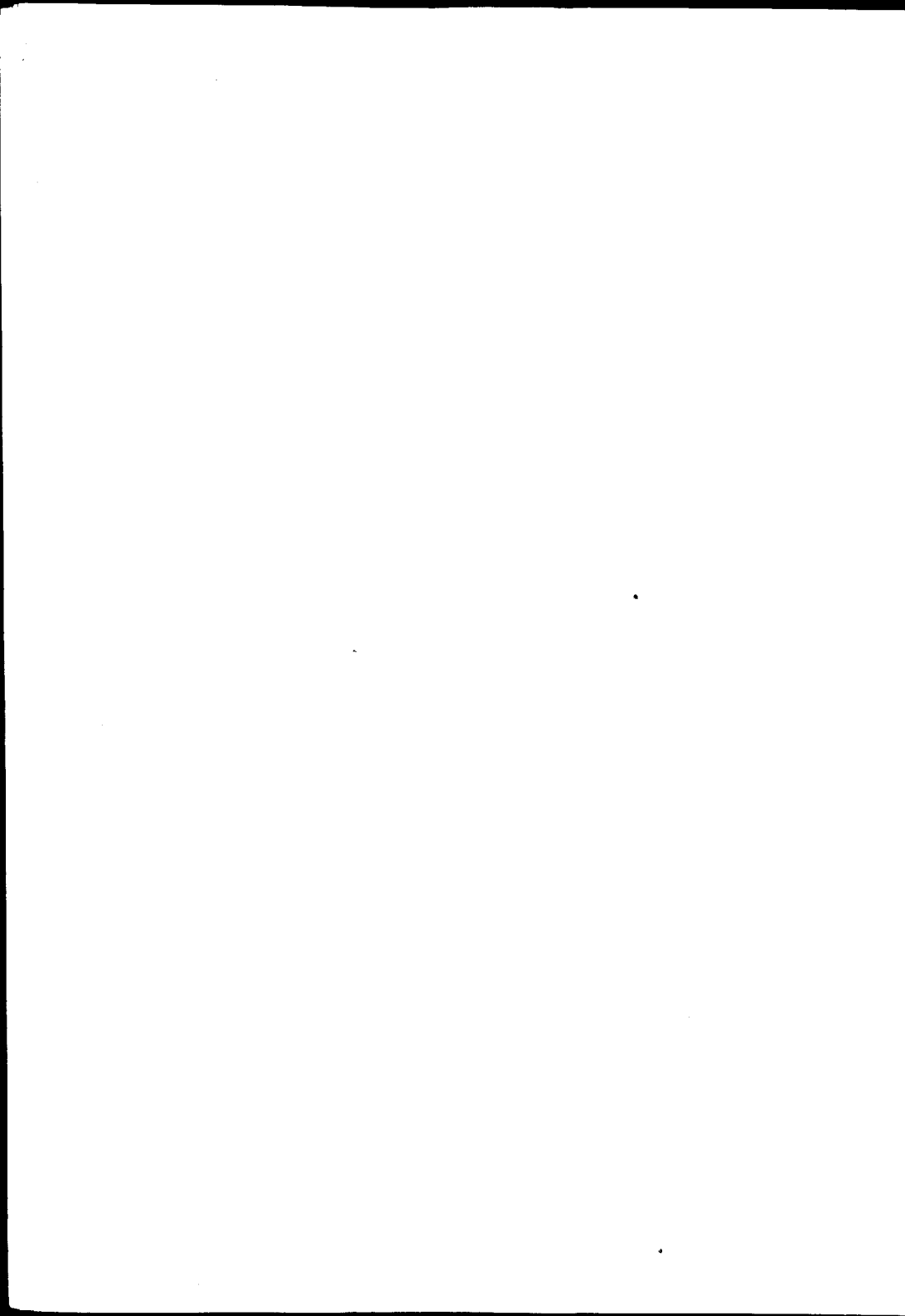
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. „ „ PEDRO N. ARATA
3. „ „ ROBERTO WERNICKE
4. „ „ PEDRO LAGLEYZE
5. „ „ JOSÉ PENNA
6. „ „ LUIS GÜEMES
7. „ „ ELISEO CANTÓN
8. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
9. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
10. „ „ DANIEL J. CRANWELL
11. „ „ HORACIO G. PIÑERO
12. „ „ JUAN A. BOERI
13. „ „ ANGEL GALLARDO
14. „ „ CARLOS MALBRAN
15. „ „ M. HERRERA VEGAS
16. „ „ ANGEL M. CENTENO
17. „ „ FRANCISCO A. SICARDI
18. „ „ DIÓGENES DECOUD
19. „ „ BALDOMERO SOMMER
20. „ „ DESIDERIO F. DAVEL
21. „ „ GREGO ARÁOZ ALFARO
22. „ „ DOMINGO CABRED
23. „ „ ABEL AYERZA
24. „ „ EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
„ „ MARCELINO HERRERA VEGAS

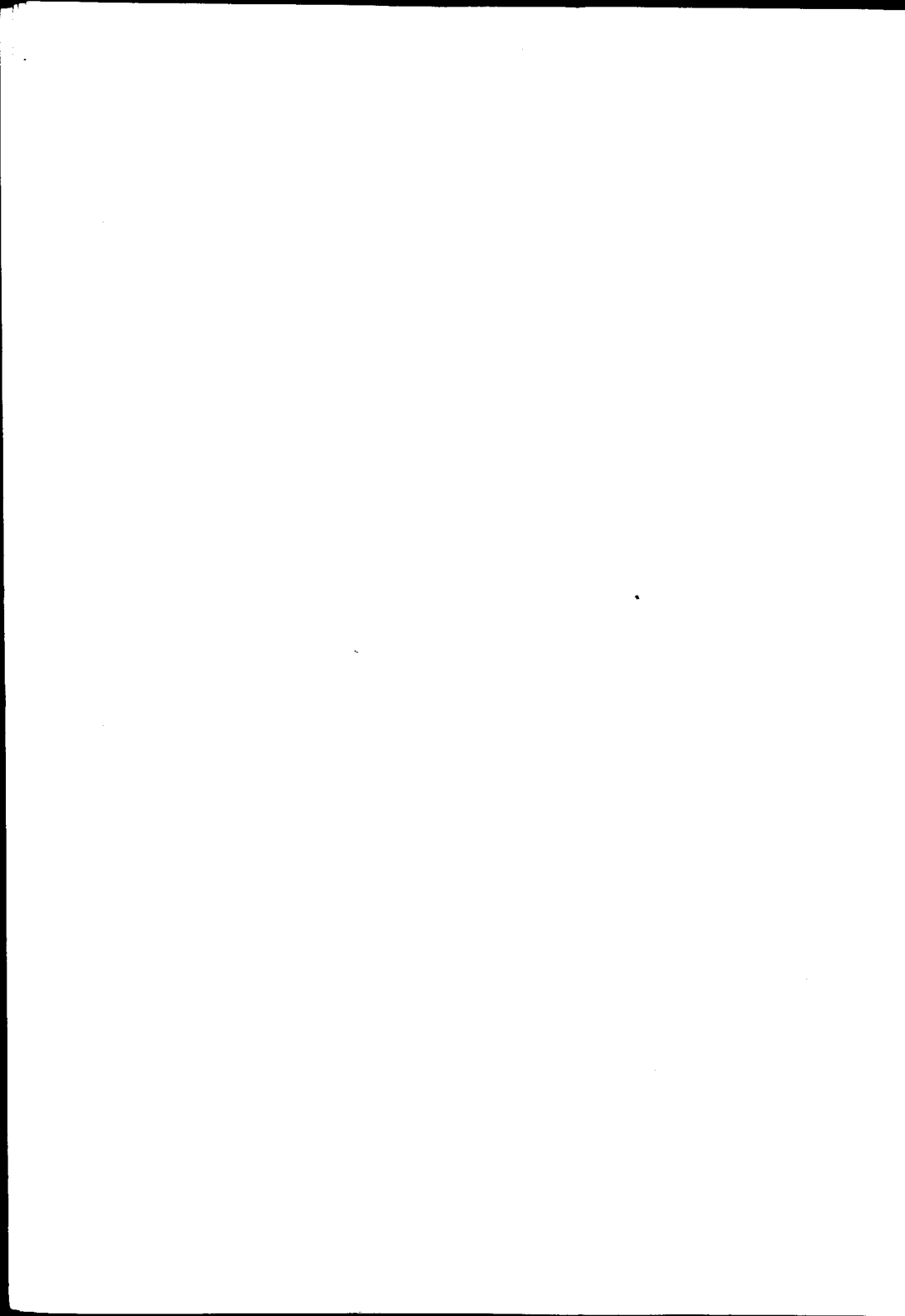


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. EMILIO R. CONI
3. OLINTO DE MAGALHAES
4. FERNANDO VIDAL
5. OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
.. .. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ENRIQUE ZÁRATE
.. .. PEDRO LACAVERA
.. .. ELISEO CANTÓN
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSÉ ARCE
.. .. ABEL AYERZA
.. .. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
.. .. DANIEL J. CRANWELL
.. .. CARLOS MALBRÁN
.. .. JOSÉ F. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUIGGARI
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
.. .. JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

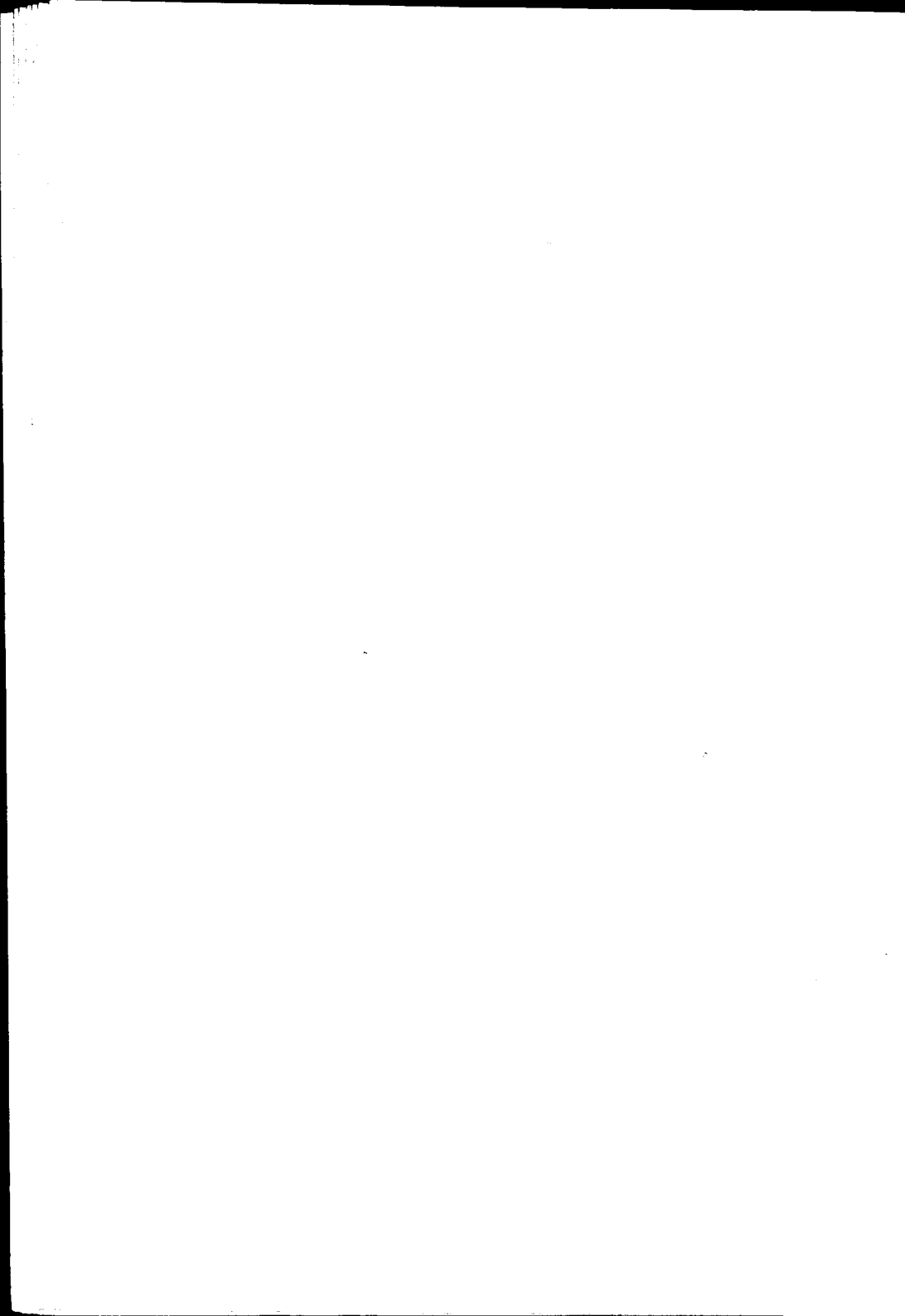
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
.. JUVENCIO Z. ARCE
.. PEDRO N. ARATA
.. FRANCISCO DE VETGA
.. ELISEO CANTÓN
.. JUAN A. BOERI
.. FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica . . . . .	.. LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO S. GÓMEZ
	.. RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	.. JOAQUIN LÓPEZ FIGUEROA
	.. PEDRO BELOU
Química Médica . . . . .	.. ATANASIO QUIROGA
Histología . . . . .	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica . . . . .	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	.. HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología . . . . .	.. CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .	.. RICARDO SCHLITZ
Semiología y ejercicios clí- nicos . . . . .	.. GREGORIO ARÁOZ ALFAR
	.. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica . . . .	.. AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica . . . . .	.. TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéu- tica . . . . .	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa . . . . .	.. DANIEL J. GRANWELL
Medicina Operatoria . . . . .	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-urinarias . . . . .	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental . .	.. JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica . . . .	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica . . .	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna . . . . .	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica . . . . .	.. PEDRO LAGLEYZE
.. Médica . . . . .	.. LUIS GÜEMES
	.. LUIS AGOTE
	.. IGNACIO ALLENDE
.. Quirúrgica . . . . .	.. ABEL AYERZA
	.. PASCUAL PALMA
	.. DIÓGENES DECOUD
	.. ANTONIO C. GANDOLFO
.. Neuroológica . . . . .	.. MARCELO T. VIÑAS
.. Psiquiátrica . . . . .	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Obstétrica . . . . .	.. DOMINGO CARRED
.. Obstétrica . . . . .	.. ENRIQUE ZÁRATE
.. Pediatría . . . . .	.. SAMUEL MOLINA
Medicina Legal . . . . .	.. ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica . . . . .	.. DOMINGO S. CAVIA
	.. ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRESINWAY
Histología . . . . .	.. JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica . . . . .	.. JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología . . . . .	.. JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica . . . . .	.. LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica . . . . .	.. JOSÉ BADÍA
Clínica Médica . . . . .	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-Sifilográfica	.. PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica . . . . .	.. MÁXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica . . . . .	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediátrica . . . . .	.. MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica . . . . .	.. BENJAMÍN T. SOLARI
Patología interna . . . . .	.. JOSÉ T. BORDA
Clínica oto-rino-laringológica	.. ANTONIO F. PIÑERO
	.. FRANCISCO LLOBET
	.. RICARDO COLÓN
	.. ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLERMO SEBERER
Anatomía descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO A. GALLI
Bacteriología	" FRANK L. SOLER
Química Biológica	" BERNARDO HOLSSAY
Higiene médica	" RODOLFO BIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos	" ALOIS BACHMANN
Anatomía patológica	" GERMAN ANSCHUTZ
Materia médica y Terapia	" BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria	" FELIPE A. JUSTO
Patología externa	" MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermat_sifilográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
" génito-urinaria	" ALFREDO VITON
" epidemiológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
" oftalmológica	" ANGEL M. ROYFO
" oto-rino-laringológica	" JOSE MORENO
Patología interna	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica	" CARLOS ROBERTSON
" médica	" FRANCISCO P. CASTRO
" pediátrica	" CASTELFORT LUGONES
" ginecológica	" NICOLAS V. GHECO
" obstétrica	" PEDRO L. BALISA
" neurológica	" BERNARDO MARAINI
Medicina legal	" JOAQUIN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARISO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (H.)
	" OSCAR COPPELO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUNA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" ROMULO H. CHOAPPOR
	" VICENTE DIMITRI
	" JOAQUAN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía.	
Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y en- sayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. EAVALE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHLITZ

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCARAGLIATA
	{ „ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSTIGOS
	{ „ LUIS GUGLIEMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI

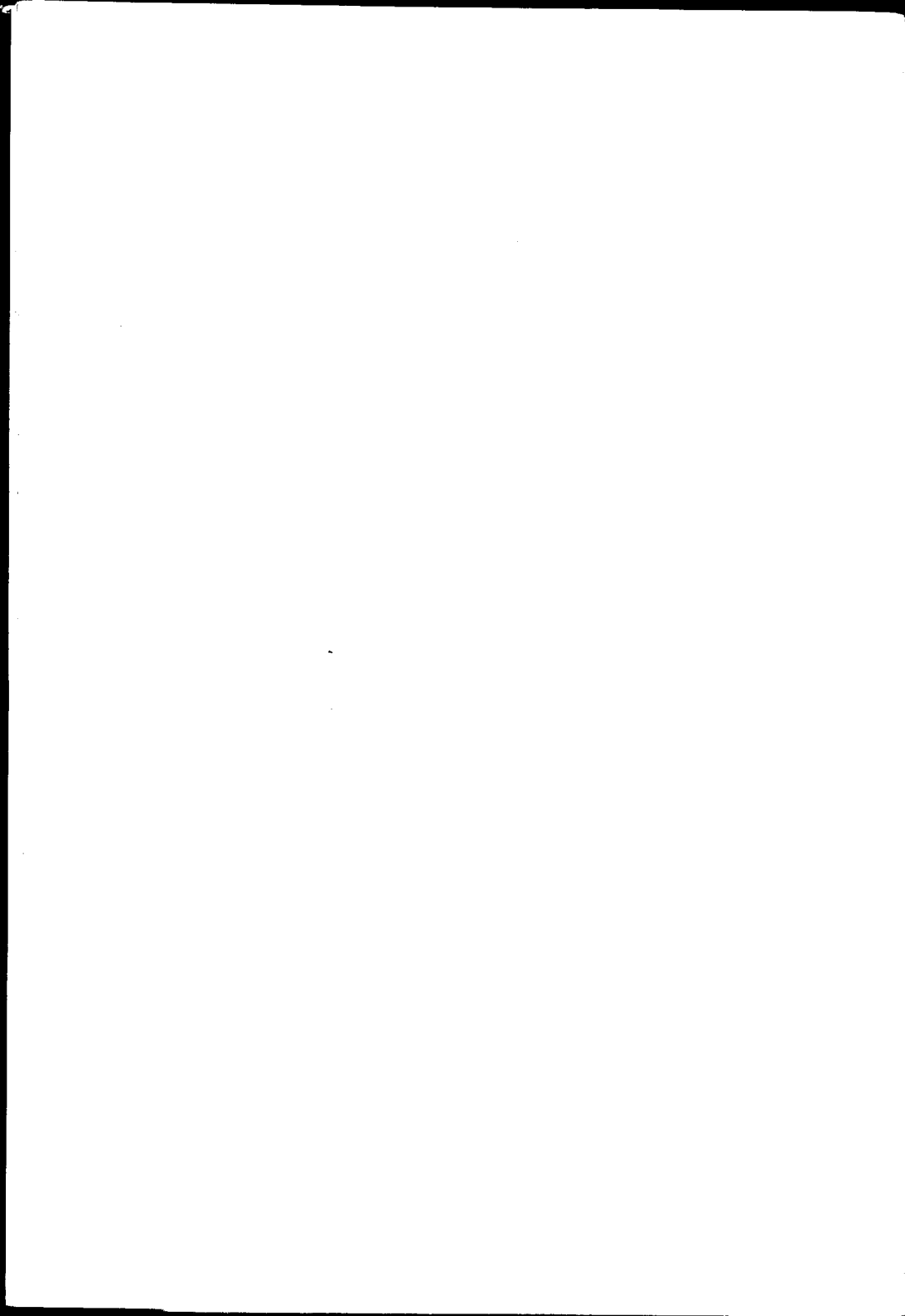


ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
Segundo año	„ LEÓN PEREYRA
Tercer año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

