

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL INFILTRADO PRECOZ EN NUESTRO MEDIO

POR

**MARIO PASTOR BALCAZAR**

Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina

### ESBOZO HISTORICO

El año de 1922 la doctrina sobre el inicio de las lesiones tuberculosas pulmonares terciarias, que data desde LAENEC, fué modificada por ASSMANN, valiéndose del empleo sistemático de los Rayos X en el estudio de las lesiones pulmonares, describiendo e individualizando, netamente, una forma típica de foco tuberculoso aislado, en el comienzo de la tuberculosis del adulto; sosteniendo que es una forma de tuberculosis típica que se observa con frecuencia en el comienzo clínico de la enfermedad, con asiento, de preferencia, debajo de la clavícula y a la que se le prestaba poca atención. ASSMANN, orientador de la escuela fisiológica alemana, es seguido por otros investigadores (alemanes, franceses, italianos, norte y sud-americanos), quienes aportan trabajos sobre el "infiltrado subclavicular", denominación dada por ASSMANN, y más tarde llamado "infiltrado de ASSMANN-REDEKER" en homenaje a estos maestros que hicieron su descripción más completa.

En 1926, REDEKER, médico de dispensario, publica una importante contribución al infiltrado terciario y a continuación SIMON le asigna el nombre de "Früh-infiltrat" que quiere decir "infiltrado precoz" denominación que pasó a casi toda la literatura alemana.

Los calificativos de subclavicular y precoz no son adecuados, ya que ellos se prestan a confusión. La región subclavicular puede ser el lugar de elección del "infiltrado de ASSMANN"; pero no es el asiento exclusivo. El término precoz ha sido admitido por REDEKER para enseñar que se trataba de la primera lesión que anuncia la tisis crónica, por lo que algunos autores le llaman "infiltrado tardío". REDEKER asegura categóricamente, que la antigua doctrina de origen apical es falsa, y localiza la primera manifestación tuberculosa en la región subclavicular o más abajo, diciendo además, que la lesión en múltiples ocasiones, no es demostrable clínicamente, pero sí valiéndose de la radiografía.

Posteriormente, el "Früh-infiltrat" es objeto en las publicaciones alemanas, de numerosas descripciones radiográficas y clínicas y también de vivas discusiones tanto anatómo-patológicas como patogénicas. Aparecen los trabajos de ASCHOFF, LOSCHKE, BACMEISTER — quien lo llama "infiltrado exudativo"—, HUBSCHMANN, NEUMANN, FLEISCHNER, ULRICI — que lo denomina "infiltrado pre-tísico" justamente para recalcar que por él se inicia la tisis del adulto.

Los franceses por intermedio de BESANCON y JONG habían descrito lo que llamaron "forma efímera". LEON BERNARD, individualiza el infiltrado inter-cleido-hiliar y sostiene que el infiltrado precoz no representa una forma especial de tuberculosis y que "se debe mirar más exactamente la zona inter-cleido-hiliar como uno de los asientos posibles de localización inicial de la tuberculosis pulmonar del adulto". Según LEON BERNARD el infiltrado precoz desde su inicio está relacionado al hilio.

TIXIER, dice en su tesis: "los alemanes han levantado el velo para poner de manifiesto una lesión especial perihiliar que es el infiltrado precoz subclavicular".

SERGEANT, apoyándose en documentos radiográficos, pone en evidencia el punto de vista hiliar del infiltrado precoz.

GIRAUD, BESANCON y BRAUN aportan valiosos trabajos, correspondiendo a estos dos últimos la descripción

de la tramitis o "estado secuela", cuyas relaciones con el infiltrado precoz merecen revisión.

En Italia, el infiltrado precoz en su historia y sus características es, en todo sentido y de un modo sintético y completo, ilustrado por CONSTANTINI, RADAELLI, MICHELI, RABBIOSI y GAMMA, etc.

Los norteamericanos WESLER y JACKS en 1923 hicieron la descripción del infiltrado precoz subclavicular y afirmaban la posibilidad del comienzo de la tuberculosis por la región infraclavicular. En su obra "Clinical roentgenology of diseases of the chest" describen las sombras radiográficas infraclaviculares, así como los procesos de fusión y de transformación indurativa. Los estudios de estos investigadores, entre los que se encuentran además los de BRUCE, DOUGLAS, MAX PINNER y WOLIPOOR, no tuvieron mayor trascendencia, siendo a la escuela alemana con ASSMANN, REDEKER, LYDTIN, NEUMANN y FLEISCHNER, los representantes más notables de la teoría del "infiltrado precoz", a la que le corresponde el mérito de actualizar y evitar que pasara desapercibida una de las formas frecuentes de inicio de la tisis pulmonar.

En Argentina, Uruguay y Brasil, en donde aparece uno de los trabajos más completos sobre infiltrado precoz en la tesis de doctorado de LUIZ MARINO BACHELLI, se publican trabajos relacionados con este capítulo de la Tisiología.

Entre nosotros, el estudio del infiltrado precoz, su individualización radiográfica y clínica se hace a partir de la creación del Curso de Tisiología, que primero se dictaba como anexo a Nosografía Médica. Los Profesores García Rosell y Werner, en el trabajo diario de investigación radioscópica en pacientes que concurrían a los Consultorios Externos, sorprendiendo buen número de infiltrados subclaviculares en su inicio, introdujeron definitivamente, el diagnóstico en nuestro sistema hospitalario.

Anteriormente se utilizaban los Rayos X en nuestros hospitales con la finalidad de confirmar tuberculosis pulmonares, cuyos signos esteto-acústicos eran groseros, y los Servicios de Santa Rosa del Hospital "2 de Mayo" sólo servían para cobijar, en su mayoría, a pacientes portadores de formas incurables. Hoy el rol social de estos pabellones con

su Dispensario anexo es distinto, buen número de pacientes diagnosticados al inicio de la lesión son tratados convenientemente. Debido a la poca cantidad de camas no es posible hospitalizar a gran parte, muchas veces en condiciones de ser recuperados, evolucionando sus lesiones por más que se les trate ambulatoriamente. Los incurables que se encuentran por doquier, invaden los servicios, siendo éstos los que predominan en el total de hospitalizados.

No podemos terminar este esbozo histórico del infiltrado precoz sin consignar que el Prof. Dr. MAX GONZALEZ OLAECHEA, en su artículo: "Formas clínicas de la tuberculosis del aparato pulmonar" publicado en "Revista Médica Peruana", enero de 1930, antes de abordar el estudio de la clasificación de Bard, discute el inicio de la tisis común, que según los antiguos clínicos, dice el Prof. GONZALEZ OLAECHEA, se haría, ya sea por el vértice, ya en el hilio como lo ha demostrado LEON BERNARD, ya en la región subclavicular, como radiográficamente lo han comprobado ASSMANN, ULRICI y otros fisiólogos alemanes. En la Clasificación de Bard, modificada por el Prof. GONZALEZ OLAECHEA, no se menciona al infiltrado precoz.

Es a comienzos de lo que podríamos llamar el florecimiento de la Escuela Tisiológica Peruana, que el "infiltrado precoz" entra de lleno a formar parte del diagnóstico clínico en el historial de los servicios especializados en los distintos nosocomios. Más aún, su conocimiento se amplifica a partir del acuerdo de nuestra Facultad de San Fernando, al fundar e independizar la Cátedra de Tisiología, la que dirigida por el Dr. Ov. García Rosell y colaboradores no omite esfuerzo en divulgar y enseñar a las nuevas generaciones la clasificación de las distintas formas clínicas de la tuberculosis, incluyendo entre ellas al infiltrado precoz. Así preparado el terreno especializado por esfuerzo de la Cátedra, surgen los primeros esbozos de la Campaña Antituberculosa y lo previsto por la enseñanza tisiológica queda ampliamente corroborado al descubrir en la investigación de los grupos supuestos sanos, cantidad bastante importante de infiltrados precoces, cuyos datos estadísticos deberían ser dados a la publicidad para procurar coadyuvar al mejor conocimiento de esta forma clínica.

**CONCEPTO DE INFILTRADO, INFILTRACION E INFILTRADO PRECOZ**

Es con relativa frecuencia que indistintamente se denomina a una sombra radiográfica infiltrado o infiltración, presentándose estos dos términos como sinónimos.

REDECKER entiende por "infiltrado" y así lo denomina "al brote tuberculoso que se instala en un tejido hasta ese momento indemne de tuberculosis". Infiltrado en sentido estricto, es "un foco bronconeumónico en tejido pulmonar hasta ese momento sano", razón que justifica aparezca, algunas veces, en pleno estado de salud. El concepto es puramente anatómico, o por mejor decir, anatomo-patológico.

"Infiltración" es una inflamación perifocal alrededor de uno o más focos antiguos; es característico que la alteración se forme en tejido ya tuberculoso. El concepto es fisiopatológico. REDECKER dice que "cuando es un viejo foco el que se exacerba se originará un brote, que este autor llama "infiltración". La infiltración sería un infiltrado secundario, es decir, un viejo foco exacerbado y en los que sería siempre posible reconocer el foco central. El infiltrado precoz no se considera como un foco primario reactivado, sino como un foco tuberculoso nuevo en un territorio hasta ese momento indemne. Con estas definiciones REDECKER cree hacer una distinción entre infiltrado precoz propiamente dicho y los infiltrados secundarios.

Este concepto ha sido aceptado por otros autores (Kaiser, Petersen, etc.), mientras MICHELLI hace una observación razonable y que justamente sirve para demostrar que lo que no es práctico, en nada auxilia a la clínica ni a las determinaciones terapéuticas, finalidad primordial cuando se está ante el enfermo. MICHELLI dice: si la distinción de REDECKER es admisible teóricamente, en la mayoría de las veces no tiene valor práctico. Que puede suceder que en un infiltrado precoz el proceso de caseificación haya destruido al foco primario y no se encuentren rastros que permitan identificarlo, lo que también puede pasar en una infiltración secundaria, dando la impresión radiográfica de

un "Früh-infiltrat". Las denominaciones de infiltrado e infiltración son dos términos, muchas veces teóricamente empleados en la terminología fisiológica.