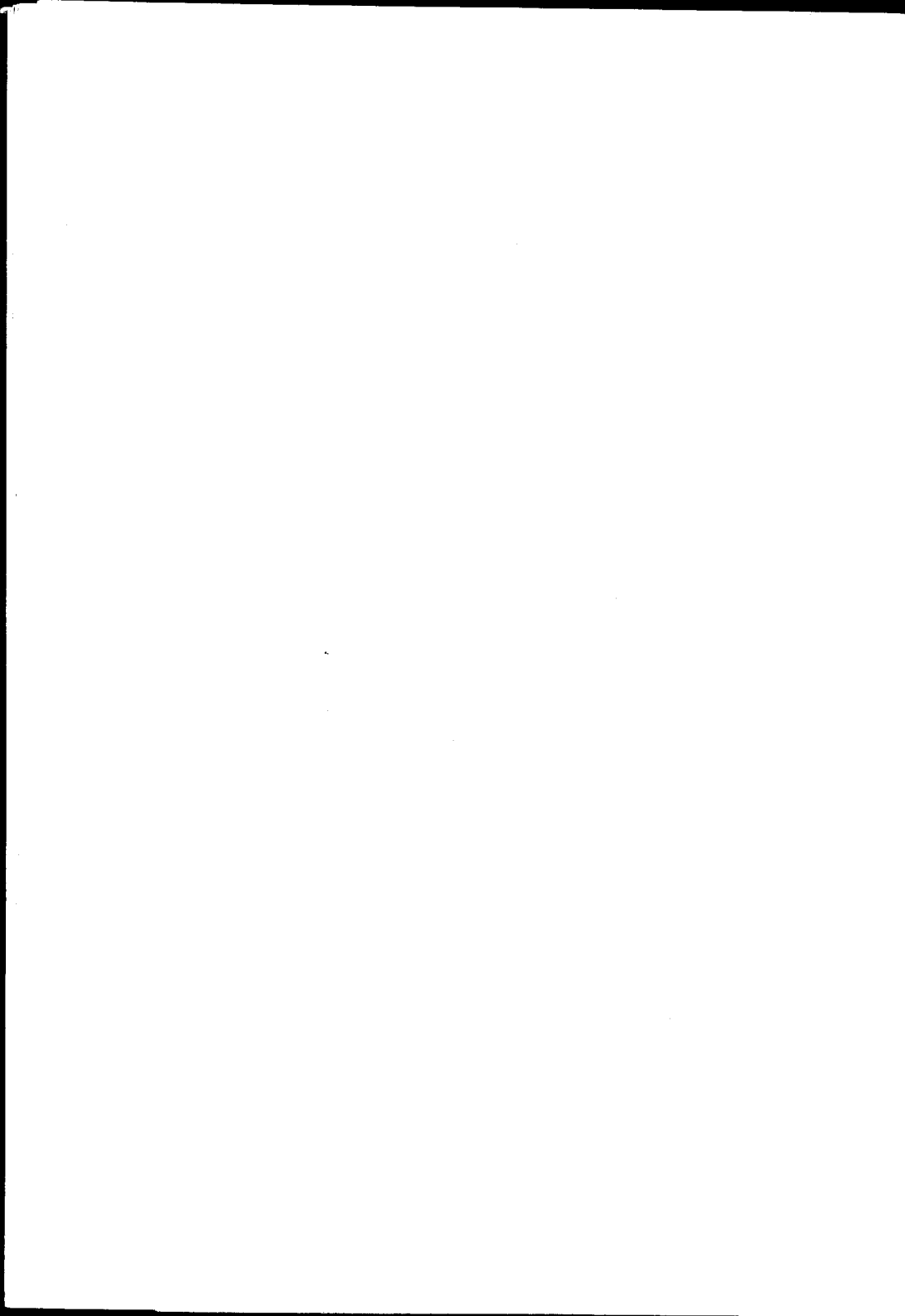
Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN M. CARREA (Prótesis)

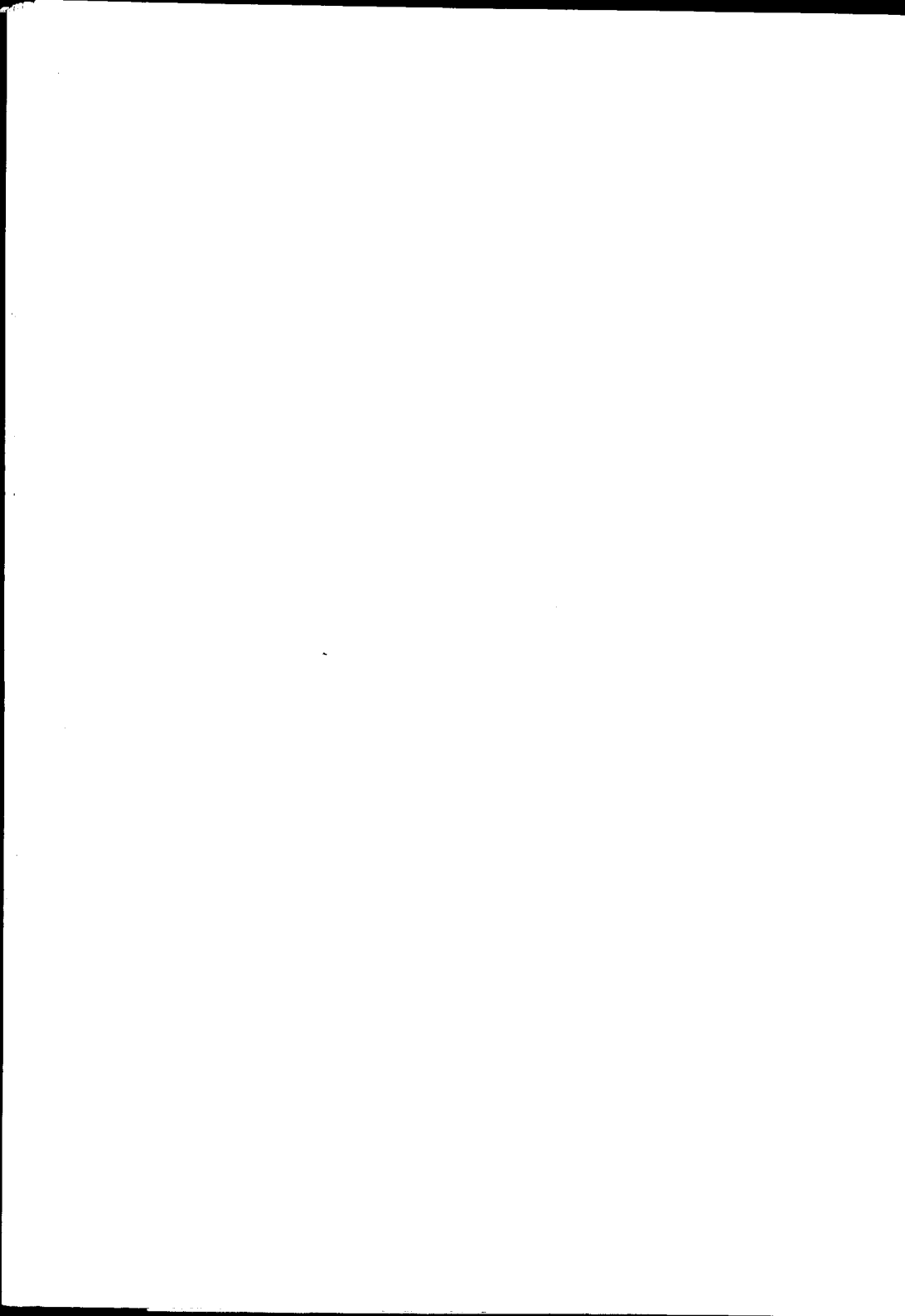


ESCUELA DE PARTERAS

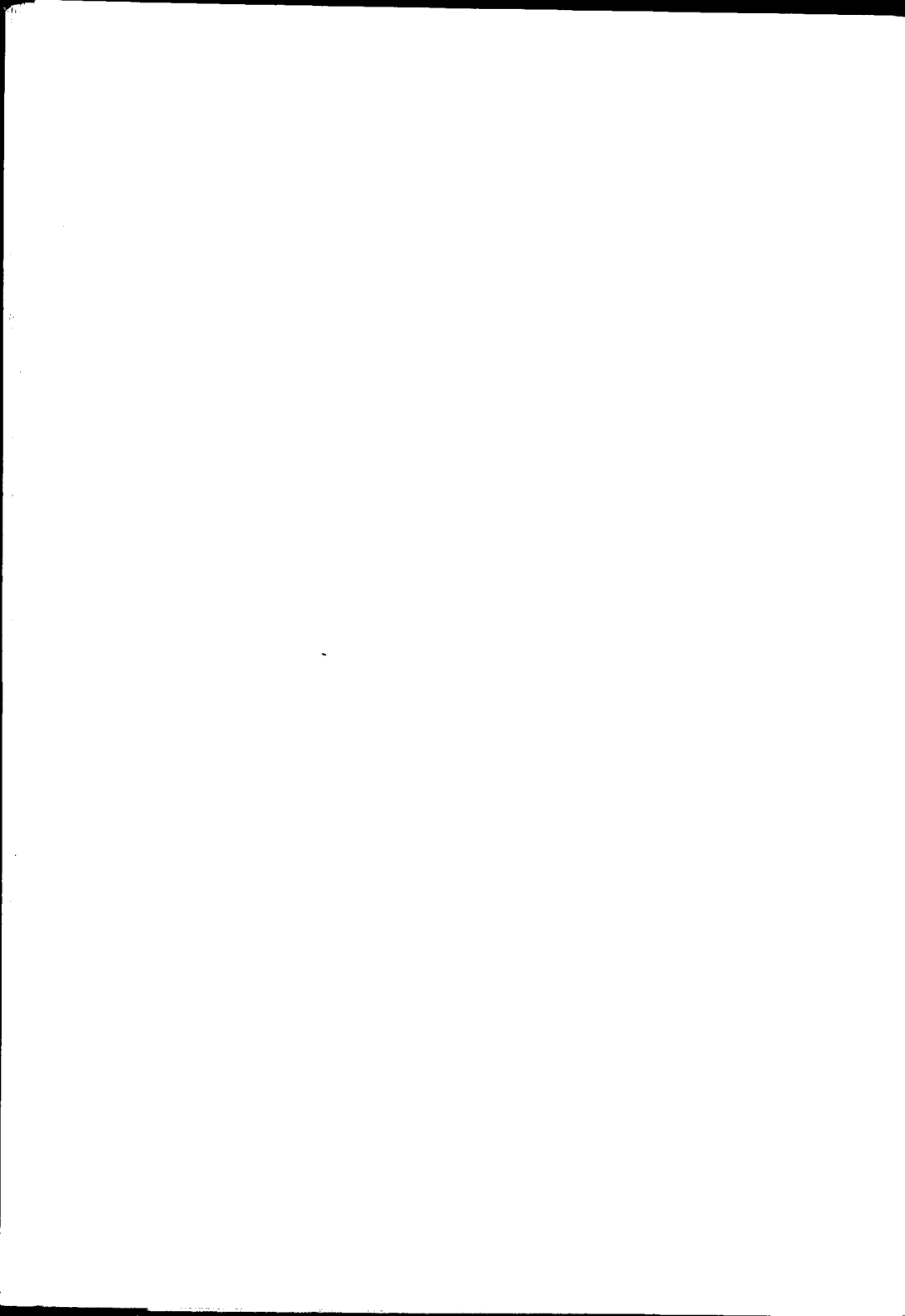
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc . . .	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año</i>	
Clínica obstétrica	„ UBALDO FERNÁNDEZ
Puericultura	DR. PANOR VELARDE



PADRINO DE TESIS
DR. DAVID SPERONI
Profesor de Clínica Propedéutica



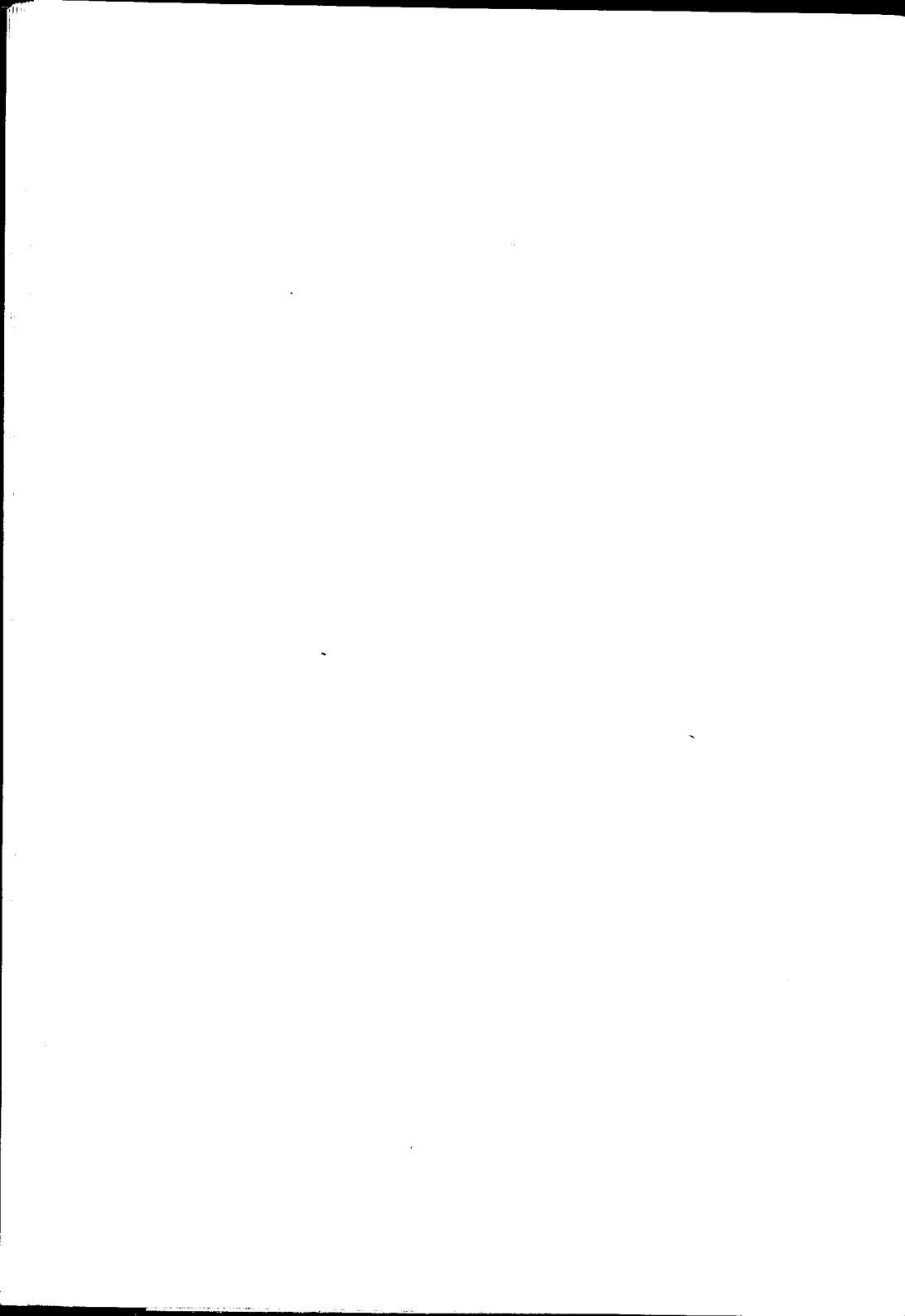
A LA MEMORIA DE MI PADRE



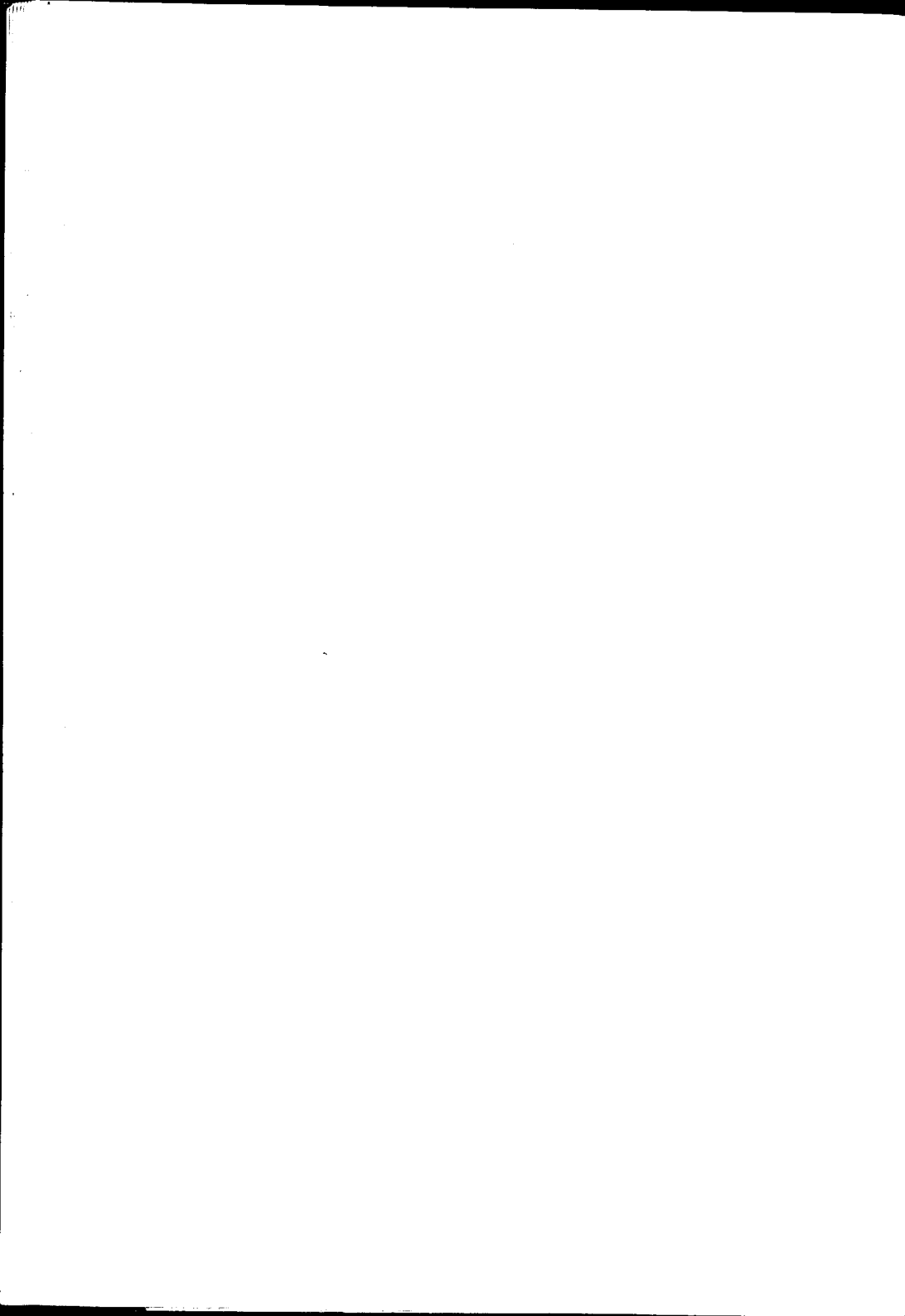
A MI MADRE

A MI HERMANO

A LOS MIOS



A MIS COMPAÑEROS
DE INTERNADO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS
(1914 y 1915)
Y DE GUARDIA EN LA ASISTENCIA PÚBLICA
(1913-1914-1915)

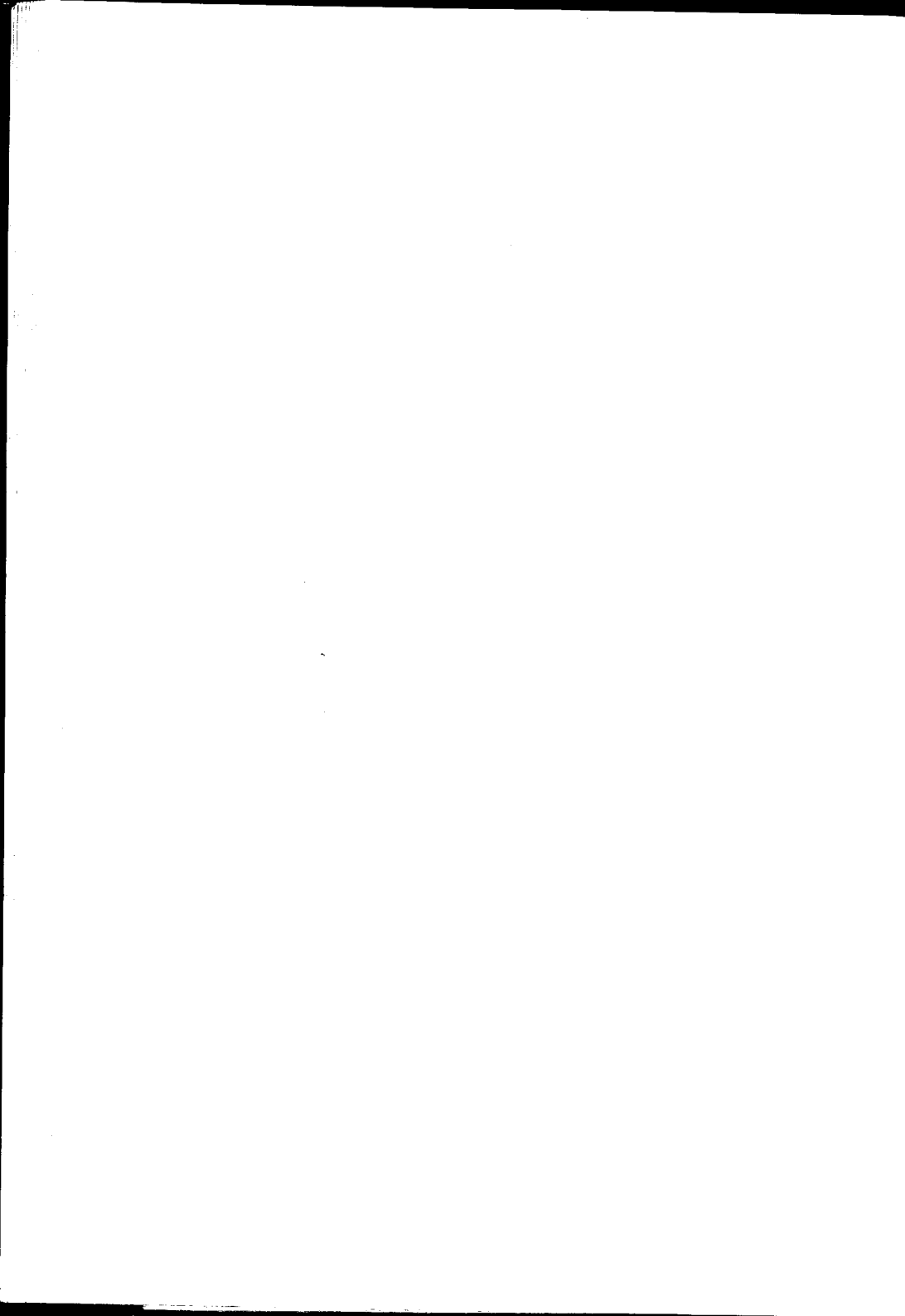


Señores Consejeros:

Señores Profesores:

La convivencia científica con vosotros en los siete años y mis tareas en los laboratorios y en los hospitales, han orientado mi espíritu hacia la observación atenta, la investigación prolija y el afán de saber.

Tensos lazos espirituales me ligan a todos los que me brindaron el estímulo a tal norte.



DIAGNOSTICO PRECOZ

La curabilidad de la tuberculosis pulmonar crece con la precocidad del diagnóstico. El diagnóstico de «ptisis incipiens» es hoy relativamente fácil realizar. Los métodos de exploración clínica usados son capaces de determinar la existencia de lesiones tuberculosas pulmonares de reducida extensión. La intoxicación bacilosa por las toxinas desprendidas en la primer etapa del proceso, puede hallarse mediante las reacciones con la tuberculina. Estas reacciones demuestran la existencia real de los tuberculosos pretísicos.

La pantalla radioscópica descubre delante de los ojos la extensión y la forma de las lesiones tuberculosas pulmonares, y permiten estudiar la evolución que ellas siguen mediante los diversos tratamientos que se han usado.

Los trastornos del período de incipiencia de la tuberculosis pulmonar son múltiples y diversos. La agrupación de estos trastornos es muy variable

aqueellos de costillas salientes, clavículas retraídas, con las fosas supra e infra claviculares excavadas y también de fosas supra e infra espinosas deprimidas a causa de la ausencia de panículo adiposo y de la atrofia muscular, con los omoplatos salientes (scapula alate) a consecuencia de la atrofia del serrato mayor. Todos estos sujetos son de capacidad respiratoria mínima, de circulación lánguida, con tendencia a la cianosis y al enfriamiento de las extremidades, de pulso hipotenso, pequeño y frecuente.

Y a pesar de esta predisposición orgánica, bajo nuestras miradas pasa la caravana interminable de los bacilosos formada : por hombres, mujeres, niños, adultos y viejos, grasos y magros, robustos y gráciles. . .

Esta irrespetuosidad del bacilo frente al sexo, a la edad, al grosor, a la robustez. . . demuestra la invalidez de los atributos externos del individuo para valorizar su resistencia frente al bacilo.

Los elementos biológicos, químicos y físicos de la resistencia orgánica frente al ataque del flagelo, como también las condiciones necesarias del terreno para la cultura, la germinación y el florecimiento del mal, aun no han sido determinados por la ciencia. Sólo queda de todo lo mucho que se ha buscado y se ha pensado sobre el particular un con-

cepto : la predisposición o sea el estado de receptividad del individuo para la infección bacilosa.

Esta predisposición puede ser traída por el individuo desde la concepción o ser adquirida en la vida extrauterina.

Facie sympathica. — Todos los bacilosos pulmonares tienen una cara especial, dada por tres elementos constantes : miradas fijas y brillantes, labios rojos y húmedos y alternativas fugaces de rubor y de rapidez.

La acentuación marcada de estos rasgos comunes en toda fisonomía, dan al rostro de estos enfermos un aspecto simpático.

ANAMNESIS

El interrogatorio de esta clase de enfermos deberá ser llevado metódicamente en toda la esfera patológica y se estudiará al mismo tiempo la psicología del enfermo. El uno para buscar la orientación para diagnosticar y lo segundo para saberlo curar o aliviar.

Los antecedentes hereditarios, familiares o los de convivencia con tuberculosos deberá siempre escudriñarse y con tanta mayor atención cuanto más joven es el enfermo.

El género de vida que lleva puede dar indicios para sospechar el mayor o menor grado de predis-

posición. Las separaciones de las reglas higiénicas de vivir se pagan habitualmente con la infección bacilosa.

La descripción del estado actual por el enfermo es variable con ellos. Algunos describen magistralmente, otros simulan trastornos imaginarios en tanto que disimulan trastornos reales y en fin existen otros que no saben hacerse entender. Son aquellos que el estado de enfermedad los ha ido invadiendo lentamente: sin que se hayan dado cuenta del pasaje de lo normal a lo patológico.

Nosotros describiremos con ciertos detalles los síntomas que pueden expresar y los signos que se hallarán durante el examen.

DISTURBIOS DEL APARATO RESPIRATORIO

La iniciación de la tuberculosis pulmonar está acompañada en todas las veces de trastornos funcionales del aparato respiratorio, los cuales denuncian el franco padecimiento pulmonar y son éstos: la voz labil, la tos, la expectoración, la disnea, los dolores torácicos, las hemoptisis.

Tos — En los incipientes se observa la tos en la inmensa mayoría. Aparece durante la noche en forma de varios accesos de tos seca y breve precedida de cosquilleo epiglótico o de ardor laríngeo. Rara vez se ve en este período la tos quintosa o co-

queluchoide, debida a la compresión de los nervios vagos por la adenopatía mediastínica compañera habitual de las lesiones pulmonares bacilosas.

La tos puede ser debida a reacción pleural o bien a la bronquitis del vértice que acompaña algunas veces a la infiltración bacilosa.

Expectoración — Cuando la tos se acompaña de esputo se vuelve fácil, ligera y más frecuente. La tos húmeda de los incipientes puede pasar confundida por una bronquitis banal que se prolonga. En tales casos la expectoración es de escasa cantidad, de naturaleza salival y mucosa, de consistencia fluída y espumosa, de aspecto vítreo o estriado por elementos grises o verdes de naturaleza purulenta.

Expectoración bacilífera — El bacilo de Koch puede aparecer precozmente en la expectoración, debido a que algunas granulaciones pueden llegar al período de madurez y verter el contenido bacilífero en el alveolo pulmonar y ser expulsado en un golpe de tos mezclado con las mucosidades bronquiales y del tubo respiratorio superior.

La investigación del bacilo en el esputo está siempre indicada como también los corpúsculos de Much, los cuales parecen ser una forma de defensa del bacilo. La ausencia del bacilo en la investigación microscópica y la presencia de albúmina en el

esputo indican la naturaleza bacilosa de la bronquitis.

Voz labil — La voz de los bacilosos se vuelve baja, ronca y débil a medida que progresa la debilidad respiratoria, la denutrición, la intoxicación y se vuelve la tos frecuente trayendo en la laringe estados de congestión, de inflamación y de paresia muscular. Pero es relativamente frecuente observar en los incipientes la voz labil o sea la inestabilidad del timbre, de la intensidad y de la altura de la voz. Los incipientes no pueden leer, conversar, ni levantar largo tiempo la voz sin cansarse y cuando la fatiga sobreviene la voz se vuelve baja velada, ronca, bitonal, anhelosa o interrumpida por golpes de tos breve, y aislada. Igual cosa sucede con los cambios de posición, de habitación o de la temperatura ambiente.

Dolores torácicos — Algunos enfermos se quejan de dolores retro esternales, supra claviculares, infra claviculares y subescapulares cuando tosen o cuando se les percute durante el examen. Los dolores pueden ser espontáneos, vagos, mal localizados, intermitentes o intensos, punzantes y localizados. Estas molestias dolorosas son manifestaciones de irritación pleural, de adherencias pleu-

rales de compresión nerviosa por ganglios mediastinales tumefactos.

Otras veces existe una hiperestesia cutánea refleja correspondiente a las lesiones pulmonares.

La destrucción del parenquima pulmonar se realiza sin embargo en la mayoría de los casos sin manifestaciones dolorosas. En estas veces, la necropsia muestra la destrucción pulmonar y la ausencia total de reacciones pleurales.

El clavo tísico es el dolor vivo que se observa al ejercer presión en la base del cuello en el trayecto del nervio vago.

Disnea — La extensión de las lesiones bacilosas incipientes no está en relación con la intensidad de la disnea que muestran algunos enfermos. La causa de esta disnea se deberá buscar en la astenia general, en la anemia, en la fatiga de los músculos inspiratorios, al dolor provocado durante la respiración y se observa sobre todo en las mujeres cloróticas y nerviosas.

La disnea puede sobrevenir después de las comidas, durante la marcha, al subir las escaleras, después de una conversación sostenida. Otras veces aparece durante la noche, sin aumento de la frecuencia de los movimientos respiratorios y llega a adquirir el tipo de la disnea asmática.

Hoy no se acepta el antagonismo entre la bacilosis, el asma y el enfisema. Es raro que la bacilosis se inicie con un acceso asmático pero es relativamente más común que sucedan francos accesos de asma durante el desarrollo de la bacilosis pulmonar. El asma acompaña a la bacilosis esclerosante y a la pleuresia bacilosa debido a la inmovilidad del diafragma (Piery).

Ultimamente ha demostrado Bard la existencia de la tuberculosis fibrosa. La sintomatología de estos enfermos es prestada por el asma y por el enfisema o bien pueden pasar por bronquíticos crónicos o cardíacos. Las lesiones anatomopatológicas del parénquima pulmonar son la esclerosis densa y localizada en los sujetos de cuarenta a cincuenta años y la forma de esclerosis difusa y generalizada en los jóvenes.

Hemóptisis—Los esputos con ligeras estrias sanguinolentas y los esputos espumosos y teñidos intensamente por la sangre llaman siempre la atención y dirigen la sospecha hacia el origen baciloso del proceso pulmonar.

La hemorragia pulmonar puede sobrevenir en todos los períodos de la enfermedad. Puede ser causada por el aumento de la tensión intratorácica por los esfuerzos debidos a la tos, estornudos,

carcajadas, vómitos, etc. La hemoptisis espontánea tiene probablemente por causa los cambios higrométricos, barométricos, climatológicos o meteorológicos del medio ambiente. La cantidad de sangre derramada, varía entre algunos gramos a centenares de gramos. El número de hemoptisis varía desde una en la evolución de todo el proceso y varias hemoptisis en un mismo día. Esto siempre sucede en los portadores de lesiones bacilosas extendidas.

F. Besançon y Pierre Weil distinguen dos clases de hemoptisis, la una acompaña al brote baciloso y está seguida de fiebre, enflaquecimiento y modificaciones leucocitarias pudiendo estar precedida las hemoptisis de sensaciones de molestia subjetiva a saber : malestar general, congestión facial, sensación de calor retro esternal, cosquilleo glótico y sabor sanguíneo en la boca ; la otra forma de hemoptisis es un incidente y no tiene valor pronóstico.

Las hemoptisis se observan con mayor frecuencia en las mujeres más que los hombres, en los adultos más que en los jóvenes y sobre todo en los alcoholistas, diabéticos, hepáticos y neuróticos.

EXAMEN FISICO DEL APARATO RESPIRATORIO

Los síntomas y los signos de este aparato dan la certidumbre o la evidencia del diagnóstico clínico de bacilosis incipiente.

Inspección — El torax paralítico es una predisposición orgánica para la localización pulmonar del proceso baciloso y otras veces es la consecuencia de la misma enfermedad que se inicia desde temprana edad. La importancia de esta deformación disminuye al recordar que a diario vemos tuberculosos con torax bien desarrollado esqueléticamente y con musculatura de atletas.

La inspección más detallada muestra modificaciones externas debidas a la lesión bacilosa del pulmón y estas son : el desarrollo desigual de los senos en la mujer y la emaciación de un músculo pectoral en el hombre. Los pequeños vasos venosos ectasiados en la región vertebro escapular superior y en las fosas supraespinosas. El hundimiento marcado de las fosas supraclaviculares y de las fosetas de Morenheim.

La desviación de la laringe y la tráquea y la red venosa subcutánea en el torax o a los lados del esternón despiertan la sospecha de la adenopatía mediastínica.

El estrechamiento de los espacios intercostales en una mital del torax entre la cuarta y octava costilla sobre la línea axilar anterior, revelan la mala función del pulmón que cubre.

La inspección de los movimientos respiratorios nos muestran la menor excursión respiratoria del hemitorax que cobija al pulmón enfermo y puede referirse a lo mismo el ascenso menor del hombro, de la clavícula o del acrómio. La retracción de los primeros espacios intercostales o de las fosas supra claviculares y de las fosetas de Morenheim revelan la existencia de sinequias pleurales en la región del domo pulmonar.