El hallazgo del típico infiltrado precoz se hace por los Rayos X, razón por la cual su descripción radiológica se antepone a su estudio clínico. ASSMANN en su primera comunicación lo describía como una sombra redondeada, con límites regulares y medianamente marcados, situado en la región infraclavicular. Esta descripción corresponde al llamado "infiltrado redondo", más tarde estudiado por NEUMANN y FLEISCHNER.

ASSMANN y REDEKER han llamado infiltrado precoz subclavicular a una mancha de tamaño variable, cuya densidad de sombra va paulatinamente disminuyendo del centro a la periferia hasta terminar esfumándose en el seno del parénquima circundante, se sitúa por debajo de la clavícula, respetando el vértice y la región interna subclavicular, llegando hacia abajo hasta la cisura y en ocasiones sobrepasándola. Esta es la localización clásica del infiltrado precoz, pero puede observarse en la parte media e interna de la región subclavicular, en la ~~zona~~ yuxta-hiliar, en la base y en el vértice. Esta última localización es discutida; REDEKER la afirma y nosotros hemos tenido oportunidad de encontrar algunos casos. Además, se debe tomar en cuenta otra imagen de infiltrado precoz que bajo el nombre de pericisuritis había sido descrita con anterioridad, primeramente por SABOURIN y después por el Prof. SERGENT, y que, como su nombre lo indica, no es sino la sombra de una reacción pericisural que tiene el aspecto de una banda transversal de límites tenues. Se localiza de preferencia en la cisura derecha y su comienzo clínico, así como su evolución, son idénticas al del infiltrado precoz de localización típica.

En lo que se refiere a localizaciones, lo interesante es que radiográficamente tengamos un conocimiento de las varias localizaciones que puede tener y sentar principios que nos sirvan de base para nuestro estudio discriminativo; bien entendido que esas localizaciones según el estado de evolución de la lesión se pueden esquematizar en las siguientes

formas : subclavicular derecha, subclavicular izquierda, subclavicular bilateral, parahiliar derecha, parahiliar izquierda, base derecha, base izquierda, apical derecha y apical izquierda. De estas formas de localización presentamos clichés para completa ilustración. Ya veremos en la casuística de los casos revisados las localizaciones más frecuentes y los porcentajes encontrados.

En cuanto a los infiltrados de base haremos referencia a la Tesis del Sr. Ráez Patiño, quien ha presentado un trabajo basado en 1,000 radiografías estudiadas en los conscriptos de nuestro ejército venidos de las serranías, aduciendo consideraciones de fisiopatología del andino y queriendo justificar por ellas la localización basal según la teoría de LOSCHCKE. Al ofrecernos el 15.48 % de localización de base, nos parece una cifra exagerada, ya que el estudio en referencia ha sido hecho por interpretaciones radiográficas sujetas a las contingencias de un diagnóstico diferencial sobre las numerosas causas de imágenes radiológicas anormales de base.

El infiltrado precoz en las primeras semanas de su constitución presenta una sombra aislada en un campo pulmonar completamente sano, siendo la imagen imprecisa y fluída; la imagen más frecuente es ésta y las dificultades diagnósticas se presentan, especialmente a los no especialistas, debido a la tenuidad reveladora de esta forma de inicio de la tisis común.

Encontrar infiltrado precoz en su pureza primaria, tal como lo sorprendió ASSMANN al pasar por la pantalla a estudiantes y enfermeros, es raro. Se tiene que aceptar como infiltrado precoz a una lesión más evolucionada y con ciertos aspectos radiológicos un poco diferentes a los que describieron ASSMANN y REBEKER.

#### LUGAR QUE OCUPA EL INFILTRADO PRECOZ EN LA SISTEMÁTICA CLÍNICA DE LA TUBERCULOSIS

Multitud de clasificaciones se conocen en Tisiología, producto de la necesidad, tanto del médico general como del especialista de encontrarse con una pauta para los fines de

diagnóstico, posibilidades pronósticas y determinaciones terapéuticas.

Los puntos de vista fijados como base de cada clasificación han sido los que han impedido adoptar una que permita abarcar todas las formas clínicas de la tuberculosis; dificultad que se encuentra igualmente para clasificar todos los procesos patológicos, que sólo se reúnen en cuadros basados en su semejanza clínica o anatomo-patológica.

El Prof. García Rosell dice: "los hechos pato-biológicos jamás se encuadran en moldes definidos. La clasificación de formas clínicas en tuberculosis es un recurso que se crea artificialmente para un mejor entendimiento, utilizable principalmente, en el campo de la enseñanza".

El infiltrado precoz sólo se encuentra en las clasificaciones propuestas después del año 1922; así el Prof. BACMEISTER, lo ubica en el tercer grupo de las formas precoces al lado de la "diseminada", formas que pueden curar con reposo.

En la clasificación de Besancon, Roussy, Oberlig y Delarue, está entre las formas simples, subgrupo de las lobulares, al lado del chancro de inoculación.

En la Cátedra de Tisiología de nuestra Facultad el Prof. García Rosell basándose en el esquema original de Ranke, agrupa las formas clínicas según los tres períodos ya clásicos, interpretando cada uno de ellos en una mayor extensión. Tiene en cuenta para su clasificación:

a) el criterio evolutivo, b) la capacidad humoral y c) el cuadro clínico.

Y tenemos dentro de las formas del primer período:

Primer período. Alergia esclerógena.	A.	Con manifestaciones clínicas locales.	} Complej. primario respiratorio. " " digestivo. " " de los otros sist. " " inaparente.
		B.	



Segundo período. Hiperalergia.	A. Formas a predominio clínico y anatómo-radiológico local.	Epituberculosis. Tisis crónica de la pubertad. Ganglio-pulmonar caseosa. Neumonía caseosa.	
	B. Formas a predominio clínico y anatómo-radiológico general.	Granulla aguda generalizada.  Prolif. Virul. de Neumann.	{ Poliserositis. Pleuritis. Fibrosas: difusa y densa, Ulcero-fibrosa.
	C. Siembras hemáticas intrapulmonares.	Prolif. Leve de Neumann.  Siembras granúlicas parciales. Abortiva de Bard.	{ Siembras hemáticas benignas discretas. (extra pulmonares).
Tercer período. Alergia discreta.	A. Formas localizadas.	Fibro caseosa extensiva o tisis común.  Post. pléuricas.  Congestivas de Bard.	{ Formas de inicio } <b>Infiltrado precoz.</b> Lobitis.
	B. Formas con generalización.	Localizaciones extra-pulmonares a tipo productivo exudativo que se alejan del beneficio de la cirugía.	

Como vemos el Prof. García Rosell, coloca al infiltrado precoz entre las formas que corresponden al período terciario, como inicio de la tisis común. 1°. Por su tendencia evolutiva hacia la formación de caverna, a hacer diseminaciones broncogénas e ir a la tisis común. 2° Se observa que los portadores de "Frü-infiltrat" presentan una reacción alérgica intensa, la que REDEKER atribuye a la reacción perifocal que suele acompañarlo, la cual, al desaparecer, trae el viraje de la reacción tuberculínica hacia una positividad débil o a la anergia en el caso de transformarse en tisis común. Algunos autores colocan al infiltrado precoz en el período secundario de la tuberculosis, en el sentido de Ranke. ASSMANN sostiene que se le debe colocar al prin-

cipio del tercer período en el sentido de Ranke y acepta que los casos de hiperalergia se deben a enfermos que se les suministra medicamentos con el fin de tratar la enfermedad, que se ha confundido con el infiltrado precoz, medicamentos que acentúan el fenómeno alérgico. Además, hay que tener presente que los portadores de infiltrado precoz poseen siempre o casi siempre un estado de hipersensibilidad, tienen predisposición a fáciles congestiones de las mucosas de las vías respiratorias, de las amígdalas y de las conjuntivas ante mínimas variaciones meteorológicas o de la temperatura ambiental, sufren de eczemas, herpes recidivantes en puntos de transición entre la piel y las mucosas. Esto ha hecho decir al Prof. PACCHIONI que el infiltrado precoz es un verdadero "fenómeno de KOCH", comparable a la reacción local que presenta una cavidad tuberculosa frente a una nueva invasión subcutánea de bacilos de Koch vivos; y 3°. Por el cuadro clínico, que sin tener en su inicio las características del que presenta un portador de tisis común, si el tratamiento no es oportuno, va hacia él con suma rapidez.

En general, las hiperergias encontradas en casos de infiltrado precoz corresponden a fases de inflamación perifocal intensa. Ambas desaparecen contemporáneamente con la aparición de los fenómenos francos de cavernización.

#### **ETIOLOGIA, PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA DEL INFILTRADO PRECOZ**

ASSMANN relata las circunstancias en las cuales él tuvo la ocasión de constatar imágenes radiológicas de "infiltrado precoz". Las placas eran tomadas a jóvenes adolescentes y adultos que estaban en condiciones de contaminarse por estar cerca de un fimatoso en actividad. Con la radioscopia y radiografía no está terminado el diagnóstico del "infiltrado precoz", hay que documentarse con pruebas de laboratorio a fin de establecer su causa etiológica que siempre es debida al contagio, producido por la convivencia cerca de un foco infectante. Por tal razón debe siempre practicarse la búsqueda del bacilo de KOCH, que algu-

nas veces no se le encuentra fácilmente, según constatación personal. Un examen negativo por el método directo y el homogeneizado no niegan el diagnóstico de tuberculosis. Estos exámenes deben ser repetidos varias veces y si aun fueran negativos hay que valerse de otros medios: buscar el bacilo de Koch en el jugo gástrico, en las heces y por último emplear el gran recurso de la prueba experimental, o sea la inoculación al cobayo que da resultados más seguros. La investigación baciloscóptica, aún en el momento de la hemoptisis, si ésta ha sido su forma de inicio, puede dar bacilo de Koch positivo, pero preferible es esperar, como es usual, que la expectoración no sea hemoptoica para pedir la investigación.

Es indispensable convencerse si el portador de un infiltrado precoz es o no un bacilífero, aparte de confirmar su etiología; esto nos ayuda sobremanera en los dos caminos primordiales que debemos tener en cuenta: su personalidad evolutiva y su valor contagiante, para ir directamente hacia la profilaxia e impedir que el foco contagiante descubierto se convierta en un nuevo trasmisor de la enfermedad. Además, con miras terapéuticas a fin de establecer, a baciloscopia positiva, medidas profilácticas que requiere el caso y tratamiento colapsante de inmediato.

Punto en discusión es el de la patogenia del infiltrado precoz, pues todavía no está bien dilucidada. Vamos a exponer las teorías que pretenden explicar la génesis de esta forma de inicio de la tisis común: 1°. *Origen del infiltrado precoz por la vía exógena*; reinfección exógena; 2°. *Origen del infiltrado precoz por la vía endógena*: a partir de los focos apicales (Loschcke); origen hematógeno a partir de un foco antiguo y origen hilar.

ASSMANN, refiriéndose a la formación del infiltrado precoz por vía endógena o exógena dice, que aún no se tiene certeza y que tal vez no se pueda responder a esta cuestión. Insiste en atribuir mayor importancia a la infección aerógena, pues en al mayoría de los casos observó que sus enfermos referían haber estado expuestos al contagio. Para explicar su localización supone, sin profundizar mucho la cuestión, que los bacilos venidos por vía exógena, llegan a

crear una lesión al nivel de la región subclavicular con más facilidad que en otros sectores del pulmón, a consecuencia de una ventilación insuficiente.

REDEKER asegura ser desconocido el lugar de donde proceden los bacilos que dan esos focos. En un gran porcentaje de infiltrados precoces pudo constatar que en cerca de un 70%, había un foco de infección. Con esto no quiere decir que los bacilos superinfectantes sean los productores de estos infiltrados precoces; cree que la superinfección puede tener solamente la misión de movilizar la tuberculina, y que la penetración de los bacilos inhalados es seguida de su desintegración y como consecuencia de la puesta en libertad de las toxinas tuberculosas. Son éstas las que reactivan, a la manera de una inyección de tuberculina el foco de infección, y de esta manera abren el camino para una metástasis endógena. ADLER estudió 460 casos de tuberculosis abiertas, en su Sanatorio, encontrando 59 infiltrados precoces; en un 69% de éstos era demostrable una infección masiva que se había realizado poco antes. Eso lleva a afirmar que las reinfecciones que aparecen en forma de infiltrados precoces, son causadas, en gran parte, por superinfección exógena, considerando poco frecuente la reinfección endógena por estimulación exógena.

Hasta el año de 1928 los anatopatólogos no habían opinado sobre este asunto. LOSCHCKE fué el primero en publicar sus trabajos al respecto. Supone que el infiltrado precoz sea una metástasis broncogena de grandes nódulos, provenientes de una cicatriz pleurítico-atelectásica apical. Esto no está de acuerdo con la opinión de ASCHOFF-PUHL, que consideran al infiltrado precoz como una reinfección de origen exógeno, al contrario de lo que afirma HUEBSCHMANN quien dice que "la tuberculosis comienza por focos hematógenos localizados en el ápice".

Para LOSCHCKE sólo el primer foco de reinfección denominado por él foco post-primario puede formarse tanto por la vía endógena como por la exógena. Todas las otras formaciones de foco, destinadas al desenvolvimiento de la tuberculosis son ya muy desarrolladas, para atribuírlas a una penetración de bacilos por vía hematogena o aerogena.

LOSCHCKE emite su concepción así: "los focos tuberculosos apicales cicatrizados pueden ser el inicio de una tuberculosis pulmonar por una diseminación descendente intracanalicular, por los bronquios ápico-dorsales relacionados con los focos mencionados." Este concepto de LOSCHCKE encontró apoyo en GRAFF, ZEISS y ANDERS, quienes sostienen que la ausencia de focos apicales al examen radiológico no es una razón para excluir su existencia; pueden pasar desapercibidos en razón de sus pequeñas dimensiones, por tener poca densidad o por estar recubiertos por otras sombras.

ASCHOFF, en un trabajo sobre la reinfección tuberculosa, manifiesta que "la constatación de cicatrices en la zona respiratoria del bronquio apical y del bronquio subapical y horizontal no debe llevar a la suposición de que las segundas sean originadas de las primeras, pues estos focos pueden aparecer independientemente uno de otro, al mismo tiempo o en períodos diversos". Sigue favorablemente a LOSCHCKE cuando éste afirma que el mayor número de infecciones se localizan en la zona respiratoria del bronquio apical, y no está de acuerdo cuando asegura que la reinfección reciente se origina de otra reinfección cicatrizada apical. ASCHOFF dá por ello gran valor a las reinfecciones apicales, desde las más simples cicatrices hasta los focos situados abajo, genéticamente independientes; eso porque habiendo disminución de la zona apical por retracción cicatricial específica, las nuevas reinfecciones se localizan de preferencia abajo del ápice, localización que atañe a las menores ramas bronquiales. Esta circunstancia facilitaría la fusión del foco tuberculoso y su difusión por vía endobronquial, condición indispensable para el desenvolvimiento de la tuberculosis.

ROMBERG, de Munich, admite el desenvolvimiento de la tuberculosis por los focos apicales lo que es defendido por LOSCHCKE, no considerando esto como regla general. Gran número de pesquisas hechas por sus alumnos JOHN y OEFFNER sobre la aparición simultánea de infiltrados precoces y focos apicales, demuestran que en los estados iniciales del infiltrado precoz solamente en un pequeño número de casos existen focos apicales; en estadios más evolu-

cionados fueron observados focos apicales en pocos casos. Estas constataciones están en contra del origen apical del infiltrado precoz.

Al ocuparse del lado práctico de la cuestión dice ASSMANN: "Si se va a seguir la suposición, hasta el presente no demostrada por LOSCHCKE, de que todo infiltrado precoz se origina en un foco apical, podríamos concluir en que prácticamente la afección debía ser combatida no cuando está en marcha sino en su inicio, esto es, el foco apical. Pero según el mismo LOSCHCKE tal foco no siempre es demostrable y no es de regla su aparición a los Rayos X. Entonces, en estos casos, iniciárase una lucha contra un foco invisible.

El origen hematógeno del infiltrado precoz, es sustentado por HUEBSCHMANN, ULRICI y ALBERT, quienes lo admiten en algunos casos. ULRICI comunica una observación en que paralelamente a la presencia de una tuberculosis testicular surge un infiltrado precoz. En casos raros ASSMANN admite el origen hematógeno de los focos iniciales, pues los observó en dos anatómo-patólogos que en el curso de una necropsia, adquirieron la infección tuberculosa. En un caso tratábase de un tubérculo en la mano y en el otro de una inflamación articular en un dedo, cuyo carácter tuberculoso fué comprobado por la inoculación al cobayo y más tarde también histológicamente cuando se amputó el dedo.

Con respecto al origen hilar, en 1929 CONSTANTINI publicó un trabajo en el que sustenta que el infiltrado precoz tiene un origen hilar: *hilio, infiltrado precoz y ápice* son las tres etapas en el camino de difusión del proceso tuberculoso. Afirma que a no ser en los casos de infección masiva, los gérmenes que penetran por el árbol bronquial llegan con mucha dificultad directamente a los alvéolos pulmonares; el muco y los cilios vibrátiles representan un serio obstáculo para la penetración profunda de los gérmenes. Ellos son retenidos en las primeras vías, atraviesan la mucosa y pasan a las vías linfáticas invadiendo los ganglios próximos, donde son nuevamente retenidos por la propia estructura del ganglio; permanecen ahí latentes y salen cuando las condiciones de menor resistencia lo permiten.

Los ganglios del hilio originan, entonces, la evolución de la tisis, por la reactivación de viejos focos ahí existentes o por reinfecciones exógenas que determinan una nueva localización de los bacilos en estos ganglios. Vencida la barrera linfático-ganglionar los bacilos invaden el tejido pulmonar del hilio y progresan por medio de la linfa engendrando un proceso exudativo de tipo pneumónico que tiene el aspecto de infiltrado precoz. Entre los numerosos tisiólogos que apoyan el inicio hiliar se encuentra LEON BERNARD, quien sostiene que el infiltrado subclavicular está relacionado al hilio por los tractus o los jasjes (tramas) visibles a la radiografía. Admite que estos tractus y jasjes están constantemente, no sólo al inicio de los infiltrados precoces, sino que existen antes que él. Estos tractus son considerados como estados secuela de la primoinfección.

Para LEON BERNARD, la región hiliar es el origen no solamente del infiltrado precoz subclavicular, sino aún de las lesiones situadas claramente a distancia del hilio; sostiene que no hay ninguna diferencia de naturaleza, ni anatómica ni etiológica, entre la localización apical y la localización intercleidohiliar.

En resumen, a dos se pueden reducir las hipótesis que tienden a explicar el origen del "Früh-infiltrat": a una reinfección exógena y a una endógena.

Ciertos autores han señalado que los infiltrados precoces sobrevienen poco tiempo después de la primera infección. Esto es relativamente raro y se ve en sujetos ya adultos y que frecuentan medios fuertemente contaminados.

BARBA LUPPI, tisiólogo de Porto Alegre, cree que la localización subclavicular del infiltrado precoz se debe a que desde el punto de vista funcional, en los lóbulos inferiores, la inspiración es más intensa, motivo por el cual los procesos de origen inhalatorio son más intensos en estos lóbulos. Se sabe que el drenaje bronco-linfático del parénquima disminuye de abajo hacia arriba; así los bacilos tuberculosos que para desarrollarse y colonizar tienen necesidad de permanecer en una misma región, del lóbulo inferior van a los ganglios del hilio. De esta manera las regio-

nes inferiores del pulmón sufren un intenso y rápido drenaje, haciendo imposible el desenvolvimiento de la tuberculosis.