El signo de Bergé es la claudicación del vértice, lo cual consiste en un retardo de la elevación de una clavícula con relación a la otra, cuando el enfermo respira con la boca cerrada.

El signo de Kuthy consiste en la menor elevación o la inmovilidad del acromio del lado enfermo durante la inspiración.

El signo de Baccelli o sea el signo ángulo escapular, consiste en el menor desplazamiento del ángulo vertebral de la escápula, cuando el enfermo respira con los brazos cruzados delante del torax.

El signo de Litten o sea el signo del diafragma, consiste en el descenso de una sombra linear hacia abajo durante la inspiración, al nivel del borde in-

inferior del pulmón, debido al movimiento descendente del diafragma durante el tiempo inspiratorio de la respiración. Este signo no tiene mayor valor por ser casi constante en todos los sujetos enflaquecidos.

Radioscopia y radiografía. — El examen radiográfico nos muestran la existencia y la extensión de las lesiones tuberculosas en los ganglios mediastinales y en el pulmón. Podemos observar la adenopatía taqueobronquica, la adenopatía hilar, la menor transparencia de un vértice, la existencia de sombras, más o menos intensas y de mal limitado contorno en región pulmonar o de límites definidos.

Se puede algunas veces aclarar la opacidad del vértice gracias a una inspiración profunda cuando la lesión es nimia, pero en la mayoría de las veces la opacidad persiste y su disminución de opacidad es relativamente escasa.

El signo de Williams consiste en la menor excursión del hemidiafragma correspondiente al pulmón enfermo.

El valor del examen radiológico es grande, pues revela la existencia de focos tuberculosos desconocidos al examen físico del pulmón y porque nos permiten seguir la evolución del proceso morboso.

Palpación — Los datos obtenidos por la inspección como son : la atrofia del pániculo adiposo y de las masas musculares, las deformaciones torácicas, las retracciones de los espacios intercostales y de las fosas supra claviculares, infra claviculares y supra espinosas y de las fosetas Morenheim, la menor excursión respiratoria, la disminución de la ampliación hemitorácica, etc., se confirman por la palpación.

El aumento de las vibraciones vocales al nivel de un vértice enfermo o de la base pulmonar enferma no tiene nada de precoz, es un signo de bacilosis en marcha.

El dolor provocado por la presión en la región del vértice ya sea situado en las fosas supraespinosas o en la fosa supra clavicular o en la foseta de Morenheim son signos precoces excelentes.

Percusión — Los datos suministrados por este método de investigación clínica no son de gran valor a pesar de los renombrados procedimientos de Kronig, de Von Plesh, de Goldscheider, los cuales han perfeccionado en grado sumo la exactitud de los datos obtenidos, pues ellos revelan la existencia de lesiones pulmonares de dos a seis centímetros de extensión, pero exigen una gran agudeza auditiva para apreciar las variaciones de

sonoridad pulmonar correspondiente a dichas lesiones.

El resultado negativo obtenido por la percusión no desecha la existencia de bacilosis, ni tampoco el resultado positivo indica la existencia absoluta de focos bacilosos.

Mensuración — Este método de investigación es de aplicación diaria en los dispensarios, en los sanatorios de bacilosos y durante el reconocimiento médico de los conscriptos pero sin aplicación en los consultorios de hospital y de los prácticos.

Trasonancia clavicular — (Guénau de Mussy, Fernet y Letulle) este método de investigación tendría una inmensa ventaja sobre la percusión ordinaria pues el oído apreciaría las más débiles variaciones de la sonoridad pulmonar debidas a las pequeñas infiltraciones bacilosas. Pero la práctica de algunos autores no está de acuerdo con esta presunción teórica.

Este método de investigación consiste en auscultar el sonido al mismo tiempo que se percute la clavícula. Aplicando la oreja en los distintos puntos del espacio interscapular y de las fosas supraespinosas diametralmente opuestos a los sitios claviculares donde se percute. Para que se encuen-

tren en el mismo plano horizontal el punto que se percute y el punto que se ausculta.

La trasonancia normal da un sonido bajo, metálico y vibrante. Cuando el sonido se hace breve y amortiguado casi privado de vibraciones, significa adenopatía traqueo brónquica, si sucede en las proximidades de las regiones esternales de la clavícula o de la región interescapular.

Cuando la lesión bacilosa se asienta en el vértice del pulmón, se oye el sonido breve y amortiguado en las regiones supraespinosas.

Auscultación -- Es el método de exploración por excelencia en la bacilosis incipiente, sus enseñanzas son las más útiles por ser las más precoces y por que llegan a acusar la existencia de lesiones mínimas en el parenquima pulmonar. Damos por conocida las reglas técnicas de la auscultación y señalamos los signos más importantes que se recogen durante el período de incipencia de la bacilosis. Estos signos para que adquieran todo su valor deberán ser unilaterales o bilaterales desiguales, bien localizados en el vértice pulmonar y sólo por excepción acusables en otras regiones pulmonares y deberá ser permanente el signo en los repetidos exámenes.

Disminución del murmullo vesicular—Este signo puede encontrarse en los dos vértices de personas sanas, cuando se les ausculta en malas condiciones técnicas, como sería cuando ellos respiran débilmente con la boca cerrada. Cosa análoga sucede en la auscultación de los adenoideos, los cuales tienen insuficiencia respiratoria nasal.

Algunas veces se encuentra la disminución vesicular en personas sanas, pero sucede en los dos vértices pero tienen igual intensidad.

Cuando el signo es unilateral en un enfermo que tiene además estigmas diversos de bacilosis incipiente, deberá correlacionarse con los hallazgos obtenidos en la percusión y en la pantalla radioscópica. Así veremos a una sinfisis pleural apaxiana blanda o densa recubrir una porción del pulmón que respira poco, la percusión superficial la denunciaría por la matitez, la percusión profunda por sonoridad, la auscultación por la disminución del murmullo vesicular y la pantalla radioscópica nos mostraría la opacidad de la región del vértice. Un ganglio linfático hiliar tumefacto comprimiendo al bronquio del lóbulo superior pulmonar se denunciaría por la sonoridad a la percusión, la disminución o la ausencia del murmullo vesicular en el vértice por la auscultación y la pantalla radioscópica nos mostraría la adenopatía hiliar.

La lesión infiltrativa en el vértice pulmonar se puede revelar por la percusión dando su matitez, la disminución del murmullo vesicular por la auscultación y la opacidad más o menos intensa en la pantalla radioscópica.

Respiración ruda — La respiración ruda, áspera o rasposa, de tonalidad más baja que la respiración del vértice opuesto, que se la oye ligera, suave y agradable al oído; es el signo que acusa la germinación de los folículos bacilosos antes de la conglomeración según Grancher. El hallazgo de este signo es anterior a las modificaciones percibidas por la inspección, por la palpación y por la percusión.

Los alemanes no están de acuerdo con el mecanismo del fenómeno; Dettweiler hace depender a la tumefacción de los bronquios finos, Sahli a los exsudados bronquioalveolares pequeños incapaces de provocar extertores y Turban dice que el aire penetra lentamente y a sacudidas en los alveolos por haber pequeños focos vacíos.

Este signo puede hallarse en personas sanas en la auscultación de los dos vértices. Hoy este signo está considerado como propio de la bacilosis abortiva o curada.

Respiración entrecortada — La respiración entrecortada puede oírse en los dos vértices pulmonares de una persona sana emocionada.

El murmullo vesicular está fragmentado en dos o más intervalos por breves pausas. En algunas personas normales puede oírse en el vértice izquierdo por delante la respiración entrecortada sin que tenga nada de patológico esta anomalía respiratoria. Siempre que en la práctica encontremos un vértice que respira entrecortadamente en cambio el otro vértice respira normal; nos podemos dar por avisados de que existe un foco baciloso.

Expiración prolongada — Con los progresos de la infiltración bacilosa y de la condensación del parenquima pulmonar crece en altura la expiración y alcanza a tener el carácter de soplo. Su hallazgo significa la pérdida de la elasticidad del parenquima pulmonar, así lo vemos generalizado en toda la extensión pulmonar e intensamente manifiesto en el enfisema (tisis fibrosa) y solamente en los vértices atacados de esclerosis en la bacilosis cicatricial y en el período de infiltración de la tuberculosis pulmonar a forma ulcero-caseosa.

Estertores — Puede oírse en la auscultación de los vértices los ruidos de roce y los estertores

secos los cuales denunciarían irregularidades de la pleura apexiana y una desigual elasticidad pulmonar, debida a las modificaciones de la tensión del parenquima pulmonar determinada por los focos bacilosos. Es este un signo de aparición tardía en el período de incipiencia y su hallazgo no deja duda de la existencia de lesiones tuberculosas.

Suele hallarse los estertores en las regiones de la base pulmonar en una zona limitada por la línea axilar anterior y la línea mamilar y toma el nombre de signo de Bughart y el vértice de este pulmón enfermo tiene cualquiera de los signos descriptos anteriormente.

Se da el nombre de signos cruzados, cuando los signos físicos de la tuberculosis pulmonar se denuncian en uno por la cara anterior y sobre la cara posterior del otro pulmón se obtienen signos análogos de las lesiones bacilosas que residen en el vértice.

Cuando los estertores se vuelven resonantes, la respiración se hace bronquial, hay broncofonia y repercusión exagerada de la tos y de la voz, estos tres signos denuncian la etapa de transición entre la «ptisis incipiens» y la «ptisis confirmata».

LOS DISTURBIOS DEL APARATO CIRCULATORIO

La taquicardia, la hipertensión arterial y las palpitaciones constituyen la triada sintomática del aparato circulatorio en los bacilosos incipientes. El valor diagnóstico y pronóstico de estos síntomas es elevado, porque marcha paralelamente a la impregnación de los centros nerviosos de la circulación por las toxinas bacilosas que se difunden de los focos tuberculosos en actividad.

La taquicardia precede a la fiebre y a los fenómenos funcionales del aparato pulmonar de estos enfermos y esta ligada con la tensión arterial de acuerdo a la ley de Marey (taquicardia con hipotensión arterial y bradicardia con hipertensión arterial). Los valores numéricos de estos disturbios son : 80 a 120 pulsaciones corresponden a la hipotensión arterial variable entre 11 a 15 centímetros del esfigmomanómetro de Potain, en tuberculosos pretísicos de temperatura oscilante entre 36,4 a 37,4.

Los caracteres del pulso a parte de la frecuencia son : la regularidad, la igualdad y la blandura.

La inestabilidad de este pulso es su fácil variabilidad de frecuencia dentro de las horas del día o entre los días, sin poder relacionarse con los cam-

bios de posición, con la digestión, con las emociones, etc.

Las variaciones de la tensión arterial y de la frecuencia del pulso aproximándose a los valores normales son de pronóstico muy bueno, en cambio todas las variaciones de la tensión y de la frecuencia, alejándose intensamente de lo normal, son de valor pronóstico sombrío; ellas denuncian una complicación: hemoptisis, brote febril baciloso, brote febril no baciloso, etc.

Las palpitations no tienen la frecuencia, ni el valor diagnóstico y pronóstico de las dos anteriores. Chavigny que ha tenido excelente oportunidad de observar a estos enfermos nos dice: Las cuartas quintas partes de los soldados que nos vienen a consultar con el médico militar quejándose de palpitations, son enfermos del pulmón, ignorados o desconocidos bacilosos casi todos.

Súmanse a estos disturbios del aparato circulatorio central los trastornos vaso motores o del corazón periférico de estos enfermos y son: la cianosis y el enfriamiento de las extremidades, las alternativas fugaces de rubor y de palidez del rostro, la hiperhidrosis palmar, las crisis sudorales repentinas por emociones o esfuerzos pequeños, la hiperhidrosis axilar.

LOS DISTURBIOS DEL APARATO HEMATOLINFATICO

La forma hematológica de los tuberculosos incipientes no está aún determinada. Las variaciones que frecuentemente se observan en la fórmula hematológica son : la hipopolinucleosis, la hipermonucleosis, la hiperlinfocitosis y la hiperbasofilia. (Arneth).

La tez pálida o icteroide de los bacilosos, las palpitaciones, el aliento corto, sobre todo cuando sucede en las mujeres puede orientar al práctico en el diagnóstico de anemia o de clorosis. No recogiendo otros signos clínicos se deberá hacer el examen de la sangre, el cual nos dará luz. Los incipientes presentan el valor globular disminuído pero nunca llegan al grado de la clorosis, la pobreza de la hemoglobina es proporcional a la pobreza de los glóbulos rojos. La hipermononucleosis y la hiperlinfocitosis es propia de ellos y siempre está ausente en la anemia y en la clorosis.

Se ha observado también que el peso específico, la viscosidad y la alcalinidad de la sangre disminuye a medida que progresa la enfermedad.

Los disturbios del aparato linfático han llamado la atención de los clínicos desde remotos tiempos y ha servido esta observación prolongada a través del tiempo y del espacio para edificar una dia-

tesis : la escrofulosis. La cual se puede definir diciendo, que es un estado morboso transitorio de la infancia caracterizado por la gran vulnerabilidad orgánica por los agentes patógenos y por la reacción rápida y especial del sistema linfático.

Nosotros no estableceremos el paralelismo que existe entre las intuiciones geniales de Hipócrates con respecto de la escrófula y las adquisiciones de la clínica moderna y de la medicina experimental sobre el mismo asunto.

Sólo referimos las reacciones del aparato linfático debidas al bacilo de Koch y a sus toxinas y estas son : la micropoliadenitis, la hipertrofia de las amígdalas y las vegetaciones nazofaríngeas, la pseudo leucemia linfática de naturaleza bacilosa, la adenopatía mesaraica y sobre todo la adenopatía mediastínica compañera inseparable de las lesiones bacilosas del pulmón. Esta adenopatía puede disociarse en dos, por su localización topográfica y por los signos clínicos y radioscópicos que la caracterizan, en : adenopatía traqueobrónquica y adenopatía hilar.

DISTURBIOS DEL APARATO GENITO URINARIO

En estos enfermos suele hallarse, la llamada poliuria pretuberculosa, la cual consiste en la diuresis de tres a cinco litros de orina diaria. El aná-

lisis químico de dicha orina arroja una eliminación excesiva de los cloruros, de los fosfatos terreos y de las sales de calcio y del magnesio, debida a la desasimilación y a la desmineralización de los organismos portadores de lesiones tuberculosas.

La diabetes fosfatúrica pretuberculosa suele observarse también en los mismos enfermos, este síndrome, está constituido por la poliuria, la fosfaturia, la polidipsia, el enflaquecimiento general y los dolores reumatoideos.

La albuminuria interminente pretuberculosa suele observarse también, el análisis cuantitativo de la albúmina arroja vestigios de ella, es de duración fugaz y suele encontrarse en las orinas recogidas en la mañana siendo más raramente en las orinas postprandiales.

Cosa extraña, esta albuminuria generalmente desaparece al presentarse los síntomas de infiltración pulmonar y se la ve aparecer a continuación de los cambios que suceden en la actividad del proceso baciloso pulmonar.

La toxicidad urinaria y la acidez de la orina de estos enfermos está disminuída (1). El grado de acidez tiene mayor duración que el de las orinas normales que no suelen pasar de cinco días.

(1) Maragliano y Teissier, no han podido extraer toxinas específicas urinarias.

Los disturbios del aparato genital en el hombre aparte del poco desarrollo de los órganos genitales en algunos enfermos, se observarían las poluciones nocturnas debidas a la actividad exagerada del instinto sexual, especialmente observada en adolescentes.

Los disturbios de la función menstrual en la mujer tienen mucha más importancia que los trastornos genitales en el hombre, en ellas se observa el retraso en la época de las primeras reglas, las interrupciones irregulares de su menstruación, la suspensión más o menos prolongada y la desaparición definitiva en la edad no correspondiente. A estos disturbios cronológicos de la función menstrual le acompañan dolores, tos, expectoración sanguinolenta, dolores en el bajovientre, ligero ascenso térmico y otros fenómenos subjetivos más o menos intensos.

TRASTORNOS GENERALES

Generalmente son de aparición precoz la anemia, el enflaquecimiento y la pérdida de fuerzas, la fiebre y los sudores y es constante hallarlas acompañando a los síntomas funcionales respiratorios y extrapulmonares.

Anemia — La palidez iceroidea tiñe al tegumento externo dándole una tonalidad amarillenta

terrosa, las mucosas conjuntivales, palpebrales, bucal, etc., palidecen. La disnea de esfuerzo, el aliento corto, los vértigos y los vahidos, la anorexia y las digestiones pesadas, las palpitaciones, la taquicardia, los soplos nosohémicos extracardíacos y vasculares y la amenorrea, aparecen mucho antes de los fenómenos funcionales y físicos que se observan en el aparato respiratorio de muchas enfermas. Las cuales pasan por anémicas o cloróticas siendo ellas tuberculosas pretísicas. En estas enfermas, el examen del líquido hemático muestran la disminución del número de glóbulos rojos, la pobreza de hemoglobina en cada glóbulo, la linfocitosis o la hipermonucleosis.

Todo esto da sólida base a la sospecha de Piery «Toda clorosis que no pruebe su naturaleza es tuberculosis» y a la de Gúeneau de Mussy «desconfiad siempre de esta clorosis que aparecen en la infancia y persisten después de la pubertud».

Enflaquecimiento — El enflaquecimiento rápido, la pérdida de peso y la disminución de fuerzas revelan la grave perturbación sufrida en la nutrición de estos enfermos. Son tres signos de aparición precoz y de repetición constante, sabida por todos y que llaman muchas veces la atención del enfermo y los llevan al médico para que los examinen.

No puede darse como causas determinantes de este trastorno, la anorexia, la hipoalimentación para evitar las molestias gástricas, los diversos trastornos intestinales (vómitos y diarreas que son escasos), las hemoptisis, la escasa expectoración del período incipiente, los sudores nocturnos, etc.

El paniculo adiposo de consistencia turgescen- te en los sanos desaparece en los incipientes, puede formarse fáciles pliegues de la piel flácida y decolorada sin tejido adiposo subyacente. Las masas musculares son fojas y no es raro ver los estremecimientos fibrilares.

Fiebre — La función termoreguladora de los bacilosos está en equilibrio inestable. Los excesos de ejercicios, de mesa, de trabajo intelectual, la menstruación, la digestión, las emociones, etc., elevan la curva térmica en décimas de grado sobre la curva térmica de los sanos en iguales condiciones.