Razones fisiológicas explican por qué en los viejos la evolución de la tuberculosis es atenuada debido a la menor elasticidad del parénquima pulmonar y por la mayor calcificación de los cartílagos costales. En los lactantes, como la respiración es abdominal, los procesos bacilíferos se asientan generalmente en las bases y en los adultos y adolescentes, en que el tipo respiratorio es costo-abdominal, predominan las lesiones superiores.

Entre nosotros, en 5,663 fichas examinadas hemos encontrado 109 ó sea un 30.03 % de infiltrados precoces, en que ha existido fuente de contagio, lo que nos hace pensar en el origen exógeno por superinfección, teniendo presente que en un interrogatorio severo, se puede llegar a descubrir el foco de contagio, en los 254 pacientes que no suministran datos al respecto.

Como vemos, la patogenia del infiltrado precoz es asunto aún en estudio y que espera solución. Existen muchas dudas sobre su origen. Un recurso precioso es la anatomía patológica; desgraciadamente se presentan innúmeras dificultades que se oponen al estudio detallado del infiltrado precoz, por cuanto éste representa una forma inicial de tuberculosis, no habiendo por eso oportunidad de examen anatómico en este estadio de la enfermedad. Los casos que llegan a la mesa de necropsia muestran un cuadro mórbido muy alterado por el progreso de la lesión. Por eso, hasta la fecha no existen datos anatómicos sobre el infiltrado precoz puro con radiografía típica. Los controles anatómicos existentes se refieren a casos ya muy adelantados, en los cuales los Rayos X demuestran una lesión ya avanzada.

En todas las publicaciones que nos ha sido posible revisar sobre infiltrado precoz, no hemos encontrado observaciones en que se haya hecho la superposición rigurosa del protocolo de autopsia y la descripción de la imagen radiológica.

En 1927 ASSMANN, en un artículo sobre infiltraciones infraclaviculares, relata una observación con comprobación



anatómica. El informe es muy sucinto, limitándose a decir simplemente, que la opacidad infraclavicular vista a los Rayos X era un foco exudativo pneumónico del grosor de una cereza, con un foco caseificado al centro, notándose sobre su contorno pequeños nódulos de tipo productivo. En 1928 este autor publicó una nueva autopsia de un enfermo en el que se había constatado un "Früh infiltrat" anteriormente por una placa radiográfica; la resume así: en el lóbulo superior derecho más cerca de la parte posterior que de la anterior existe un foco central caseoso, teniendo en su periferia lesiones de tipo de inflamación perifocal, pero en esta zona perifocal se encuentran además pequeños focos diseminados.

El Prof. SAYE dice: "PAGE ha examinado histológicamente una infiltración precoz infraclavicular de una enferma que tres años antes había sido tratada con buen resultado en un Sanatorio y que murió accidentalmente. El examen demostró la naturaleza caseosa de la infiltración. Otros hechos extremadamente raros en la literatura no autorizan una descripción de conjunto."

Como vemos, todos estos datos anatómicos por interesantes que sean sólo tienen un valor relativo. Las comprobaciones necrópsicas son separadas por años del descubrimiento radiológico. Durante este lapso de tiempo el infiltrado precoz ha progresado y nos encontramos con tisis crónicas cuando no han ido a las esclerosis.

La incertidumbre continúa sobre el verdadero sustratum anatómico del infiltrado precoz, las raras autopsias practicadas no pueden aportar una respuesta definitiva. Entre nosotros no ha sido posible, hasta la fecha, verificar una necropsia a un portador de infiltrado precoz.

Resumiendo las distintas opiniones sobre la naturaleza del infiltrado precoz se puede aceptar que se trata de alteraciones principalmente exudativas, producidas por el bacilo de Koch, que son susceptibles, en parte, de una amplia reabsorción, pero que con frecuencia también presentan en el centro, propensión a la caseificación y luego a la fusión; de él también pueden partir procesos pneumónicos caseosos extendidos e induraciones de tejido conjuntivo.

**CLINICA DEL INFILTRADO PRECOZ****SINTOMATOLOGIA. DIAGNOSTICO. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Interesa a los médicos conocer la clínica del infiltrado precoz, forma muy frecuente de inicio de la tuberculosis pulmonar, de escasa sintomatología, de signos físicos poco importantes y que solamente por la radiografía se puede descubrir en la mayoría de los casos. La descripción que vamos a hacer del infiltrado precoz no les servirá para conocerlo sino para sospecharlo. Es prudente que el médico ante un cuadro clínico, como el que vamos a describir, piense en la posibilidad de un infiltrado, debiendo hacer radiografiar al enfermo para descartar este posible diagnóstico. En caso de existir o haber existido un foco de contagio al que ha estado expuesto diariamente el paciente que sospechamos sea portador de esta forma de tuberculosis, se hace más imperiosa la necesidad de verificar la radiografía.

No solamente es importante el diagnóstico oportuno por la frecuencia de esta forma de tuberculosis, sino por su relativa gravedad; cuando los portadores de infiltrado precoz acuden donde el médico al inicio de su lesión no presentan signo alguno que haga pensar en tuberculosis. Todos los autores alemanes enseñan que la característica clínica del infiltrado precoz es la ausencia total de signos físicos, funcionales y generales, característica que se aplica igualmente a todas las formas de localización de infiltrado precoz, razón por la cual muchas veces es un descubrimiento radiológico.

La relativa vaguedad sintomatológica de esta entidad clínico-radiográfica, parece estar de acuerdo con la variabilidad de sus dimensiones y con la densidad de parénquima afectado. Existe, y esto hay que tenerlo presente, contraste entre los caracteres de benignidad aparente, actual, momentánea y la gravedad de la evolución ulterior.

Pueden o no existir síntomas prodrómicos que nos denuncien la actividad del proceso. Algunas veces, sin que haya una traducción clínica, sin que se presente en el portador el menor signo subjetivo se reabsorbe y desaparece.

KLINGENSTEIN ha relatado varios ejemplos interesantísimos ilustrados por radiografías.

Cuando se presenta anuncio prodrómico: tenemos a un paciente, que desde algún tiempo antes, empieza a soportar cierto quebranto de salud, febrícula, anorexia, adinamia, ligero cansancio por el esfuerzo, desequilibrio del carácter, leves trastornos digestivos, pérdida de peso, etc. Esta forma insidiosa puede proceder por brotes y treguas, a veces apenas perceptibles lo que hace alejar la sospecha de una invasión fímica. Es frecuente en nuestro medio, cuando de tales signos prodrómicos se trata, que el vulgo los tome como paludismo y comience su cura sin consultar al especialista ni al médico general, lo que da por resultado que cuando llegan a nosotros ya el infiltrado está ulcerado; felizmente con los Dispensarios en funciones, el público se está acostumbrando a tomarlos como una arma para el resguardo de su salud. Es de desear que estos establecimientos se multipliquen, no sólo en la Capital sino en toda la República. Es un hecho corriente en los niños que estos síntomas prodrómicos pasen desapercibidos y que en su mayoría ellos afecten el carácter de simples trastornos digestivos, tipo gastro-enterítico, diagnóstico que frecuentemente hemos comprobado en los niños portadores de infiltrado precoz.

Es más frecuente y en nuestro medio hay buen número, como lo demostraremos al hacer las consideraciones estadísticas, que el infiltrado precoz sea acompañado de síntomas subjetivos que llaman la atención al paciente y que lo obliga a una consulta médica lo que trae consigo la correspondiente exploración radioscópica y radiográfica del enfermo. El sujeto presenta síntomas de impregnación bacilar; febrícula, se fatiga muy pronto, sudores nocturnos, trastornos digestivos, dispepsias, diarreas, etc., taquicardia, tos improductiva que REDEKER cree revela la extensión del infiltrado comprometiendo la pleura, lo cual quizá no sea siempre necesario.

No es raro que en plena salud, bruscamente, sobrevenga un cuadro agudo con la característica de simple estado catarral de las vías aéreas superiores, bronquitis a repetición, cuadro del tipo grippal, con expectoración hemoptoi-

ca. ASSMANN ha observado en el período pseudo-grippal, dolores amigdalianos con enrojecimiento de las amígdalas: estos enfermos no se reponen como otras veces, sino que sienten un decaimiento persistente, durante una o más semanas. Este cuadro se presenta en personas que días antes han tenido exceso de trabajo o de placeres, en jóvenes que han realizado excesivo ejercicio físico o intelectual, en los universitarios es muy frecuente consulten en las épocas de examen por sentirse agotados, achacando a surmenage, el adelgazamiento y otros trastornos que sienten, siendo que se trata de un infiltrado precoz que está evolucionando. NEUMANN, tratando de las formas clínicas del infiltrado precoz, llama la atención sobre el aspecto de intoxicado con gran obnubilación mental que pueden presentar estos enfermos.

De las descripciones del comienzo del infiltrado precoz podemos aceptar que existen tres formas en su inicio sintomatológico: insidioso, progresivo y brusco. Bien entendido que para catalogar cada una de ellas se necesita acuciosidad clínica, pues la anamnesis debe ser verificada citándose a la regla precisa de no dejar perder el más mínimo detalle obtenido por el interrogatorio. En las investigaciones practicadas en nuestros pacientes, conoceremos después el porcentaje que ocupan estas formas de inicio.

Un síntoma subjetivo de cierta alarma y por el que se inician un gran número de infiltrados precoces es la hemoptisis, que puede ser, desde el simple esputo hemoptoico hasta la bocarada de sangre, considerado por algunos fisiólogos como un indicio casi seguro de excavación. El esputo hemoptoico o la bocarada de sangre es el grito de alarma del pulmón. Este síntoma aparece en plena salud, de la manera más suave, sin síntomas que lo acompañen, sigue a él un largo período de calma, motivo por el cual, algunos enfermos, no le dan la debida importancia.

#### **DIAGNOSTICO. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

Mucho se ha escrito al tratar de este importante capítulo. Esta afección, en la mayoría de casos, de curso rápido, ofrece caracteres, síntomas y signos muy diversos, como ya hemos anotado, lo cual siempre se debe tener presente.

Para llegar a diagnosticar un infiltrado precoz es preciso ante todo pensar en él. Es preciso y urgente, en estos casos, que se despierte en todo médico, la sospecha de hallarse ante un caso de infiltrado precoz, pues son frecuentes las historias de pacientes que en plena salud, tienen días de trastornos pseudo-grippales, con malestar, fiebre de escasa duración y algunos esputos hemoptoicos y es de suponer que, si tal hecho se produce, el médico de cabecera estará en la imperiosa obligación de agotar todos los medios posibles para dilucidar una sospecha de infiltrado precoz, más aún, si encontramos a su alrededor la existencia de una historia anterior de tuberculosis en evolución entre los familiares. Pero hay también casos frecuentes en que encontramos el infiltrado precoz en individuos que no despiertan ninguna sospecha de tuberculosis; en estos casos el médico tratará de sobreponerse a su primera impresión y si fuera demasiado optimista no debe contentarse con dar a los hechos observados explicaciones banales.

Hemos dicho que los síntomas prodrómicos pueden ser subjetivos; apreciándolos de manera general son poco significativos y además corresponden a otros estados patológicos, simples enfriamientos, bronquitis, gripes, etc.; pero de todas maneras, para verificar nuestra certeza de diagnóstico ante esta vaguedad sintomatológica tendremos que recurrir al examen físico y radiográfico.

Por las investigaciones verificadas por nosotros, veremos que la forma sintomática más frecuente de presentación del infiltrado precoz, lo constituye en la generalidad de los casos afecciones banales, es decir, catarros bronquiales, adoptando también forma pseudo-palúdica, intestinales y formas asintomáticas. Al hacer la casuística de nuestros casos nos ocuparemos de los porcentajes encontrados en nuestro medio.

Dado el carácter por lo general silencioso, del "früh-infiltrat" los signos físicos no tienen tanta importancia, pues en su comienzo esos signos no son muy pronunciados. Esta ausencia de signos esteto-acústicos se debe a la posición que ocupa el proceso en referencia, pues como ya lo hemos dicho, casi siempre se encuentra alejado de la superficie anterior del tórax y en sus comienzos de la superficie

posterior; más cerca de la pared se encuentra en la parte lateral y dorsal, hacia la región axilar, investigándosele allí muy poco ya que el foco algunas veces está colocado tan alto que su búsqueda se hace difícil e imposible de interpretar los signos auscultatorios debido al sistema piloso que recubre esta región. Los primeros signos esteto-acústicos que se encuentran inmediatamente por debajo del vértice en orden de importancia son: a la inspección un retardo de la distensión del tórax durante la inspiración hacia las partes laterales de la región intraclavicular afectada, ligera submacidez y disminución de la sonoridad a la percusión; a la auscultación disminución del murmullo vesicular, estertores subcrepitantes finos en zona limitada, crujidos y soplo cavitario. En algunos casos nos es dable observar finos roces pleuríticos; cuando esto último sucede se trata generalmente de un infiltrado precoz que se ha extendido a la pleura y es preciso distinguir esas pleuritis debajo de las cuales se esconde un infiltrado precoz de carácter grave. Por lo demás, debemos observar que infinidad de estas formas sintomáticas llegan a los hospitales en un período de estado y presentan, en consecuencia, un soplo cavitario nítido cuya percepción auditiva se hace más franca cuanto mayor sea el estado de caseificación del parénquima; soplo cavitario que está caracterizado por su neta localización y acompañado en la mayoría de los casos de finos estertores subcrepitantes. Podemos, pues, decir que para llegar a un diagnóstico de infiltrado precoz por los signos físicos percibidos obtendremos de inmediato su localización, y el diagnóstico ulterior será tanto más fácil cuanto la lesión anatómica se encuentre más avanzada. Muchas veces el infiltrado precoz, que tiene una gran facilidad para ir a la ulceración, se caverniza y sin embargo permanece falto de signos a la auscultación. Esta carencia sintomática está de acuerdo con la íntima estructura de esta lesión. Su regularidad o anfractuosidad interior (sistema de pequeñas cavidades, comunicantes o no), su consistencia blanduzca y maleable, su contorno sin reacción capsular resistente, su situación en medio de un parénquima con débiles o nulas condiciones de resonancia, explican claramente que no tenga ninguno de los síntomas de la caverna de organización fibrosa

con cápsula pericavitaria. No existe en ella ni soplo, ni broncofonía, ni pectoriloquia áfona, fenómenos acústicos que tienen lugar cuando el conflicto de la voz hablada o cuchicheada, o el soplo laringo-traqueal resuenen en la cámara acústica que constituye la caverna rígida y encapsulada. Se entiende que cuando el infiltrado precoz es de base, la pobreza en síntomas clínicos será mayor y su exteriorización demorará mucho más tiempo.

En cuanto a los exámenes bacteriológicos que son necesarios con fines diagnósticos, ya hemos hecho referencia en el capítulo de la etiología, la importancia capital que tiene el examen de esputo y la consiguiente investigación de bacilo de Koch, pudiendo recurrir en caso de negatividad a investigar su presencia tanto en el jugo gástrico como en las heces. Si esta negatividad persistiera verificaremos esa investigación seriadamente hasta llegar a la inoculación al cobayo para precisar de esta manera efectiva la presencia del bacilo. Entre los exámenes de laboratorio, además de la baciloscopia son necesarios e indispensables, el hemograma de Schilling, la velocidad de sedimentación de los hematíes, seriadas, investigaciones de gran importancia para tener una idea clara de la gravedad del proceso. La velocidad de sedimentación nos brinda datos muy interesantes sobre el potencial evolutivo de cada caso concreto; este potencial es directamente proporcional a la velocidad de sedimentación de los hematíes, considerando la aceleración que llegue de 10 a 18 milímetros según el método de Westergren como digna de tomarse en cuenta. La fórmula leucocitaria con frecuencia nos proporciona datos interesantes, encontrando por lo general una desviación a la izquierda de los neutrófilos, más o menos 12 % de abastoados. REDEKER sostiene que la atenuación de las alteraciones de sangre con persistencia del infiltrado pulmonar hablan a favor de un proceso tuberculoso y que la persistencia de las alteraciones hemáticas hasta la disminución de la infiltración hablan en contra.

Además de todas las investigaciones enumeradas, es necesario, para llegar a un diagnóstico, recurrir al examen radioscópico y radiográfico: ambos consiguen establecer definitivamente un diagnóstico precoz para esta forma inicial

de tuberculosis del adulto, representando las armas más valiosas de que se dispone actualmente en el tratamiento y profilaxis de la tuberculosis. Debemos, en primer lugar, hacer una radioscopia cuando sospechamos la presencia de un infiltrado precoz y después una radiografía, ya que muchas veces a la pantalla puede pasar inadvertida la leve y reducida sombra en sus comienzos, y sin que lo hubiéramos sospechado se la encuentra a la radiografía, principalmente cuando se examina a personas que han convivido con enfermos tuberculosos.

Si el enfermo tiene manifestaciones de tuberculosis distintas al infiltrado precoz, su diagnóstico será también verificado por el examen radiográfico. En todos estos casos el diagnóstico diferencial está limitado a la distinción entre la sombra producida en la radiografía y la propia de otras afecciones pulmonares. Priman en el diagnóstico del infiltrado precoz no sólo el examen radioscópico sino el radiográfico no siendo posible a la hora actual afirmar un diagnóstico de infiltrado precoz sin haber obtenido estas pruebas; por tal razón ASSMANN sostiene que la falta de un aparato de Rayos X equivale, generalmente, a la imposibilidad de hacer un diagnóstico precoz de infiltrado.

Queda pues sentada la premisa de que el medio verdaderamente electivo para el diagnóstico del infiltrado precoz es el radiológico, siempre que esto se verifique por un buen especialista, con práctica en la materia. Es de esperarse que el método de la Roengentfotografía de Abreu, modificado, implantada entre nosotros en vista de la investigación de grupos sociales nos dará en el porvenir las cifras verdaderas del infiltrado precoz como forma de inicio de la tisis común. Es de desear también que para llenar sus finalidades deba funcionar en local especialmente preparado para este objeto.

Estudiado así el diagnóstico del infiltrado precoz y todos los medios de que disponemos para verificarlo, fácil nos será hacer su diagnóstico diferencial: clínico y radiográfico.

Clinicamente, en caso de comienzo agudo, debemos hacer su diagnóstico diferencial con las bronquitis agudas,



bronquitis a repetición, gripes, etc. o con cualquier otro catarro agudo benigno de las vías respiratorias. Siempre tenemos que recurrir en estos casos a la investigación por los Rayos X, ya que nunca podremos estar seguros sólo por la clínica del diagnóstico preciso, si sabemos que el infiltrado precoz en la inmensa mayoría de los casos es un hallazgo radiográfico; es pues evidente que en la buena interpretación de las imágenes radiográficas estará basado el diagnóstico diferencial del infiltrado precoz de las otras manchas que opacifiquen la densidad del parénquima pulmonar.

Debemos tener presente las condiciones normales del vértice pulmonar y los elementos anatómicos que pueden simular sombras de un infiltrado precoz. La arteria subclavia, los músculos de la región, una posición alta del omóplato, los ganglios linfáticos de la fosa supraclavicular, pueden proyectar imágenes que se pueden atribuir al parénquima, especialmente cuando el límite originado por el margen inferior de la subclavia coincide con el margen de la primera costilla y que es cuando más irreconocible se hace; muchas veces el diámetro antero-posterior del pulmón disminuye demasiado en el vértice, mientras que la capa de la pared torácica, especialmente en personas musculosas se engruesa y como consecuencia se presenta un aumento paulatino de la opacidad, de las partes inferiores hacia el vértice, aun siendo el contenido de aire del pulmón perfectamente normal.