Más adelante el desequilibrio se realiza y aparece la fiebre, las curvas febriles no tienen nada de característica, pueden observarse los tipos: remitentes, intermitentes, regulares, los estados subfebriles, y fiebres persistentes.

Se observa con mayor frecuencia el ascenso

término en la tarde o la noche. La altura del ascenso térmico está limitado entre 37°5 a 38°5. Estos ascensos de la curva térmica son acompañados casi siempre de un ligero escalofrío inicial, ligero malestar, cefalalgia más o menos intensa, palidez facial, que luego se muda en rubicundez de las mejillas, sensación de calor en las palmas de mano y sudores más o menos profundos, pulso acelerado y mirada brillante.

DISTURBIOS DEL SISTEMA NERVIOSO

La técnica histológica actual alcanza a revelar los cambios que sucede en el sustráctum en donde se realiza la función nerviosa y psíquica desviada de los bacilosos. Nosotros citaremos los disturbios nerviosos tan frecuentes en el período de incipencia, debidos exclusivamente a la impregnación de las células y de los filetes nerviosos por las toxinas bacilares, estos son : algias, artralgias, neuralgias, cefalalgias, neuralgias intercostales, neuralgias infra y supra orbitarias, las neuralgias infraoccipitales, el dolor retroesternal, el dolor infraclavicular y el dolor supraescapular, la neuritis ciática tenaz y rebelde a todo tratamiento y sobre todo cuando es bilateral tiene gran valor, como signo de tuberculosis incipiente.

El sueño intranquilo por los ensueños y el in-

somnio es casi frecuente en estos enfermos. Es muy frecuente el insomnio en las mujeres y en los enfermos de clase acomodada más que en los pobres.

El insomnio puede ser motivado por el ascenso térmico nocturno, por los golpes de tos, por los dolores torácicos, etc.

Siempre deberá combatirse esta molestia penosa, porque deprime psíquica y físicamente a los enfermos.

LOS DISTURBIOS PSIQUICOS (1)

Los disturbios psíquicos de los incipientes han sido estudiados por muchísimos literatos y últimamente por los médicos. Se dice que la meningitis tuberculosa tiene cierta preferencia hacia los niños de inteligencia despierta, de memoria privilegiada y de curiosidad impropia para asuntos de su edad y son los propios padres que tienen fijadas las miradas en ese hijo, los que reconocen precozmente el cambio nimio del carácter, la tendencia a la quietud y el sueño que se prolonga, los cuales al pasar de los días, aumentan y el niño cae enfermo de meningitis o bien se hace tuberculoso pulmonar, previsto desde largo tiempo dolorosamente por sus padres.

(1) Mas detalles puede encontrar el lector en la conferencia del Dr. Juan E. Iranzo «Psicología del tuberculoso.»—2.º Congreso Español Internacional de la Tuberculosis. San Sebastian 1912.

¿Tienen disturbios psíquicos los adultos incipientes? Sí. Estos son diversos como la diversidad espiritual que constituye la caravana hética que pasa.

Hay una declinación de la actividad psíquica acompañada de reacciones hiperesténicas, que no tienen nada de extraño al recordar aquella frase preñada de verdad «la violencia es la reacción del débil» (Broca).

Todos los incipientes demuestran una emotividad particular, si son de temperamento artista, la belleza esclaviza tiránicamente su espiritualidad, si son de temperamento frío, la ideación se afina y la actividad en la ciencia, en la industria o en el comercio se exagera. A pesar de esta dudosa fecundidad, se oculta un franco debilitamiento, la fatiga psíquica se instala y se traduce por una inestabilidad en los afectos y en las ideas y no es raro observar la aparición de verdaderas neurosis exaltativas o depresivas que alternan sin periodicidad. El pesimismo y el optimismo, la melancolía y el alegre bienestar, la tristeza y la alegría franca, la indiferencia y la curiosidad insaciable etc., acompañan a los días de enfermedad. Más tarde en pleno período de intoxicación es cuando se desarrolla el egoísmo tiránico y la tristemente conocida euforia de los bacilosos.

Disturbios del instinto sexual — La hiperexcitabilidad sexual en el período incipiente de la bacilosis pulmonar es casi constante. La observación milenaria del pueblo ha originado el prejuicio del onanismo y de la tisis.

La satisfacción del impulso sexual hiperestesiado en estos enfermos ofrecen la gama infinita desde las manifestaciones diversas del autoerotismo a las relaciones sexuales normales.

La facie simpática de los bacilosos incipientes puede ser considerada como un carácter sexual secundario que provoca y asegura las relaciones sexuales o el matrimonio.

Los peligros que amenazan la estabilidad del hogar que tiene un cónyuge baciloso, han sido detenidamente examinados por Bernheim en su libro «La Tuberculose» en el capítulo intitulado «Le mariage et la Tuberculose».

El examen psíquico sexual de los incipientes siguiendo en parte los métodos y las ideas de Breuer y de Freud, darán muchas luces sobre la actividad psíquica de estos enfermos y no será extraño encontrar datos muy interesantes para el médico práctico.

El deseo tierno al sexo opuesto más cerebral que sexual es propio de los bacilosos del segundo y tercer período de enfermedad. Los incipientes

tienen exacerbaciones eróticas que unidas a la hiperexcitabilidad psíquica, dan al *flirt* un aspecto completamente extraño de inocencia.

DIAGNOSTICO ESPECIFICO

Solamente los portadores de lesiones tuberculosas reaccionan a la tuberculina, la reacción positiva a la tuberculina denuncia en todos los casos; tuberculosis. Para el diagnóstico de tuberculosis se usan en clínica sólo dos reacciones comunmente y son la cutirreacción de von Pirquet y la inyección subcutánea.

Cutirreacción de von Pirquet.—Se limpia el brazo con alcohol y se hacen dos cruces por medio de una lanceta de vacunar o con bisturí. Sobre la cruz inferior se pone dos gotas de tuberculina bruta y diluída al 25 % cuando se hace en los niños. A las 24 o 48 horas cuando la reacción es positiva, se muestra congestionada o inflamada la escarificación y se llega a formar una pápula de vacunación.

En la cruz superior que no se le ha puesto tuberculina se forma una costra lineal sobre la escarificación cruciforme. Solamente reaccionan los tuberculosos y estos pueden ser tuberculosos declarados o insospechados, tuberculosos pulmonares o extrapulmonares.

Inyección subcutánea.—Es el medio más preciso de diagnóstico.

Se harán las diluciones de la linfa primitiva de Koch asépticamente en suero fisiológico al 1/10, 1/100, 1/1000, 1/10.000. Las diluciones deberán ser transparentes. La cantidad de tuberculina que tiene un centímetro cúbico y un décimo de centímetro cúbico de estas diluciones es la siguiente :

Disolución al $\frac{1}{10}$		
Un centímetro cúbico	0.1	de tuberculina
Un décimo de centim. cúbico.	0.01	„ „
Disolución al $\frac{1}{100}$		
1 cc ³ de la disolución tiene . . .	0.01	de tuberculina
0.1 „ „ „ „ „ . . .	0.001	„ „
Disolución al $\frac{1}{1000}$		
1 cc ³ de la disolución tiene . . .	0.001	de tuberculina
0.1 „ „ „ „ „ . . .	0.0001	„ „
Disolución al $\frac{1}{10000}$		
1 cc ³ de disolución tiene	0.0001	de tuberculina
0.1 cc ³ „ „ „	0.00001	„ „

Dosis.—Se inyectará en los adultos en la primera inyección 0.0001 de tuberculina o sea centímetro cúbico de la solución 1/10.000 o un décimo de centímetro cúbico de la solución al 1/1000.

Si la reacción dió resultado negativo se hará una segunda inyección, pero esta será de 0.001 de tuberculina o sea un centímetro cúbico de la solución al 1/1000. Si fuese necesario una tercera o una cuarta inyección se le inyectaría 0.005 y 0.01 de tu-

berculina. En este caso se le inyectan un centímetro cúbico de la disolución al 1/10.

Técnica.—Se dará en las horas de la mañana—sobre la cara externa del muslo como sitio de elección, se practicará la inyección con las precauciones antisépticas y por vía hipodérmica.

Reacciones. — La reacción positiva se denuncia por la reacción general y por la reacción focal.

a) Reacción general está acompañada de ascenso febril.—Suceden vértigos, náuseas, vómitos, insomnio, anorexia, sed, palpitaciones, taquicardia; originando una franca sensación de malestar que desaparece conjuntamente con el ascenso febril.

La reacción febril es lo que se tiene más en cuenta, con un ascenso térmico por encima de 0.5 de grado de la temperatura anterior a la inyección, se considera positiva la reacción.

b) Reacción focal.—Se observa la reacción focal cuando se examina atentamente a los enfermos antes de la inyección y durante el efecto de ésta.

La reacción focal de la tuberculosis del vértice se denuncia por aumento de la matitez, exageración de las vibraciones vocales,

mayor intensidad de los fenómenos auscultatorios y mayor exageración de la disnea, de la tos y de la expectoración.

- c) Reacción local.—En el punto de la inyección se congestiona la piel y el tejido subcutáneo muestra un edema pasajero.

Indicaciones :

1°. Cuando el diagnóstico precoz de tuberculosis es dudoso.

2°. Para salvar las dificultades de un diagnóstico diferencial.

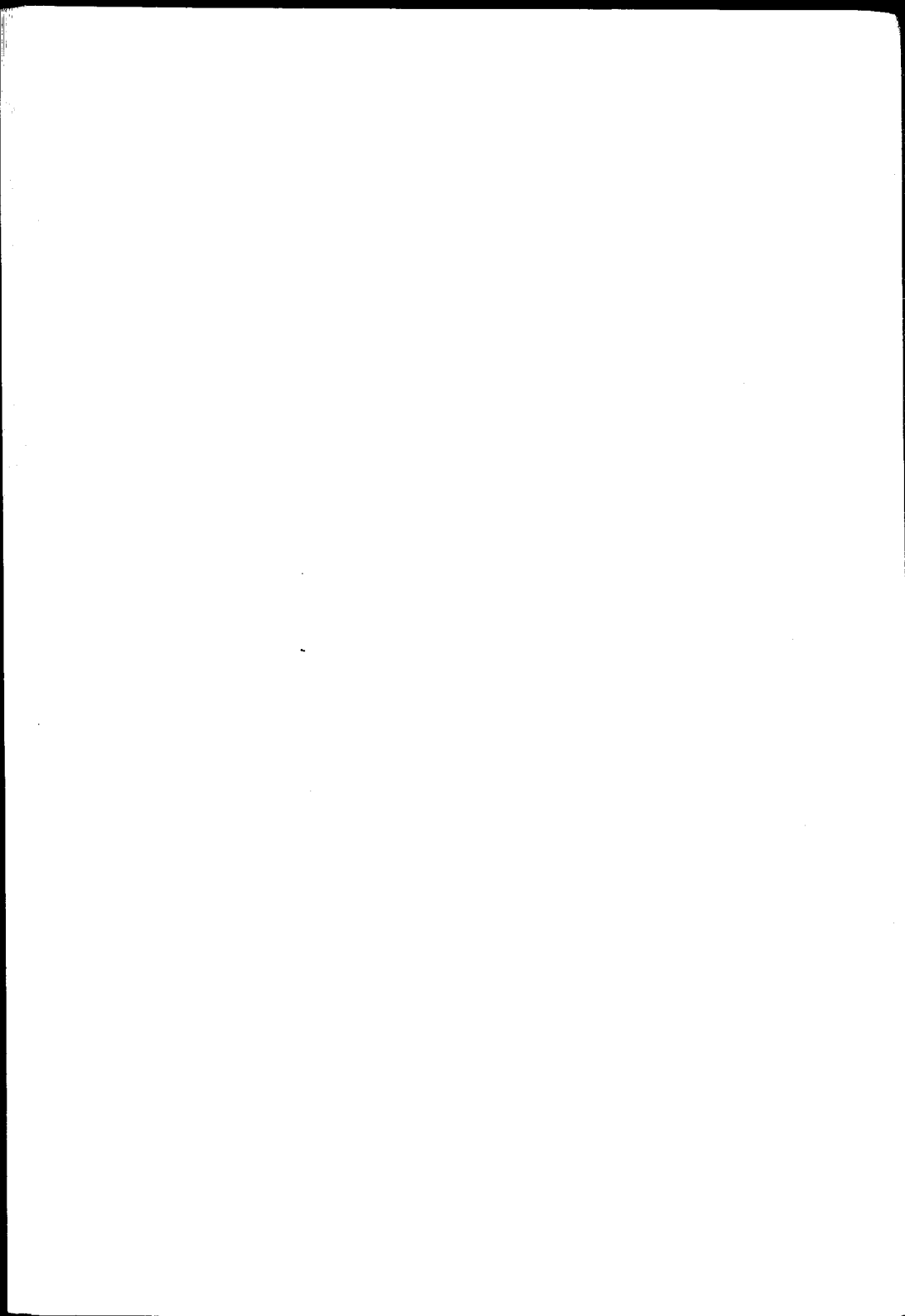
Contraindicaciones :

1°. En todos los incipientes cuya temperatura es mayor de 37.3 en la boca.

2°. En los homópticos, hemofílicos y con tendencia a las hemorragias.

3°. En los cardíacos, renales, arterio esclerosos, hepáticos y neuropatas.

4°. En los convalecientes de graves enfermedades.



LOS TRASTORNOS GASTRO - ENTERICOS DE LOS INCIPIENTES

Desde largo tiempo la clínica viene observando y clasificando de diferentes modos gran número de los trastornos del aparato digestivo de estos enfermos, los cuales pueden denunciar la infección bacilosa cuando están asociados a otros síntomas y estigmas de esa enfermedad.

En todos los incipientes existen los trastornos gastrointestinales aislados como ser: la anorexia, la tos emetizante, los disturbios gástricos, la diarrea y la constipación.

No deja de observarse otras veces, síndromes gastro intestinales completos, que aparentan un trastorno local del estómago o del intestino y son tratados durante más o menos largo tiempo como dispépticos, atónicos, neurasténicos, colíticos, etc. En estos y en el tratamiento que se les da, dos grandes hechos llaman la atención del clínico y son: el empeoramiento progresivo de los enfermos y la rebeldía del síndrome al tratamiento apropiado que se le hace. Estos síndromes gastroentéricos son de

origen reflejo de las lesiones tuberculosas localizadas en el pulmón, como veremos más adelante.

El estudio metódico y sistemático de la clínica moderna y la medicina experimental dentro de sus límites, nos demostrará las relaciones estrechas que existen entre el padecimiento baciloso pulmonar y la función gastro intestinal desviada. Esto será una adquisición futura, fácil de realizar en los países donde la lucha contra la tuberculosis se hace intensamente, numerosos sanatorios atenderán la caravana héctica interminable y su revisión metódica y sistemática nos dará, la frecuencia de portadores de los trastornos gastroentéricos, las diversas formas clínicas que revisten y grandes enseñanzas revelará el examen funcional.

Nosotros describiremos ahora los cuatro trastornos comunes y frecuentes del tubo gastro intestinal de los incipientes y estos son : la anorexia, la tos emetizante, los trastornos gástricos y los trastornos entéricos. En un segundo párrafo describiremos los tres síndromes gastro intestinales que hemos visto en varios enfermos a saber : la dispepsia gástrica a forma asténica y a forma hiperesténica y la dispepsia cólica. Por último nos ocuparemos de la *enfermedad constitucional asténica* de Stiller, porque los enfermos que realizan este síndrome patológico específico, pueden confun-

dirse fácilmente con los incipientes, como también los incipientes pueden pasar por asténicos constitucionales en un examen poco prolijo; debido al grado de gran similitud de ambas formas clínicas y no siendo tampoco difícil observar la asociación del síndrome constitucional asténico con la tuberculosis pulmonar crónica en el período de incipiente especialmente.

Anorexia. — La sensación fisiológica del hambre, es el apetito. En los sanos aparece durante las horas destinadas a la comida y puede despertarse cuando se les hace desfilar las agradables imágenes o sensaciones visuales, auditivas, olfativas y gustativas de los platos de mesa. La excitación puede llegar a tan alto grado de ser capaz de provocar la secreción de saliva (Arco cortical de Paulow).

En todas las enfermedades infecciosas el apetito se encuentra disminuído o extinguido. Nada tiene de extraño que en una infección crónica como es la bacilosis la anorexia sea un signo precoz y permanente. En estos enfermos las horas de comer pasan inadvertidas, los buenos platos no les llama la atención. Otros tienen un estado penoso de repugnancia durante las comidas. Más raro es observar la exaltación aparente del apetito, se ve a éstos llevar entusiasmados los primeros bocados

y una vez deglutidos se encuentran satisfechos y si llevaran nuevos bocados aparecerían molestias gástricas subjetivas. La anorexia entra en resonancia con las oscilaciones del estado general. Cuando el proceso baciloso progresa o sucede una hemoptisis o adquiere una infección banal y pasajera, la pérdida del apetito se exagera y lo contrario sucede cuando el peso y las fuerzas se restablecen, la tos y la expectoración disminuye, etc., etc.

La anorexia puede suceder en los enfermos que no presentan ningún otro trastorno gastroentérico y en los otros enfermos no hay una relación entre la intensidad y la calidad de la anorexia y sus otros trastornos gastrointestinales.

Tos y estómago — Los incipientes tienen la tos y el estómago en íntima relación fisiológica, por el nervio vago que enerva al estómago y entra en gran porción en el reflejo tusígeno y patológicamente por la relación que existe entre la tos y el estado de vacuidad o de repleción del estómago.

Muchos son los incipientes que solamente tosen cuando el estómago está vacío, es una tos seca breve y entrecortada, de aparición nocturna o en la mañana al despertarse y durante los demás instantes del día no tosen.

En otros la tos aparece cuando el alimento lle-

ga al estómago y a las quintas repetidas de tos le acompañan la expulsión parcial o total de la comida digerida. Fué Mortón quien hizo observar esto por primera vez. En otros aparece la tos un cuarto o media hora después de comer, es decir, en el intervalo que se realiza la digestión, el vómito está precedido en estos casos de la sensación de distensión epigástrica, sofocación ligera, estado nauseoso y en esto aparece una quinta de tos seca y violenta y provoca uno o varios vómitos.

Este accidente es de mal pronóstico pues impide la hiperalimentación tan necesaria en estos enfermos y en tanto se exagera la denutrición. Algunos clínicos se atreven a considerar este signo como propio de los tuberculosos. Nosotros describiremos un caso que confirma la regla por ser excepción.

A. S. L.—Viene de la Provincia de Salta con el certificado médico de tuberculosis pulmonar, fué revisado por un médico del M. O. P. y confirma el diagnóstico.