Las sombras de la subclavia y de la columna vertebral en casos de escoliosis de convexidad derecha, se destacan en forma mucho más intensa que comúnmente y dan origen a una opacidad llamativa del vértice, la que conforme a los controles hechos por ASSMANN en autopsias, corresponde a esto exclusivamente, aun estando el pulmón en condiciones perfectamente normales. La subclavia puede estar desviada hacia afuera por procesos que ocupan el espacio entre ella y la tráquea, hay que tener presente que puede tratarse del lóbulo de la tiroides; es frecuente observar en los casos de bocios opacidades de los vértices pulmonares, especialmente en su parte media, estando el pulmón en condiciones nor-

males. Se aprecia también, con relativa frecuencia, una línea delimitante arqueada que las separa del campo claro pulmonar y que corresponde al curso de la subclavia; además, el mismo margen del bocio puede originar el límite opaco. Este conocimiento reviste una singular importancia por el hecho de que las opacidades de los vértices son tomadas frecuentemente como debidas a una tuberculosis, sin considerar el resto de los síntomas clínicos. Pero aún en este caso, el diagnóstico diferencial con una tuberculosis de vértice puede ser extraordinariamente difícil, pues no rara vez pueden producir las influencias tioróticas por aumento del volumen de la tiroides, muy ligero y frecuentemente desapercibido, temperaturas febriles, sudores y pérdidas de peso.

La compresión de los vértices pulmonares por el bocio puede producir una macidez de mayor o menor intensidad a la percusión, disminución del murmullo vesicular, espiración prolongada y hasta estertores crepitantes. ASSMANN ha observado estos casos en Baden del Sur, donde se presentan bocios con relativa frecuencia, los que requieren una observación prolija, por ser la sintomatología tiorótica ligera. Se encuentran, además, en las radiografías de los vértices, manchas causadas por nódulos peribronquíticos, debidos a procesos calcificados o en vías de calcificación; las sombras en forma de nuvéculas de los campos del vértice se revelan en la autopsia, en parte como procesos de condensación del pulmón mismo, en parte como engrosamiento de la pleura que recubre los vértices. ASSMANN da mayor importancia a estas modificaciones en las placas, especialmente en la constatación de manchas focales. Por el contrario la opacidad general de los vértices que antes era considerada como de gran importancia, posee actualmente una significación relativa, sobre todo cuando solamente se constata en la radioscopia. En muchos casos, sin embargo, puede ser producida por procesos tuberculosos, tratándose de groseras condensaciones del parénquima.

No hay que olvidar las modificaciones de los vértices pulmonares de naturaleza no tuberculosa y que más adelante describiremos, en especial las que dan sombras sub-

claviculares, p. e. la disminución de la aireación por procesos pneumónicos o pleurales que puede sufrir engrosamiento de naturaleza no tuberculosa. Una fuente de errores importante en la radiografía reside en el hecho de que los espacios intercostales anchos aparecen más claros que los angostos; pero fisiológicamente existen a menudo notables diferencias de amplitud de los espacios, especialmente los que corresponden a los vértices. Sobre todo la interpretación subjetiva de la imagen a la pantalla está expuesta a más grandes errores que la observación, en calma, de la placa objetiva. De todo esto es fácil convencerse haciendo interpretar la imagen a la pantalla, durante la radioscopia, a varios observadores, y haciendo ver el mismo caso en dirección dorso-ventral y ventro-dorsal. De aquí resultan diferencias considerables en los resultados. Por lo tanto hay que tener mucho cuidado en la interpretación de una opacidad unilateral del vértice, especialmente cuando el examen sólo se ha verificado con la radioscopia. Cuando ambos vértices aparecen igualmente oscurecidos, entonces no es posible emitir ningún juicio con precisión. El aclaramiento de los vértices al toser debido al aumento del aire contenido y que en condiciones patológicas no se presenta o solamente en una medida mucho menor, sirve a KRENZFUCHS para sacar consecuencias sobre el estado normal o patológico del pulmón. SAHLI había observado a la inspección externa del tórax que el vértice pulmonar infiltrado y sobre todo el cirrótico, se abombaba mucho menos a la tos, principio que sirvió a KRENZFUCHS en sus observaciones radioscópicas. Por el hecho de dirigir la cabeza hacia un lado o levantar el brazo queda modificada la posición del tórax y en forma normal pueden producirse diferencias de claridad de los campos de vértice, de manera que una comparación entre los grados de claridad de ambos vértices no puede ser valorizada.

Los principales diagnósticos a diferenciar son:

*Manchas pleurales.* Fácil de eliminar las manchas pleuríticas por la superficialidad de su asiento.

*Pleuritis cisurales.* Pueden ser motivo de confusión pe-

ro sin embargo ofrecen signos clínicos llamativos, haciendo su evolución insidiosamente; siendo foco exudativo representa una reacción que tiende a limitar el proceso y ofrece una historia distinta a la del primer período del infiltrado precoz.

*Absceso pulmonar.* Comienzo clínico con fiebre alta, las molestias consiguientes; después de este estado prodrómico se presenta la vómica de pus fétida; análisis de esputo siempre negativo y abundante presencia de fibras elásticas; el examen de sangre corresponde a un proceso supurativo. Estos abscesos comienzan en veces radiográficamente como una sombra de infiltración pequeña y de bordes difuminados; pero si en esta zona perifocal la reabsorción se produce, sus bordes aparecen más definidos y regulares, pudiendo ocultarlo las costillas, la escápula, la clavícula o la superposición o entrecruzamiento de las sombras de estos huesos. Si la fijeza de los contornos es neta la sombra radiográfica es de un absceso pulmonar en su principio, densificándose después y haciéndose más intensa la reacción del tejido circundante. Por último en algunos casos nos servirá para el diagnóstico el nivel líquido. Naturalmente todos los datos clínicos y de laboratorio, de regla en estos casos, hacen el diagnóstico preciso.

*Quistes hidatídicos y metastasis pulmonares.* Tienen radiográficamente formas redondeadas de bordes netos deformados por la reacción pulmonar consiguiente. Debe tenerse presente que la densidad de estas sombras producidas por quistes o tumores no da límites muy precisos como generalmente se cree.

*Siembras hemáticas intrapulmonares.* Las siembras hemáticas intrapulmonares comprenden las siembras granúlicas parciales intrapulmonares y las que en su inicio corresponden a la antigua abortiva de BARD. Son muy frecuentes y se las agrupa entre las formas del segundo período; ambas en su inicio tanto clínico como radiográfico pueden dar cuadros semejantes al infiltrado precoz. Radiológicamente se encuentra la siembra en uno o en ambos pulmones ocupando de preferencia los vértices, entendién-

dose como tal la porción de pulmón servida por la rama bronquial superior desde el punto de vista anatómico y la porción limitada por la clavícula y la primera costilla en su parte inferior como vértice radiológico. En algunos casos la sintomatología subjetiva es pobre y en otros como en el caso de la abortiva de BARD se inicia con una fase congestiva hemoptoica, ligeramente pirética, seguida de fenómenos de resolución. SIMON y REDEKER han hecho la descripción de estos procesos y consideran: 1° los nódulos múltiples que se aprecian nítidamente a la radiografía que constituyen las perdigonadas de los franceses, 2° cicatrices estrelladas que se forman por reunión de nodulitos esclerosos y 3° grandes nódulos aislados cuya descripción precisa ha sido hecha por ASCHOFF-PUHLL. Dentro de estas sombras clásicas hay intermediarias, producto de dos o más de las descritas. Es frecuente el compromiso pleural y observaremos a la radiografía una pleuritis en casquete en el ápice, que puede abarcar parte o todo el vértice, el que por el proceso de cicatrización va reduciéndose y las imágenes nodulares acercándose.

En el período agudo congestivo se puede apreciar a la radiografía sombras semejantes a la neumonía, debido a la zona inespecífica y que se diferencia por su evolución. A la auscultación se aprecian signos de congestión, submacicez de vértice, muchas veces sólo respiración soplante o ruda, subcrepitantes finos. Estos signos desaparecen al mismo tiempo que se implanta la esclerosis. Estos procesos rara vez evolucionan hacia la fusión y a la formación de cavidad; tienen tendencia a la esclerosis y al poco tiempo, si se toma nueva placa, muchas veces no se aprecia huella alguna en contradicción con otras en que la pleuritis apical es gruesa lo mismo que las cicatrices nodulares.

*Infiltrado redondo.* El infiltrado redondo, etapa de evolución del infiltrado precoz, cuya denominación de infiltrado no está de acuerdo con la naturaleza de la lesión, tiene ciertas particularidades que hicieron catalogarlo, al principio, con personalidad clínica y patogénica. Es una lesión tuberculosa pulmonar que radiográficamente tiene forma redondeada, de densidad variable, homogénea o nó y

de contornos más o menos netos, con particularidades evolutivas de gran cronicidad, todo lo cual justificaría un pronóstico distinto del de los infiltrados precoces.

En 1931 FRAENKEL resume su criterio sobre el infiltrado redondo, que separa de otras lesiones tuberculosas como el complejo primario, los focos de diseminación hemática, los reinfectos apicales, etc. Después de describir las características radiológicas con que ya lo definimos al principio, emite la hipótesis de que representa la fase más temprana del infiltrado precoz y si ciertamente algunos quedan estacionarios durante largos períodos de tiempo, muchos evolucionan hacia la destrucción cavitaria.

NEUMANN dice que por su morfología, patogenia, curso y significación pronóstica el infiltrado redondo ocupa posición especial y no debe confundirse con el infiltrado precoz. Hace notar que hay ocasiones en que un infiltrado precoz genuino puede proyectar una sombra redondeada y bien limitada.