Hace tres meses tiene bronquitis, tos frecuente con abundante expectoración purulenta. Afonía acentuada desde hace dos años por lesiones sifilíticas mal tratadas. Disnea inspiratoria con intenso cornage y acentuado tiraje, ha sufrido repetidos ataques de paludismo y sigue el tratamiento con

quinina, arsénico e hierro. Sudores nocturnos, tos emetizante, gran demacración, pérdida de fuerzas, cambio acentuado del carácter.

Este enfermo fué examinado metódicamente por el doctor Hardoy, se le hicieron las investigaciones radioscópias, microscópicas y bacteriológicas necesarias para confirmar un diagnóstico y rechazar el que traía por la ausencia total de lesión bacilosa en este enfermo.

Este enfermo tenía una estenosis laríngea producida por la cicatrización de lesiones sifilíticas secundarias. Fué mejorado considerablemente por el doctor Massa mediante el uso de sondas laríngeas dilatadoras. La tos emetizante desapareció a las dos semanas con el uso de dos gotas de láudano, un cuarto de hora antes de cada comida. El paludismo crónico fué tratado con quinina, arsénico e hierro.

Los trastornos gástricos — Cabe el gran mérito a Burdon de ser el primero en llamar la atención y en estudiar clínicamente los trastornos gástricos premonitores de la tuberculosis pulmonar. En muchos incipientes son confundidos los trastornos gástricos por la expresión de una dispepsia idiopática. Estos pseudos dispépticos pasan a la categoría de incipientes, cuando se descubren los

signos pulmonares y la dispepsia que sufrían era de origen reflejo de las lesiones bacilosas.

En los sanos la digestión gástrica se realiza sin molestias pero en casi todos los incipientes existe gran cantidad y diversidad de molestias y trastornos gástricos. Estas molestias se acentúan y los llevan a reducir la alimentación para evitar las molestias y a otros los inducen a la revisión médica, la cual si llega a ser superficial los diagnostica como dispépticos.

Algunos incipientes son de apetito escaso o conservado, después de comer suelen sentir el estómago pesado o dilatado, aflojan sus vestidos para librarse de la tensión gaseosa gastrointestinal que perciben. Tienen la boca con abundante saliva, sienten la lengua pastosa, perciben sensaciones gustativas desagradables, tienen crisis de eructos que alivian la distensión abdominal. En el andar del tiempo estos trastornos se acentúan y se les suman nuevos disturbios gástricos. La sensación de tensión llega a ser dolorosa, la flatulencia intestinal acompaña a las crisis de eructos, tienen borborigmos y ruidos de gorgoteo en la masa intestinal. Sienten ascender del estómago a la garganta, una sensación ágría o urente seguida de la expulsión de gases o de escasa cantidad de líquido.

A estos síntomas dispépticos se le unen otros

de naturaleza nerviosa como ser : la congestión facial, la pesadez de cabeza, la sensación de aburrimiento, cefaleas, vahidos, bostezos y la somnolencia.

En el examen físico de estos enfermos podemos hallar la caries dentarias comunes en todos los tuberculosos, la lengua de borde rojo y húmeda, con ligero depósito saburral en la porción media dorsal.

La región epigástrica durante las molestias se vuelve tensa, hiperestesiada o dolorosa a la palpación, en la misma región suele verse en las mujeres de paredes abdominales flácidas, los latidos epigástricos ritmados con la pulsación cardíaca. El ruido de clapoteo suele encontrarse en los casos avanzados y cuando está debajo de la línea umbilical, alejado de cinco a siete horas de las comidas y permanente en los repetidos exámenes nos denuncia la dilatación gástrica atónica.

En otros incipientes las molestias gástricas tienen otra tonalidad. En los de buen o exagerado apetito y que comen abundantemente, la digestión está acompañada de la sensación de ardor, de quemadura o de dolor. Este síntoma sensitivo puede cambiar de aspecto y presentarse como un calambre o un cólico gástrico. En la descripción personal de esta molestia entra en gran parte el factor psíquico siempre variable.

En los casos leves esta sensación dolorosa desaparece espontáneamente, en los otros se calma con la ingestión de bebidas, alcalinos o con el vómito. Este alivio es inmediato después de vomitar. En estos casos intensos el acceso gastrálgico está realizado completamente con la palidez facial, el enfriamiento de las extremidades, el pulso hipotenso y débil, la tendencia al síncope, las eructaciones ácidas, las pirosis, escasas náuseas y el vómito precedido o no de un acceso de tos.

El examen físico nos muestra la lengua roja y húmeda, el epigastrio retraído durante los accesos, la hiperestesia y la hiperalgesia de la región.

Hemos descrito con abundantes detalles estas dos formas distintas de los trastornos gástricos en los incipientes, sin pretender encuadrar en estas dos formas a todas las manifestaciones. La clínica muestra gran diversidad en la agrupación de estas molestias subjetivas. Los signos físicos que se pueden hallar ya sea por el examen clínico o en el examen funcional del órgano son de aparición tardía y no se deberá nunca esperar su hallazgo para dirigir el tratamiento.

Más aún, algunos incipientes nos muestran distintos períodos en su padecimiento gástrico, asumiendo estas dos formas opuestas. Esto nos daría margen al diagnóstico de la dispepsia nerviosa, tal confusión es lógica por dos motivos, primero, por

las oscilaciones de los disturbios gástricos, segundo, por los fenómenos nerviosos diversos que se asocian a los disturbios gástricos y otros debidos a la tuberculosis pulmonar que son portadores.

Por último, para descubrir el origen de los disturbios gástricos en los jóvenes y adolescentes se deberá sistemáticamente dirigir la investigación de lesiones tuberculosas pulmonares y de los fenómenos generales de la infección tuberculosa crónica.

Trastornos entéricos — La diarrea premonitora de los bacilosos fué descrita por Luys, es de hallazgo poco frecuente y está determinada por el peristaltismo intestinal exagerado, reflejo de lesiones tuberculosas pulmonares. Es de pronóstico aparentemente malo porque denut্রে e impide la asimilación del enfermo, pero no es extraño verlo retroceder mediante la terapéutica específica.

Constipación — La función evacuadora intestinal en los incipientes está en la inmensa mayoría retardada. Ellos se quejan que mueven el vientre con días de intervalos, la expulsión de las masas fecales son acompañadas de esfuerzos, tienen sensación de dolor o de ardor en el recto y en el ano. La cantidad está generalmente disminuida y esto se pone de acuerdo con la escasa alimentación que

hacen por la falta de apetito. Se quejan también pero no con tanta frecuencia que después de las comidas tienen que desabrochar los vestidos por la hipertensión gaseosa que se realiza después de las comidas acompañada esta de crisis de eructos, borborigmos y dolores vagos especialmente localizados en el trayecto del intestino grueso.

Examinados más detenidamente pueden encontrarse los signos que revelan la existencia de una dispepsia cólica, dada por la triada sintomática : constipación pertinaz entrecortada por crisis diarreicas y dolorosas y la expulsión de mucosidades y muco-membranas.

El examen físico del vientre nos puede mostrar en muchísimos casos, las características del hábito asténico constitucional : paredes abdominales flácidas, depresión de la región epigástrica, región hipogástrica caída, décima costilla flotante, distancia umbilico-xifoidea menor que la umbilico suprapubiana, esplanoptosis más o menos generalizada. La palpación también puede mostrarnos la ese ilíaca retraída, resbalando bajo los dedos como una cuerda, las demás porciones del colón pueden mostrárenos con zonas ocupadas por contenido consistente y en otras puede percibirse el ruido de gorgoteo por la existencia de líquidos y gases.

En estos casos, no es raro ver la asociación de estos trastornos cólicos con diversos trastornos gás-

tricos. La atonía cólica y la hipercloridria es la asociación más frecuente y sería una reacción del tubo gastro intestinal evidente de las lesiones pulmonares tuberculosas.

SINDROMES GASTROINTESTINALES DE LOS INCIPIENTES

Los síndromes clínicos gastrointestinales de origen *central* y *periféricos* los dejamos de lado y nos ocuparemos de los de origen *reflejo*, debido a los padecimientos tróficos, infecciosos, inflamatorios de otras vísceras abdominales.

No se le ha dado toda la importancia que realmente revisten a los síndromes gastroentéricos reflejos de las lesiones pulmonares de los incipientes.

El diagnóstico del síndrome gastroentérico es relativamente fácil y la determinación de su origen reflejo se realizan en los portadores de los síntomas y signos de la tuberculosis incipiente. La confirmación del diagnóstico se hace por la mejoría o curación del síndrome mediante la terapia bacilosa específica.

La digestión se cumple en el trayecto gastrointestinal y los trastornos que suceden en su mecanismo pueden ser en la etapa gástrica, en la intestinal o en la cólica, de aquí el origen de las tres dispepsias; gástrica, intestinal y cólica.

Las mejores conocidas y desde largo tiempo estudiadas son, la dispepsia gástrica y la dispepsia cólica pudiendo revestir diversas formas clínicas. La dispepsia intestinal de los adultos aun no está bien determinada clínicamente.

Anteriormente hemos pretendido describir algunas formas que asumen los trastornos gástricos de los incipientes y hemos expuesto las dificultades que se hallan en la práctica al clasificarlos.

Las lecturas que nos obliga esta tesis, nos muestran los esfuerzos realizados en pos de igual empeño y la lectura comparada de las clasificaciones adjuntas nos mostrará la diversidad total de sus conclusiones, lo cual está en perfecto acuerdo con lo que nos muestra a diario la clínica.

Marfan.....	{	Dispepsia común de los tísicos	
		Síndrome gástrico inicial	
		Gastritis terminal	
Albert Robin.	{	Dispepsia inicial	
		Dispepsia en el curso de la enfermedad	
		Gastritis final crónica	
Du Pasquier...	{	Dispepsia pre tuberculosa	
		Dispepsia del segundo periodo	
Soldan Fenwick.	{	Dispepsia a tipo atónico	} Con trastornos nerviosos que llegan a la neurastenia.
		Dispep. a tipo irritable	
		Dispepsia análoga al síndrome inicial de Marfan	
		Gastritis terminal	

La tendencia nosográfica puede llevarnos a pretender atar la realidad clínica con las mallas de

las clasificaciones, pero el sentido común nos enseña que es mucho más lo que se nos escapa que lo que llevamos pescado en las redes.

Los síndromes dispépticos gástricos responden en la generalidad de los casos a dos tipos clínicos opuestos, el uno, ligado a un estado de hiperestesia gástrica y el otro a un estado de astenia gástrica.

La dispepsia gástrica hiperesténica origina un cuadro clínico especial, motivado por el trastorno de la función evacuadora del estómago, por la hipersecreción glandular y por la hiperestesia de la mucosa, en cambio, la dispepsia asténica tiene su cuadro clínico motivado por el trastorno de la motilidad en déficit, por la insuficiente función secretora y sensitiva de la mucosa gástrica. Cada una de estas dispepsias gástricas se subdividen en formas clínicas que sólo las expondremos en la clasificación.

Dispepsia Hiperesténica	{	Hiperclorhidria simple
		Hipersecreción digestiva
		Hipersecreción permanente
Dispepsia Asténica	{	Casos ligeros
		Casos medianos { D. A. f. flatulenta
		{ D. A. f. dolorosa
		Forma grave con dila- { tipo artrítico
		tación gástrica atóni- { tipo neurasténico
		ca en.....

DISPEPSIA GÁSTRICA HIPERESTENICA

La forma de hiperclorhídrica simple se observa descrita casi en todos los tratadistas como la más frecuente en el período de incipiente de la tuberculosis pulmonar. Fué descrita en el año 1887 por Marfan con el nombre de Síndrome gástrico inicial hiperpéptico. Bourdon la describe bajo el nombre de dispepsia pre tuberculosa y de igual modo la denomina Peter.

El síndrome de hiperclorhídrica se realiza en clínica por un acceso gastrálgico después de dos a tres horas de comer, el cual se calma con la ingestión de líquidos que diluyen al contenido gástrico hiper-ácido o con los alcalinos que neutralizan el exceso de ácido clorhídrico.

La intensidad y la modalidad del dolor es variable con los enfermos, algunos se quejan de vagas y extrañas molestias dolorosas gástricas que han motivado los nombres : de estómago vacío doloroso, «faim nauséouse», «faim defaillante», «faim douloureuse»; todas estas molestias son variantes mórbidas de la sensación de hambre, condicionadas todas ellas al exceso de ácido clorhídrico.

El acceso gastrálgico se anuncia siempre por crisis repetidas de eructos, salivación abundante, regurgitación de líquidos ácidos que muerden a los dientes, pirosis. Una sensación dolorosa al nivel

del epigástrico se la siente crecer de intensidad y revestir el carácter del dolor lancinante, terebrante, constrictivo o angustioso. Otros enfermos se quejan de una sensación de quemaduras o de intenso ardor al nivel del estómago.

El vómito rara vez aparece y al evacuarse el contenido gástrico hiperácido inmediatamente el dolor desaparece. En el mayor número de los casos en que las crisis gástricas han sido notadas, los disturbios gástricos han precedido a la aparición de los fenómenos pulmonares. Esto decía Marfan hace 30 años, y las dos historias que siguen, muestran la veracidad de la observación bien realizada por ese maestro.

E. A. C., 24 años, argentino. — Diag. Bacilosis incipiente.

A. H. Sin importancia.

A. P. En la niñez coqueluche, sarampión, varicela.

Buen bebedor, fumador y sifilítico desde los 14 años.

Viene por tener un resfrío desde hace 4 meses con expectoración muco purulenta escasa. Tose durante la noche y tiene sudores abundantes. El sueño es intranquilo y con pesadillas.

Después de las comidas sufre ardor o sensación de quemaduras en el epigastrio, tiene regurgitaciones líquidas ácidas. Estas molestias no son permanentes. En los intervalos de función gástrico normal no aparecen los trastornos apesar de los desarreglos de comida que haga.

Constipado, mueve el vientre cada 4 a 6 días.

E. A., Hábito físico, delgado, pálido.

Ambos pulmones muestran signos de infiltración del vértice y se comprueba con la radioscopia.

Expectoración sin bacilo de Koch. — Cutirreacción positiva.

El enfermo aumenta de peso en el primer mes de tratamiento (3 kilos). La tos disminuye y desapareció al mes y medio. A los dos meses, la función evacuadora intestinal está normalmente restablecida. Los trastornos gástricos desaparecieron a las tres primeras inyecciones y reaparecieron muy atenuados al segundo mes de tratamiento.

Persistieron durante 25 días y no han vuelto a reaparecer.

E. C. 26 años, argentino. — Diag. Bacilosis incipiente.

A. H. Padres muertos de tuberculosis.

A. P. Durante el internado en un colegio, las menstruaciones se detienen durante 5 años y empieza a sufrir molestias gástricas.

A la salida, las menstruaciones reaparecen y se suceden irregularmente. Tiene períodos de amenorrea 2 a 3 meses.

En cambio las molestias gástricas persisten. En estos tres últimos meses se vuelven insoportables.

Después de comer tiene una sensación de ardor, quemaduras o dolor al nivel del epigástrico; una sola vez vomitó, y observó que el dolor se calmó instantáneamente.

Usa para calmar el dolor bicarbonato de sodio.

Es constipada, mueve el vientre con laxantes y enemas.

Se siente decaída, sin ánimo y sin fuerzas, aliento corto, fácil fatiga, sudores en las manos al atardecer, tiene tos.

E. A. Hábito físico, delgada pálida.

Pulmón izquierdo: infiltración del vértice (vibraciones vocales aumentadas, submatitez, dolor a la percusión, disminución del murmullo vesicular, broncofonía, pectoriloquia afona).

Radioescopia: adenopatía mediastínica notable.

Vértice izquierdo: intensamente sombreado y el vértice derecho se aclara con la tos y con la inspiración intensa.

Expectoración sin bacilos de Koch.—Cutirreacción positiva.

La tuberculina mejora la evacuación intestinal, no usa enemas a partir de la segunda caja de inyecciones. Los trastornos gástricos mejoran lentamente y desaparecen con la ayuda de alcalinos y de belladona.

Actualmente no los usa y sigue tratamiento tuberculínico. No han reaparecido los disturbios gástricos.

DISPEPSIA GÁSTRICA ASTÉNICA

Siempre llaman vivamente la atención los trastornos dispépticos en los jóvenes, pues la dispepsia es patrimonio del estómago adulto.

Nada es más común oír de los labios de los incipientes o de los próximos que los acompañan esta descripción de los disturbios dispépticos.

Desde mucho tiempo vienen observando que comen poco, que tienen escaso apetito o que las comidas los disgustan.

Inquiriendo cual es la causa del poco comer, ellos nos responden, que las comidas le pesan en el estómago o que éste se dilata o que tienen repetidos eructos. Cuando ellos se esfuerzan en comer más, la sensación de peso, de plenitud o de presión epigástrica se vuelve intensa, los eructos frecuentes y repetidos no los calma y les sucede un estado nauseoso muy penoso, acompañado a veces de regurgitaciones ágrías.

No es raro ver acompañados a estos trastornos gástricos de fenómenos nerviosos lejanos, como ser: congestión facial, sensación de pesadez de cabeza, cefaleas, decaimiento general, somnolencia, hostezos, etc.

Esta bien llevada anamnesis, nos lleva a sospechar en una Dispepsia Asténica.

El examen físico del enfermo nos dará los elementos para fundar el diagnóstico. En tales casos el enfermo es de torax aplanado y alargado, como sucede en la mayoría de los presuntos o reales incipientes. El ombligo alejado de la apofixis xifoides, la décima costilla flotante y la flacidez de las paredes abdominales nos revela el hábito asténico de que es poseedor.

En los casos avanzados de trastornos dispépsicos, podemos constatar el ruido de clapoteo y según la distancia que guarda con el ombligo y con

las comidas, avaluamos aproximadamente la tonicidad de las capas musculares del estómago.

El examen de los pulmones nos dará en la mayor parte de las veces, el origen de la dispepsia gástrica que desde tiempo atrás venían padeciendo.

Al mismo tiempo estos trastornos dispépticos se elevan a la categoría de síntomas y signos premonitores de la tuberculosis pulmonar.

E. P. 19 años, argentino. — Diag: Bacilosis incipiente.

A. H. Sin importancia.

A. P. Pasó la infancia con salud, se queja actualmente de escaso apetito y de repugnancia a las comidas.

Pasó épocas sin trastornos gastro-entéricos pero dice que hace tres meses siente el estómago pesado, distendido, tiene cructos, flatulencia intestinal y estado nauseoso después de las comidas.

Mueve diariamente el vientre con ayuda de laxantes.

Ha perdido 4 kilos de peso en dos meses, tiene escasa tos seca, disnea de esfuerzo.

Cefaleas intensas y sueño intranquilo por pesadillas.

E. A. Hábito tísico.

Pulmón derecho: infiltración del vértice (exageración de las vibraciones vocales, submatitez, disminución del murmullo vesicular, broncofonía y pectoriloquia afona.)

Expectoración sin bacilos de Koch. — Cutirreacción positiva.

Radioescopia: Adenopatía mediastínica, vértice derecho

opaco con poca aclaración con la tos y con la inspiración profunda.

La tuberculina y el tratamiento dietético higiénico han regularizado la función intestinal. Los trastornos gástricos empezaron a mejorar al final de la primera caja y desaparecieron en la mitad del uso de la cuarta caja.

Mejora su estado general, la tos desapareció totalmente.

L. O. 27 años argentino. — Diag. Bacilosis incipiente.

A. II. Sin importancia.

A. P. Tos convulsa de larga duración en la niñez. Actualmente se queja de escaso apetito, de las molestias gástricas que siente después de comer. Unos días la comida le pesa en el estómago, otras veces le repugna, quiere lanzar y no vomita y a veces siente dolores vages al nivel del estómago.

La evacuación intestinal está retardada. Se queja de flatulencia intestinal después de las comidas. Gran facilidad para resfriarse, tiene una bronquitis desde hace dos meses con escasa expectoración mucopurulenta. Adelgazamiento pronunciado en estos últimos tiempos, sudores nocturnos, decaimiento general.

E. A. Buena constitución morfológica y buen estado de nutrición.

El pulmón derecho muestra por detrás inspiración ruda y expiración prolongada.

Expectoración sin bacilo de Koch. — Cutirreacción positiva.

Radioescopia: adenopatía traqueo-brónquica, vértice derecho débilmente obscurecido que se aclara con la tos y con las inspiraciones profundas.

El apetito se exagera al poco tiempo y la evacuación in-

testinal se normaliza con la octava inyección, las molestias gástricas mejoran lentamente y desaparecen totalmente al llegar a la caja número 4.

DISPEPSIA COLICA

Al igual de las dispepsias gástricas, la dispepsia cólica se divide en D. C. de origen central, D. C. de origen periférico y D. C. de origen reflejo.

Estas últimas son provocadas por afecciones orgánicas de las vísceras abdominales, hígado, riñón, intestino, estómago, apéndice. De vísceras pelvianas afectadas: metritis crónica, salpingitis, salpingovaritis y de las vísceras torácicas enfermas, especialmente la tuberculosis pulmonar.

Este síndrome clínico caracterizado por disturbios funcionales del intestino grueso es debido: al espasmo cólico, a la hipersecreción mucosa y a la hiperestesia de la mucosa. Este síndrome es análogo a la dispepsia gástrica hiperesténica; la cual está realizada por el espasmo hilárico la hipersecreción gástrica y por la hiperestesia de la mucosa.

Los enterocolíticos o dispépticos cólicos son constipados crónicos y rebeldes al tratamiento. La constipación está entrecortada por crisis diarréicas, dolores abdominales difusos, con exacer-

baciones momentáneas en el trayecto del colón, deposiciones líquidas donde ruedan los escíbalos.

La constipación es debida al espasmo del intestino grueso. Las deposiciones durante la constipación son de escasa cantidad, acintadas, con gleras más o menos abundantes. La defecación se realiza con los esfuerzos de la prensa abdominal y se acompaña de la sensación de quemadura, ardor o dolor en el recto y en el ano. Las crisis diarreicas y dolorosas a veces se pueden recriminar a las trasgresiones del régimen, excesos de bebida o de mesa, cansancio físico o intelectual y otras veces suceden espontáneamente.

En estos momentos las deposiciones se hacen repetidas, abundantes y líquidas, al examinarlas se ve abundante líquido mucoso de olor fétido donde ruedan los escíbalos entre las gleras y las pseudomembranas mucosas de color grisáceo aisladas o apelonadas. Algunas veces puede observarse estas pseudomembranas en los períodos de constipación.

Las crisis dolorosas pueden suceder sin diarreas, los dolores difusos abdominales por momento se localizan y adquieren toda su intensidad o cambian de sitio siguiendo el trayecto del intestino grueso.

Cuando las crisis diarreicas y dolorosas son

intensas sumergen al enfermo en un estado penoso que muestran las profundas huellas de sus padecimientos: la cara es pálida, los ojos hundidos brillan en el fondo de las órbitas y están surcados por las ojeras marcadas, el pulso miserable e hipotenso, la voz baja o velada. Pasado este episodio los enfermos mejoran rápidamente y retoman sus ocupaciones.

El examen físico es casi innecesario en razón que tan bien describen su enfermedad. La inspección nos muestra en la inmensa mayoría que son portadores de hábito tísico o atónico.

La palpación puede mostrarnos al colón sigmoideo retraído espasmódicamente y se desplaza bajo los dedos como una cuerda. En otras porciones del colón se constata el gorgoteo en las zonas depresibles y en otras porciones es consistente.

Otros enfermos nos muestran al colón sigmoideo ocupado por masas fecales detenidas, en estos casos ocupa una mayor extensión que lo normal.

En el mismo enfermo se puede observar zonas contraídas por el espasmo y otras dilatadas por el contenido consistente o hidroaéreo que se denuncia por el ruido de gorgoteo.

El examen clínico no debe detenerse en el abdomen, es necesario determinar con mayor o menor exactitud siempre el origen de la dispepsia.

He aquí dos historias de dispépticos cólicos

debido a la bacilosis incipiente que incubaban, y que el tratamiento tuberculínico borró la dispepsia cólica y mejoró el estado general de dichos enfermos.

S. C. 31 años, argentino. — Diag. Bacilosis incipiente.

A. H. Sin importancia.

A. P. En juventud blenorragia y chanero blanco.

Se queja de opresión torácica, dolores vagos en el hemitórax izquierdo, ha sufrido neuralgias intercostales, tos nocturna y sudores.

Ha cambiado el carácter, dice él, que está neurasténico y que es colítico.

Tiene períodos de constipación y tiene que mover el vientre diariamente con enemas o laxantes. Cuando se disgusta o está preocupado tiene crisis diarreicas, llegando a tener 20 deposiciones al día. Ha observado las deyecciones y describe los escíbalos, la hiper secreción mucosa, los flocones mucosos amorfos y las pseudo membranas.

Sufre molestias gástricas vagas y pasajeras.

E. A., hábito enteroptósico. Buen estado de nutrición.

Pulmón izquierdo: Fosa supraclavicular deprimida. Espansión respiratoria del vértice disminuída, dolor a la palpación en la fosa supra espinosa. Se constata la infiltración del vértice pulmonar.

El pulmón derecho tiene respiración ruda.

Expectoración sin bacilo de Koch. — Cutirreacción positiva.

Radioscopia: Adenopatía mediastínica, vértice izquierdo atigrado y el vértice derecho ligeramente obscurecido.

El enfermo ha mejorado rápidamente la función intestinal. Las crisis dolorosas y diarreicas no aparecen desde hace ocho meses. Ha aumentado de peso, tiene buen apetito y no tose.

J. B. 22 años, uruguayo. — Diag. Bacilosis incipiente.

A. H. Padres sanos, dos hermanos muertos tuberculosos.

A. P. Viene quejándose de ser colítica. Sufre molestias gástricas pasajeras después de las comidas. Mueve diariamente el vientre con enemas de aceite. Se queja de flatulencia gástrica y borborigmos después de las comidas.

Dice haber adelgazado por el régimen alimenticio. Función menstrual irregular acompañada de molestias generales. Después de las comidas tiene somnolencia y sufre de insomnio y pesadillas. Tos nocturna escasa y sudores fáciles.

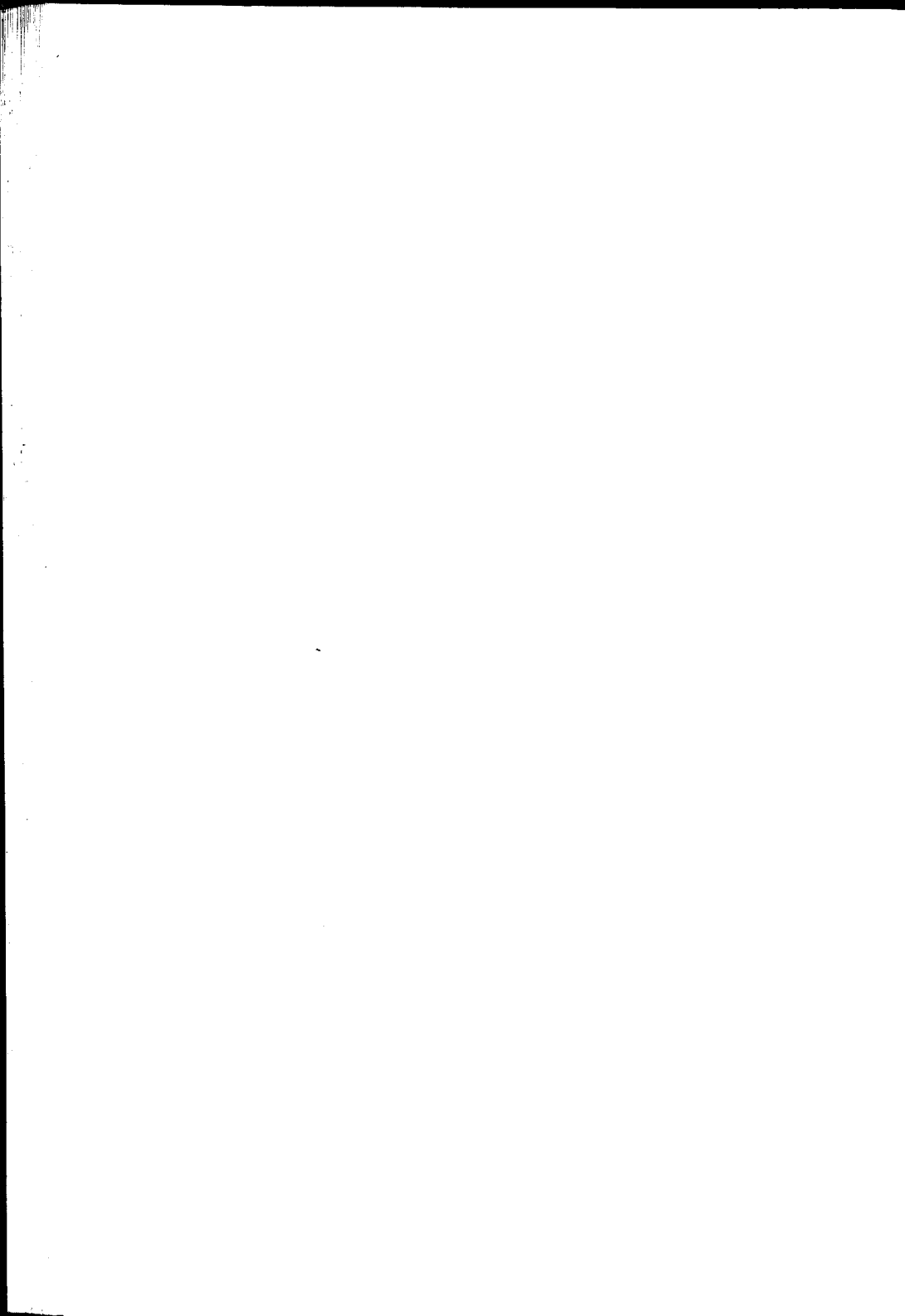
E. A. Hábito enteroptósico, delgada, pálida.

Pulmón derecho. Infiltración del vértice, (vibraciones vocales aumentada, submatítez, disminución del murmullo vesicular, broncofonía y pectoriloquia afona.)

Expectoración sin bacilo de Koch. — Cutirreacción positiva.

Radioscopia: Adenopatía mediastínica, vértice derecho opaco con poca aclaración por la tos y por las inspiraciones profundas.

La tuberculina y el tratamiento general dice que la han vuelto otra mujer. Come con apetito, mueve el vientre sin las enemas de aceite, duerme tranquila y no tose, a los tres meses de tratamiento había aumentado 7 kilos.



LA ASTENIA CONSTITUCIONAL

Bajo el nombre de «Die Asthenische konstitutionalskrankheit» Stiller en 1907 ha descrito un síndrome patológico específico, cuyas manifestaciones clínicas son: la atonía gástrica, la astenia general y la dispepsia nerviosa.

El sustratum anatómico de estas entidades mórbidas es el hábito asténico que solamente se diferencia del hábito tísico por poseer anomalías abdominales.

Elsner describe paralelamente dos tipos torácicos opuestos, con el fin de fijar las características del conocido hábito paralítico, enterosptósico o atónico.

Reparos anatomicos Habito enfisematoso..... Habito enteroptósico etc.

- 1.º Armazon oseó, musculatura..... sólido, muy desarrollada... gracil, desarrollo débil
- 2.º Color de la piel. sano y rubicundo..... pálido o anémico
- 3.º Cuello..... corto y grueso. largo y delgado

- 4.º Forma de torax. corto y ancho. alargado y estrecho
- 5.º Diametro verte-
bro esternal..... alargado..... acortado
- 6.º Angulo epigas-
trico..... grande, obtuso
180°..... pequeños y agudos
- 7.º Distancia ombí-
lico xifoide..... pequeña..... grande
- 8.º Espacios inter-
costales..... estrechos..... anchos
- 9.º Décima costilla. fija..... libre o movil

Stiller hace notar que los portadores del hábito enfisematoso son casi indemnes de trastornos gástricos y todos sabemos que son también casi indemnes de lesiones tuberculosas pulmonares. En cambio los portadores del hábito asténico son los que dan el mayor contingente de atónicos gástricos, enteroptósicos y dispépticos nerviosos (Stiller).

Y también sabemos que estos mismos portadores del hábito asténico o tísico son presuntos o reales tuberculosos.

LA ATONIA GASTRICA

Está realizada en casi todos los sujetos portadores del hábito atónico y del estómago débil, esto es, aquellos que padecen del estómago intermitentemente. Los trastornos dispépticos pueden su-

ceder a trasgresiones de régimen, excesos de comidas, bebidas o especies y se revelan por molestias gástricas subjetivas como son : la sensación de peso, de distensión o de presión en el estómago ; las cuales pueden aparecer durante la digestión gástrica, ser permanentes en el día o desaparecer durante la digestión.

A estas molestias durante el período digestivo, le siguen los eructos, las náuseas, el estado nauseoso, pero raramente suceden vómitos. La función intestinal está retardada, sufren flatulencia intestinal, borborigmos, tenesmo y constipación.

La atonía gástrica y la atonía intestinal es una manifestación parcial de la laxitud generalizada en los tejidos de estos enfermos.

El examen de la tonicidad muscular gástrica, revela el motivo causal del trastorno funcional. El estómago atónico ha perdido total o parcialmente, la propiedad de contraerse y adaptarse a la forma y volumen de su contenido (función peristólica) y muestra al mismo tiempo el retardo en el ritmo de la evacuación del contenido gástrico al duodeno (función perisistáltica).

El ruido de clapoteo superficial alejado de las comidas, por debajo del ombligo y en sujetos de paredes abdominales regularmente tensa ; denuncian al estómago atónico. Como la atonía gástrica

conduce a la ptosis y a la dilatación del órgano, es aconsejable determinar siempre la situación y las dimensiones del órgano; ya sea por la palpación simple o combinada con la sonda, por la insuflación, por la gastro diafanoscopia y sobre todo por medio de la pantalla radioscópica.

La hiperacidez que generalmente se encuentra en estos enfermos es debida al retardo de la evacuación gástrica y podría inducirnos a creer que se tratara de un hipersecretor digestivo. El cuadro clínico de ambos enfermos es muy distinto para llegar a tal confusión.

La hipocrinia sucede en los casos avanzados, siendo debido al debilitamiento de la capacidad reaccional de las glándulas gástricas.

ASTENIA GENERAL

Cuando son mujeres las portadoras del hábito atónico, un buen pánculo adiposo puede aparentar un excelente desarrollo constitucional y mostrarnos ellas una serie de trastornos clínicos que se revelan en casi todas las mujeres de aparente y real constitución asténica o enteroptósica.

El desplazamiento descendente de las vísceras de la cavidad abdominal y pelviana en mayor o menor grado existe siempre. La gastroptosis, la enteroptosis y la nefroptosis son las más frecuentes

y se describen en capítulos distintos en los tratados de patología interna.

El alargamiento sufrido en los ligamentos que fijan a los órganos caídos, provocan la distensión de los filetes nerviosos y esto es causa de un estado de irritación permanente del sistema nervioso simpático. Súmese a esto, el estado de irritabilidad permanente del sistema nervioso central de estos enfermos y tendremos la definición genética de los síntomas nerviosos que padecen estos enfermos.

También sufren de trastornos gástricos y estos son debidos a la atonía gástrica e intestinal que tienen por su constitución asténica.

Como vemos, las historias clínicas de estos enfermos están realizadas por los trastornos gástricos, por los fenómenos nerviosos diversos y por la constitución asténica.

Los trastornos dispépticos se reducen a las molestias gástricas: sensaciones de presión, distensión o plenitud epigástricas, eructos, estado nauseoso sin llegar al vómito.

Las molestias intestinales son las flatulencias, los borborigmos, el tenesmo y la constipación.

Los trastornos gástricos casi siempre están acompañados de fenómenos nerviosos como son: la congestión facial, la pesadez de cabeza, sensación, aturdimiento, cefaleas, bostezos, somnolen-

cia, decaimiento general, agripnia, depresión melancólica, etc.

Conviene recordar que se puede observar en estos mismos enfermos trastornos dispépticos opuestos a los precedentes como ser : la sensación de que madura, el ardor ascendente desde el estómago a la garganta, seguido de la regurgitación de líquidos ácidos que muerden a los dientes, el acceso gástrico más o menos intenso que cesa inmediatamente por el vómito o con los alcalinos, todos estos trastornos son sintomáticos de la hiperclorhidria.

El examen físico muestra en estas enfermas, el vientre péndulo en las multiparas, en las nuliparas y primiparas la distancia ombilico xifoidea exagerada, la flacidez de las paredes abdominales, la laxitud generalizada en todos los tejidos, el tórax tísico y la décima costilla flotante.

Cuando la región epigástrica está regularmente tensa se puede observar las pulsaciones epigástricas ritmadas con los latidos cardíacos.