Es, indudablemente, más raro que las otras formas infiltrativas, debido a la poca investigación radiográfica, a la ausencia de signos clínicos, siendo su hallazgo casual en la mayor parte de las veces, al desconocimiento de los estadios que le preceden, hecho que ha dado lugar a múltiples interpretaciones más o menos lógicas a cerca del lugar que le corresponde en la evolución del proceso tuberculoso y así se ha hablado de su analogía con los nódulos de GOHN y los de ASCHOFF-PUHL y de su consideración como fase prodrómica o consecutiva del infiltrado de ASSMANN-REDEKER.

BRAEUNING y REDEKER ven en el infiltrado redondo focos derivados de otros focos de origen hematógeno. LOEFFLER lo califica de foco secundario.

Interesa hacer resaltar el hecho evidenciado por SAYE de que el "infiltrado redondo" puede aparecer como imagen residual de procesos parenquimatosos caseosos y ulcerativos. Para este autor algunas imágenes redondeadas aisladas serían de origen pleural, análogas a los cuerpos fibrinosos que se observan en el curso del pneumotorax artificial. A nuestro modo de ver estos procesos deben quedar

fuera del marco del infiltrado redondo por no presentar con él más relación que la semejanza en el aspecto físico.

FRAENKEL, que como hemos dicho sostiene que el infiltrado redondo es el comienzo del infiltrado precoz, es combatido con los argumentos siguientes: 1º porque de ser cierto, habría un paralelismo de frecuencia que los hechos desmienten y 2º porque se trata de lesión avanzada y no inicial.

STAUB piensa que puede ser la última etapa del infiltrado precoz. Concepto muy exclusivista, porque el enquistamiento no es patrimonio del infiltrado precoz.

PAGEL dice que la forma infiltrativa en general, debe su origen, más que a una determinada virulencia, cantidad y vía de ingreso de los gérmenes, a una cualidad específica del terreno de mayor o menor resistencia. Como sabemos el infiltrado redondo no es patrimonio de ninguna edad, es raro en la infancia y adolescencia y aumenta su frecuencia en las edades medias de la vida.

La patogenia del infiltrado redondo, como la del infiltrado precoz es poco concreta. La mayoría de los autores le asignan un origen hemático. Clínicamente se caracteriza por la escasez de síntomas locales y hasta de fiebre. Con frecuencia falta el esputo y cuando existe no contiene bacilos.

FLEISCHNER lo considera como lesiones caseosas rodeadas de una cápsula fibrosa con tendencia a la calcificación.

DIEZ y NAVARRO afirma que probablemente muchos de los infiltrados precoces sin reacción perifocal serían más bien infiltrados redondos. Dice que cuando un infiltrado precoz se hace cavitario se ve claramente cómo tiene ya formada su envoltura fibrosa que es la que constituye la pared de la caverna y que debe tenerse presente que aún las cicatrices residuales de cavidades son a veces asiento de una reacción perifocal y que en este caso se presenta con sombra radiográfica de infiltrado precoz típico. Es decir que no existe diferencia fundamental entre infiltrado precoz e infiltrado redondo, sólo meramente cuantitativa. Hace presente en apoyo de esto que no se debe olvidar que el nódulo de primera infección se aísla con una cápsula conec-

tiva y sin embargo es asiento de una gran reacción perifocal, constituyendo la reacción primaria de REDEKER.

En cuanto al diagnóstico debe ponerse mucho cuidado; debe hacerse naturalmente atendiendo a toda clase de signos clínicos y datos anamnésticos que el enfermo nos proporcione y recordando que la sola radiografía no es suficiente para hacer el diagnóstico de tal infiltrado, por redondas que sean las sombras que en ella aparezcan. Hay que dar un gran valor a los antecedentes infectantes, ya que la prueba objetiva, el bacilo en el esputo, rara vez se encuentra. Todo esto obliga a un cuidadoso diagnóstico diferencial antes de aceptar que una sombra redonda pulmonar sea tuberculosa. Respecto a su evolución se puede aceptar el criterio de STRAUB, para quien la evolución crónica y la estabilidad lesional dependen del aislamiento y de la ausencia de comunicación bronquial. La evolución hacia la tisis común depende de su apertura en el bronquio.

*Síndrome de Loeffler.* En 1931 Loeffler describió una enfermedad pulmonar caracterizada, fundamentalmente, por signos clínicos poco marcados, signos radiográficos evidentes y un cuadro hemático particular. Su etiopatogenia todavía está en discusión; los signos clínicos no tienen nada de característico, todo lo que hace que este síndrome pase desapercibido. En cambio los signos radiológicos con el cuadro hemático permiten establecer el diagnóstico y diferenciarlo del infiltrado precoz. Las sombras radiológicas presentan un aspecto proteiforme, de localización caprichosa, pero con cierta preferencia por la región subclavicular; son de extensión y densidad variable, que van desde las opacidades intensas hasta las sombras tenues, de límites a veces muy netos y otros imprecisos, en número inconstante, pudiendo presentarse focos únicos o múltiples, estos últimos aislados o confluentes, uni o bilaterales.

Lo más importante, característico de este síndrome es la fugacidad de las sombras radiológicas que permiten distinguirla de otros aspectos radiológicos. El cuadro hemático es característico, la eosinofilia es un signo patognomónico del síndrome; varía entre 5 y 10 % o más, regresa a su valor normal en el término de una semana a dos meses



La eritrosedimentación es normal o algo aumentada. La reacción tuberculínica puede ser negativa, la baciloscopia lo es siempre. Tales son los principales signos que diferencian el síndrome de Loeffler del infiltrado precoz.

*Gomas sifilíticas.* Pueden provocar sombras parecidas a las del infiltrado precoz. En los últimos tiempos ha disminuido aún más la formación de nódulos gomosos en el curso de la lúes. En los pulmones se les observa especialmente en los lóbulos medio e inferior, pero también se les ha observado en la parte inferior del lóbulo superior derecho predominando la localización yuxta-hiliar. En la radiografía provoca sombras de gran condensación, redondeadas y con contornos bastante precisos, netos, los cuales pueden aparecer aislados, o por el contrario ser múltiples. La posterior formación cicatricial conduce a un límite o contorno irregular. Siendo los gomas procesos destructivos deben ser diferenciados de las cavernas tuberculosas, de irregular configuración. Son difícilmente reconocibles a causa de la gran condensación del tejido gomoso. Por regla general, aparte de los gomas, no aparece en los pulmones ninguna otra formación focal, circunstancia que conviene tener en cuenta como dato de gran valor para el diagnóstico diferencial. En la lúes intersticial, existen a veces junto a gomas situados en el campo hilar bandas anchas fibrosas y sombras en forma de manchitas en ambos pulmones:

La forma gomosa de la sífilis pulmonar no puede ser diagnosticada por regla general por la exploración clínica. La percusión y la auscultación aportan datos negativos, puesto que los procesos patológicos suelen estar en estos casos muy profundos y ser centrales. A veces se encuentran signos de una bronquitis local, lo cual debe de ser motivo de una investigación detenida. El examen repetido de la expectoración eventual, investigando la presencia del bacilo de Koch, nos proporciona el dato de poder excluir, en ocasiones, una tuberculosis. Un valor absoluto para el diagnóstico, tiene la determinación de otras alteraciones sifilíticas del período terciario.

En fisiología y principalmente en lo que se refiere a

infiltrado precoz, debe darse a la radioscopia y a la radiografía en el diagnóstico diferencial el papel que les corresponde preponderantemente, teniendo siempre en cuenta que el infiltrado precoz tiene en esas exploraciones una expresión de capital importancia; pues hemos observado que en muchos casos con sintomatología indecisa, signos físicos nulos o escasos, análisis de sangre con moderado apartamiento de las condiciones normales, es siempre la radiografía la que nos advierte y denuncia la presencia de un infiltrado precoz.

#### EVOLUCION RADIOGRAFICA Y CLINICA DEL INFILTRADO PRECOZ

La evolución radiográfica del infiltrado típico de ASSMANN se aprecia merced a la sucesión de placas, que van mostrando las diversas etapas evolutivas que en vías hacia la resolución, la fibro-caseosa extensiva o hacia la esclerosis, presenta esta forma de inicio de la tisis común.

Valiéndose de los Rayos X se obtienen sombras de infiltrados imposibles de diagnosticar clínicamente, cuya desaparición por resolución es mucho más frecuente de lo que se creía antes; lo que ha hecho pensar, con razón, de que no todas las sombras en el curso de un proceso patológico pulmonar, son de origen fimatoso, y que tales sombras, capaces de desaparecer, no se deben posiblemente a espesamientos tuberculosos, sino que pueden ser producidas por infecciones o por una enfermedad intercurrente. Pero la experiencia clínica demuestra que en la mayoría de los casos las sombras son producidas por el mismo bacilo tuberculoso. Y que, por otra parte, no se puede negar que existen procesos pneumónicos no específicos capaces de seguir la misma evolución.

Todos los autores alemanes han señalado la posibilidad de curación espontánea del infiltrado precoz. Según JAQUEROD la regresión no se hace por calcificación o transformación fibrosa, sino que se resuelve totalmente, como lo hace una pneumonia aguda, no diferenciando en realidad un proceso de otro sino en cuanto al tiempo.

El estudio del aspecto que puede tener la imagen radiológica en el punto preciso donde va a formarse el Früh-infiltrat tiene preocupados a los autores alemanes. Al respecto, debido al poco número de observaciones con documentación radiográfica, no se atreven a sentar conclusiones sobre el valor que en la génesis del infiltrado precoz pueden tener las modificaciones donde va a aparecer la sombra de dicho infiltrado.

PELLIER en su tesis en 1934 afirma que existe un estado reticular precursor del Früh-infiltrat, es decir, una manifestación ultraprecoz, según la terminología alemana.

Una segunda forma de evolución es la induración del foco de infiltración por desarrollo de tejido conjuntivo que va a la cicatrización esclerosa. La imagen radiológica se oscurece desde luego, puesto que ella se atenúa secundariamente dejando en su lugar algunos tractus fibrosos, algunas veces lindantes al hilio y una cicatriz hacia la clavícula que representa el rezago de la lesión inicial. REDEKER atribuye cierta importancia a la extensión alta o baja que sigue el infiltrado precoz subclavicular. El infiltrado que se desarrolla en dirección del vértice tiene tendencia espontánea a la esclerosis; el de la base tiene una evolución grave y maligna, principio que no es aceptado porque la dirección en que se desarrolla el infiltrado no indica su posibilidad evolutiva. Hemos observado infiltrados precoces malignos que se desarrollan por encima de la clavícula, que han hecho diseminación broncogena y han ido a la tisis común.