Puede también constatarse la gastroptosis, la enteroptosis, la nefroptosis, la hepatoptosis y la esplenoptosis más raramente.

Existen puntos dolorosos abdominales debido a la hiperestesia de los plexos nerviosos que envuelven a la aorta y puntos dolorosos dorsales y

lumbares debido a la tensión sufrida por las aponeurosis abdominales fijadas sobre las espinas de las vértebras dorsales y lumbares (Mosse). La mayor frecuencia de ver estas anomalías constitucionales en la mujer se debe al uso inmoderado del corsé y a los partos repetidos. Ambos factores favorecen la aparición de una anomalía preestablecida en el 90 %. Ellos de por sí son incapaces de provocar.

DISPEPSIA NERVIOSA

Leube creó este término para caracterizar una entidad mórbida, constituida por molestias gástricas diversas en individuos cuyo estómago no revelaba trastornos funcionales.

Hoy la dispepsia nerviosa puede presentarse con disturbios de la función motora y secretora. El examen funcional de los dispépticos nerviosos nos muestran la heteroquilia y la heteromotilidad gástrica o sea la función secretora y motora del estómago oscilante, existen épocas de funcionamiento normal e intervalos de función exagerada o retardada.

Las molestias gástricas están asociadas siempre a diversos fenómenos nerviosos y neuróticos de variable intensidad. Esto da motivo a admitir la dispepsia nerviosa como manifestación parcial de la neurastenia.

Stiller no encuentra diferencia entre la astenia general y la dispepsia nerviosa. Los fenómenos dispépticos y nerviosos de estos enfermos son idénticos a los presentados por los neurasténicos. Ambos tienen una constitución morfológica idéntica (hábito asténico) con un sistema nervioso central debilitado congénitamente.

No se puede restringir la dispepsia nerviosa a sólo los asténicos constitucionales.

La clínica muestra a diario dispepsias nerviosas en sujetos de constitución normal y desde hace mucho tiempo se tienen admitidas las dispepsias nerviosas de origen reflejo motivadas por afecciones lejanas del pulmón como son : afecciones tuberculosas pulmonares acompañadas de dispepsia nerviosa (Soldan Fenwick).

Estas dispepsias nerviosas reflejas se explican por las numerosas relaciones que tienen entre sí las vísceras torácicas abdominales y pelvianas por el plexo nervioso simpático. Un punto irritado del sistema nervioso simpático puede transmitir la irritación a otro punto del sistema más o menos transformado.

Los trastornos gástricos y los fenómenos nerviosos que padecen estos enfermos están caracterizados en las tres siguientes descripciones de Elsner.

1°. Los trastornos gástricos son de presentación irregular, caprichosa y de intensidad variable. Días de franco bienestar alternan con instantes penosos y molestos, un día pasado sin molestias gástricas se despiertan estos enfermos en la mitad del tranquilo sueño, quejándose del estómago.

2°. La dependencia de los trastornos gástricos con los factores psíquicos. Los trastornos aparecen o se agravan los preexistentes, con los disgustos, excitaciones, emociones, estados psíquicos depresivos, etc.

3°. La conservación del equilibrio sensitivo del estómago o su desequilibrio no está influenciado con los factores de normal dependencia. Estos enfermos soportan una comida pesada, en cambio una comida liviana los indigesta. El reposo en cama durante la digestión la favorece, en tanto, en estos enfermos provoca sensaciones molestas, dolorosas, etc.

Nunca se dejará de examinar el sistema nervioso central porque siempre presenta una irritabilidad anormal. Se puede constatar la hiporreflexia o la hiperreflexia cutánea y mucosa. La exageración del reflejo rotuliano y aquiliano, las pupilas midriásicas.

Se quejan de pesadez de cabeza o de constricción cefálica y la describen como si un casco ciñera apretadamente la cabeza.

Padecen de insomnio y somnolencia después de las comidas. Un síntoma gástrico puede sólo presentarse y tomar tal intensidad que vale por todos los que faltan; las neurosis gástricas denominadas cardialgia, rumiación, eructación, mircismo, son muchas veces manifestaciones de la dispepsia nerviosa monosintomática.

Como vemos, el diagnóstico se impone fácilmente, atendiendo a las particularidades psicológicas de los trastornos gástricos, a las manifestaciones neurósicas y nerviosas de la neurastenia, a la aparición alternada de fenómenos dispépticos asténicos e hiperesténicos en épocas de franco bienestar y por último la insuficiencia de la dieta rigurosa y otras medidas terapéicas.

El diagnóstico se hace por anamnesis en el 90 por ciento de los casos, dice Elsner.

El examen físico del enfermo más o menos completo nos podrá dar el origen reflejo de esta dispepsia. Por que nunca se deberá olvidar que la dispepsia nerviosa es una manifestación refleja y parcial, más de las veces de lo que piensa Stiller, de una afección orgánica escondida en la pelvis, en el abdomen o en el torax.

TRATAMIENTO

Con los repetidos exámenes del enfermo se llega al diagnóstico precoz de tuberculosis y quedan en el espíritu vehementes sospechas del origen reflejo del síndrome gastroentérico que muestran estos enfermos.

El tratamiento más eficaz que hoy tenemos contra esta enfermedad es el tratamiento general dietético-higiénico combinado con la tuberculioterapia. El éxito terapéutico está asegurado en gran parte por la precocidad del diagnóstico y el mejoramiento franco que se denuncia en escaso tiempo en el padecimiento gastro entérico confirma la naturaleza bacilosa sospechada con anterioridad.

Este tratamiento mixto que se realiza en los consultorios de las salas de los hospitales tiene grandes ventajas. Como los enfermos que se atienden pertenecen a las clases sociales pobres, el tratamiento general dietético que realizan es insuficiente. El reposo, el buen aire y la sobrealimentación que se les indica con gran facilidad y poniendo toda la mejor voluntad de parte de ellos,

tropieza con las grandes dificultades inherentes a la situación económico social.

La tuberculinoterapia es barata. Exige de parte del enfermo una observación atenta y constante para denunciar las más leves molestias al médico que lo atiende. El médico deberá prestar una atenta observación clínica, tener muy en cuenta las indicaciones obtenidas por el termómetro, la balanza y el esfigmómetro, mucha prudencia en las dosis de tuberculina que le inyecta. Como el enfermo es un colaborador del médico, está obligado éste hablarle con toda franqueza, exponerle con toda claridad los medios de defensa que cuenta y los peligros que gravitan sobre el enfermo, cuando se separa de las reglas del tratamiento impuesto.

Tuberculinoterapia — Está siempre indicada en el período de incipencia de la tuberculosis pulmonar.

El diagnóstico precoz de la infección tuberculosa pulmonar permite salvar enfermos que tendrían un triste final. La salvación reside en el tratamiento general dietético higiénico que levanta el estado constitucional deprimido por la infección y permite la acción benéfica de la tuberculinoterapia.

El mecanismo de la curación por la tuberculina

es complejo y el acuerdo teórico no está hecho entre los tisiólogos.

Gouraud clasifica en cuatro clases los tuberculosos a los cuales conviene el tratamiento tuberculínico.

a) Los tuberculosos mejorados ligeramente por el tratamiento higiénico-dietético, con lesiones detenidas y que la mejoría no se acentúa.

b) Los tuberculosos ligeramente afectados y que el tratamiento higiénico-dietético no los mejora francamente.

c) Los tuberculosos aparentemente curados por el tratamiento higiénico-dietético, con estado pulmonar satisfactoria y que el estado general persiste frágil y precario.

d) Los tuberculosos que están expuestos a las recaídas por las ocupaciones profesionales o por las malformaciones adquiridas o congénitas.

Puede seguirse dilatando el dominio de la tuberculino-terapia, pero siempre dentro de la tuberculosis incipiente.

Las incipientes embarazadas, con vicios cardíacos bien compensados, los incipientes alcohólicos, morfinómanos, gotosos, artríticos y sifilíticos pueden hacer el tratamiento tuberculínico al mismo tiempo que se les mejora el estado general atacando la intoxicación o la infección que padecen.

Las contraindicaciones de la tuberculoterapia en el período de incipencia son : los febriles cuya curva térmica oscila entre 37° a 42°, los que padecen de hemoptisis repetidas y los neuropatas.

Elección de tuberculina — La experimentación y la industria han arrojado al comercio cincuenta tuberculinas diversas. A pesar de la toxicidad diferente de cada una de ellas, de la distinta forma de preparación, y de las diversas técnicas de administración, en todas partes se observan sus benéficos resultados.

En Buenos Aires tres distintas tuberculinas están en uso, las diluciones de la tuberculina de Koch, la tuberculina Dessy fabricada en el país y la tuberculina Jacob.

La tuberculina primitiva de Koch tiene una gran ventaja y es la facilidad de obtenerla. Las diluciones asépticas y precisas se hacen fácilmente. Siempre es fácil tener diluciones frescas. La luz y el calor vuelve ineficaz a la tuberculina.

En cambio las tuberculinas Dessy y Jacob, vienen tituladas en cajas, lo cual trae una gran simplificación en la tarea del médico.

Dosis — La hipersensibilidad a la tuberculina es variable con los incipientes. Es probable que depende de la resistencia orgánica y del grado de intoxicación tuberculosa y como estos factores no se

pueden determinar previamente, la hipersensibilidad a la tuberculina se determina por aproximación.

La primera inyección con la tuberculina primitiva de Koch debe ser de $\frac{1}{10.000.000}$ a $\frac{1}{1.000.000}$ de gramo de tuberculina o sea un centímetro de la disolución al $\frac{1}{1.000.000}$ o de la disolución $\frac{1}{100.000}$ respectivamente.

Si se usan las tuberculinas Dessy o Jacob se comenzará por medio centímetro cúbico de la solución de tuberculina N.º 1.

Al tercer día se repite de nuevo la inyección de igual dosis y no sucediendo reacción general, ni focal se repiten dos inyecciones de igual dosis con iguales intervalos y en la quinta se puede inyectar un centímetro de tuberculina núm. 1.

Con la tuberculina diluída conviene prolongar las mismas dosis y los ascensos de la dosis se harán con gran precaución.

La técnica más segura en la tuberculinoterapia es aquella que se hace con lentitud, con dosis creciente de tuberculina cuidadosamente graduadas.

Reacciones — La inyección de tuberculina está siempre acompañada en los tuberculosos de reacción general y de reacción focal.

Turban ha insistido sobre la reacción focal que

se traduce por aumento de la matitez, aumento de las vibraciones vocales y por la exageración de los fenómenos auscultatorios. Neufeld, Kuss y Guignard reconocen en esta reacción focal poco intensa y fugaz un efecto curativo.

La congestión pasajera que motiva a la reacción focal, trae al foco baciloso mayor cantidad de elementos de defensa y en el retorno sanguíneo lleva también una mayor cantidad de elementos residuales, necróticos, tóxicos, etc.

Cuando la reacción focal es intensa está acompañada de reacción general. La reacción general está constituida por un ascenso febril de más de 0.3° de grado de la temperatura habitual del enfermo, seguida o no de fenómenos nerviosos : cefaleas intensas, insomnio, agitación o depresión intensa, exageración de los disturbios gastroentéricos, anorexia, sed, náuseas, dolores gástricos, vómitos, diarreas y todo esto motiva una franca sensación de malestar.

Durante toda la tuberculinoterapia se deberá evitar las reacciones generales y las reacciones focales intensas. Esto es muy fácil, siendo prudente en las dosis de tuberculina que se inyecta.

Conviene hacer notar que independientemente de la dosis de tuberculina, la reacción focal puede aparecer y esto sucede en las mujeres durante la

época menstrual, y en los demás incipientes cuando en la víspera o en el día de la inyección han estado fatigados, por paseos prolongados, emociones intensas o por algún exceso.

Duración — Los incipientes deberán continuar el tratamiento tuberculino hasta su completo restablecimiento. Esto puede realizarse en 3 meses como en tres años.

Deberá ser un fiel guardián de su salud todo incipiente tratado con la tuberculina y avisará rápidamente a su médico la más leve molestia que perciba. El examen atento podrá indicar la necesidad de instituir nuevamente el tratamiento.

Conviene hacer un paralelo entre la sífilis y la tuberculosis pulmonar, para fijar las ideas generales del tratamiento.

Todos estamos de acuerdo en la benignidad del pronóstico de ambas enfermedades cuando se realiza el diagnóstico precoz. La institución inmediata del tratamiento específico en sendos enfermos detiene la evolución cíclica de ambas infecciones. Es deber de todo médico saber diagnosticar ambas enfermedades precozmente.

El tratamiento tuberculínico es impotente en la evolución de la tuberculosis pulmonar del 2° y 3° período, también el tratamiento antisifilítico es impotente para los tabéticos y paralíticos generales.

Pero la tabes y la parálisis general diagnosticada precozmente y seguida de tratamiento anti-sifilítico quedan detenidas en su evolución. Los enfermos así diagnosticados y así tratados serán tabéticos o preparalíticos que no llegan fácilmente a realizar los cuadros monstruosos de la tabes dorsal progresiva y de la parálisis general progresiva.

Conviene diagnosticar precozmente para instituir un tratamiento lento y de larga duración. Esto se realiza en la sífilis con el mercurio y con la tuberculina para la tuberculosis pulmonar.

Acción de la tuberculinoterapia sobre los trastornos gastrointestinales y sobre los síndromes gastroentéricos reflejos — Al final de las historias clínicas están las anotaciones de los cambios experimentados en los enfermos durante el tratamiento tuberculínico.

Volveremos a repetir que la anorexia y la evacuación intestinal retardada son los dos trastornos que más rápidamente desaparecen.

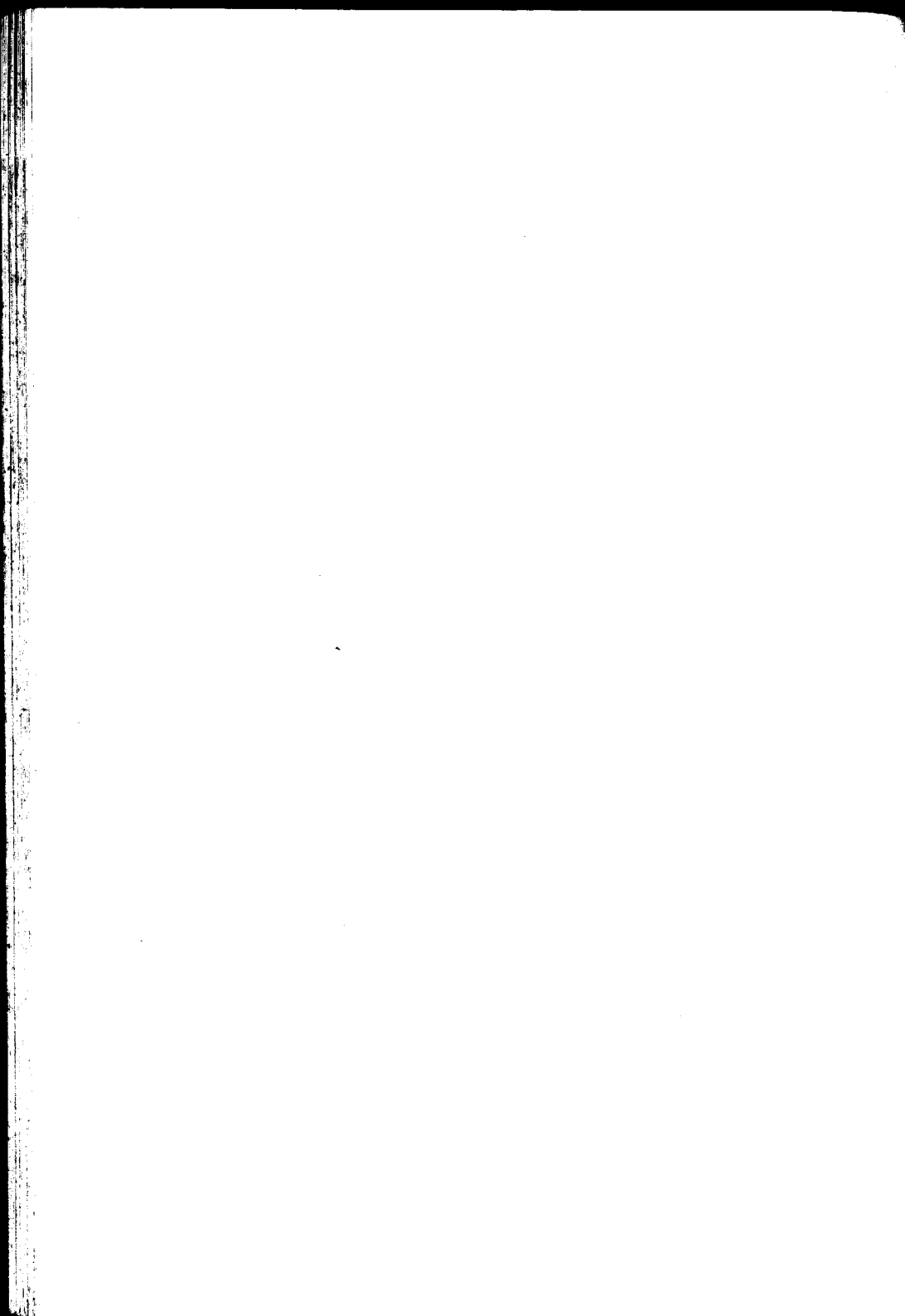
El buen apetito que se instala asegura la hiperalimentación y la función intestinal normalizada permite la realización de una buena asimilación. Como se ve, la tuberculina asegura en todos los casos, el éxito de la sobrealimentación.

Los trastornos gástricos del tipo asténico y la

dispepsia cólica desaparecen más lentamente. Los trastornos gástricos del tipo hiperesténico son los que desaparecen con mayor lentitud.

En uno de los enfermos tuvimos que usar los alcalinos y la belladona en muy pequeñas dosis y durante pocos días para borrar las ligeras molestias dolorosas post prandiales persistentes a pesar de llevar tres meses de tratamiento tuberculínico.





Buenos Aires, Junio 15 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero doctor Luis Güemes, al profesor titular doctor Juan C. Delfino y al profesor suplente doctor Alfredo Viton, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

ENRIQUE BAZTERRICA

J. A. GABASTOU
Secretario.

Buenos Aires, Julio 20 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3179 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

ENRIQUE BAZTERRICA

J. A. GABASTOU
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El quimismo gástrico en los tuberculosos.

DR. LUIS GÜEMES

Valor dignóstico de la tuberculino dermo reacción.

DR. JUAN CARLOS DELFINO

Bacilosis incipiente y neumo torax artificial.

DR. ALFREDO VITON

30574