STEPHANI hace notar que puede curar el Früh-infiltrat, especialmente el tipo subclavicular, por esclerosis, después del estado de caseificación, sin haber pasado necesariamente por excavación, o también puede terminar por la esclerosis retráctil de todo un vértice, lo que se aprecia tanto a la radioscopia como en la placa.

La tercera forma de evolución, prácticamente la más importante: la evolución hacia la caseificación, extraordinariamente frecuente. En algunos casos es tan precoz, que se observa ya en la primera exploración radiográfica a poco tiempo de sentirse enfermo el sujeto. Esta ulceración

llamada por los alemanes "Frühkaverne" aparece en la radiografía con límites muy vagos y poco precisos, acodándose e interrumpiéndose, o mejor entrecortándose en ocasiones el fino rasgo que la circunscribe. Adopta así una forma irregular, ya redondeada, cuadrangular o elipsoidea; es pocas veces circular, sobre todo si se observa en su inicio. Cuando se ha producido la eliminación total del centro caseoso, la fuerza de tracción periférica, obrando concéntricamente tiende a darle una forma circular. Puede presentarse un nivel líquido y dibujarse a veces perfectamente su contorno circular. Muchas veces no aparece en la placa el límite superior del contorno cavitario, hay que descubrirlo cambiando de posición al enfermo porque la clavícula y la primera costilla la ocultan. Generalmente la imagen de retención se observa en las cavernas situadas en la región media o en la base, por tratarse de cavidades de evacuación más difícil, a causa de la dirección ascendente del bronquio de drenaje. En las situadas en el tercio superior generalmente no presentan nivel líquido, debido a la dirección declive de dicho bronquio; se limpian constantemente, a no ser que el bronquio de drenaje se obture, como pasa a veces en las cavernas crónicas y dé lugar a la retención.

A partir de la caverna precoz, se hacen siembras por aspiración, pues, según REDEKER, el material bacilífero que parte del foco de infiltración subclavicular penetra en el árbol bronquial a través del cual llega a otras regiones pulmonares, donde forma focos metastásicos que se aprecian en la radiografía con el aspecto de focos bronconeumónicos, debido al correspondiente halo inespecífico. Estos focos siguen la misma evolución que su progenitor, más maligna y más rápida; en este caso la radiografía semeja una tisis común. Muchas veces no sólo nos encontramos con la sombra radiográfica sola del infiltrado precoz, sino que se acompaña de reacciones exudativas pleurales debidas a su implantación periférica.

La embolia brónquica que va a producir una "infiltración hija" puede obturar una rama bronquial y producirse una atelectasia que puede ser masiva, parcial o lobulillar, que la radiografía nos permite conocer.

A partir de un infiltrado precoz puede originarse una diseminación hemática que puede predominar en el pulmón o en otro órgano de la economía; en el primer caso la placa nos mostrará además de la sombra del infiltrado precoz la que nos indica una siembra de aquel tipo.

En cuanto a las otras localizaciones del infiltrado precoz: bilateral, parahiliar, de base y apical, son menos frecuentes que el típico de ASSMANN-REDEKER; las formas que adoptan en las placas son diversas y no permiten atribuirle una forma determinada.

Respecto a la evolución clínica del infiltrado precoz, nos referiremos a los diagnosticados radiográficamente, ya que clínicamente muchos pasan desapercibidos y se curan solos, sin que ningún tratamiento haya intervenido. El hecho de que infiltrados precoces aún con pequeña ulceración tuvieran regresión espontánea ha sugerido a algunos autores alemanes a considerarlos como de evolución favorable. Pero otros, por el contrario, impresionados por la rapidez con que se forman las cavernas, consideran al infiltrado precoz como una lesión habitualmente maligna, lo que ha sido demostrado por FRIESCHBIER y BECKMAN al observar a los pacientes que concurrían a los Dispensarios de Berlín y que eran portadores de infiltrados precoces. Tal hecho ha sido ampliamente comprobado por nosotros y en nuestra casuística hacemos ver el número bastante subido de infiltrados precoces que han evolucionado hacia la tisis común. Hemos apreciado que en las estadísticas europeas el número de infiltrados precoces que evolucionan hacia la regresión y cicatrización es 38 a 45 %, justificándose esto por estar los pacientes en Sanatorios perfectamente controlados.

En nuestro medio y mientras el portador de un infiltrado precoz sea tratado ambulatoriamente lo consideramos, por muy a su inicio que lo diagnosticuemos, como una lesión maligna y que en general va a ser evolutiva y que requiere una supervigilancia muy atenta; incluimos entre estos al impropriadamente llamado infiltrado redondo cuya característica esencial es su tendencia a estacionarse e ir a la calcificación.

El pronóstico, como es natural, está condicionado por la evolución, que será tanto más favorable cuanto más precoz se implante la colapsoterapia.

#### TRATAMIENTO DEL INFILTRADO PRECOZ

El éxito del tratamiento en tuberculosis, como acontece siempre en medicina, depende directamente de un diagnóstico precoz. En estos últimos años la perfección alcanzada por las técnicas radiográficas permiten al especialista hacer un diagnóstico precoz de la fimatosis inicial y realizar una terapia colapsante con la que se obtiene a diario éxitos que obligan y estimulan a un mayor perfeccionamiento técnico.

Manuel de Abreu, de Río de Janeiro, en 1936, hizo un gran aporte para el diagnóstico precoz de la tuberculosis al perfeccionar la roentgfotografía e implantarla como método sistemático de examen del pulmón en agrupaciones de numerosos individuos. Valiéndose de ella se logran sorprender formas de inicio de tuberculosis pulmonar cuyas manifestaciones clínicas no eran ostensibles y que debían ser tratadas de inmediato para evitar el desarrollo de la tisis común.

Hoy en día en Tisiología, es indispensable hacer el diagnóstico de un infiltrado precoz oportunamente y como consecuencia de la experiencia adquirida en el tratamiento debemos sentar un principio que debe ser admitido por todos: *un infiltrado precoz es sinónimo de neumotórax precoz* y como procedimientos complementarios de la curación pneumotorácica, se deben tener la cura de reposo, la climática, la medicamentosa (remineralización, vitaminas, quimioterapia) y los procedimientos quirúrgicos en caso de no ser posible un pneumotórax o ser ineficaz por sinequias pleurales.

Sabemos las características evolutivas del infiltrado precoz, su tendencia a ulcerarse y producir diseminaciones broncógenas engendrando así una fibro-caseosa extensiva. FORLANINI, el creador de la pneumoterapia, estimaba que el reposo pulmonar es el más importante para la curación de las lesiones tuberculosas. La inmovilización pulmonar

crea, efectivamente, condiciones adversas para la progresión de la tuberculosis. La pneumoterapia no es simplemente un tratamiento local, sino una terapéutica general. Todos conocemos las modificaciones que sufre la fisiología pulmonar en la cura por el neumotórax y las teorías que se ponen en juego para explicar su acción y llegar a la cura anatómica y clínica de lesiones tuberculosas pulmonares.

La favorable acción del neumotórax aún tiene otros efectos beneficiosos: sociales y económicos. Sociales, porque con su acción se practica profilaxis de la enfermedad, volviendo a los enfermos bacilíferos, abacilíferos; y económica, porque siendo esta forma de inicio a evolución maligna, aplicándose de inmediato pneumotórax se consigue la recuperación rápida del enfermo que al reintegrarse nuevamente al trabajo produce su antiguo valor en la economía de la colectividad a que pertenece.

Según observaciones verificadas sabemos que hay posibilidad de que cavernas de regulares dimensiones curen sin pneumoterapia; con curas de reposo; en caso de infiltrado precoz, es posible obtener curaciones completas valiéndose del reposo y clima favorable, incluso en los casos rápidamente progresivos, por estacionamiento del proceso. Pero estas curas de reposo son costosas y por lo tanto poco accesibles para la generalidad de los pacientes que tienen en su mayoría modesta situación económica. Por lo demás el resultado es difícil de prever. Las curas de reposo tienen a menudo escasa influencia sobre los procesos exudativos de los jóvenes. Merced a ellas pueden obtenerse, sin duda, remisiones más o menos largas; otras veces surgen caseificaciones, después de conseguida la remisión, que compromete el resultado terapéutico alcanzado, lo mismo que diseminaciones tanto hemáticas como broncógenas. El pneumotórax no impide en todos los casos tales sorpresas, pero sí logra disminuir su frecuencia. Por el contrario, el empleo oportuno del pneumotórax permite la curación de procesos exudativos recientes o lesiones productivo-cavitarias en menor tiempo que el requerido por la cura de reposo, ofreciendo además la ventaja de ser practicable, conservándose casi siempre la capacidad de trabajo, circunstancia

de trascendental importancia tanto por los gastos que impone la enfermedad al paciente y sus familiares, como por otra serie de factores sociales y de orden psíquico muy atendibles. La larga duración de esta enfermedad y el apartamiento del paciente de sus actividades determinan perturbaciones que se proyectan en el campo social y económico. Los enfermos se sienten excluidos de las colectividades; las frecuentes recomendaciones de los médicos orientadas a evitar que propaguen el mal, engendra en ellos un sentimiento deprimente; la larga duración de las curas de reposo despierta en los enfermos el temor de ser inútiles y de arrastrar una vida sin objetivo. Con el pneumotórax se consigue, en la gran generalidad de los casos, una rápida desaparición de los bacilos de Koch en la expectoración. Los pacientes en poco tiempo se encuentran aptos para realizar trabajos ligeros, evolucionando su mal favorablemente, sin presentar con el transcurso de la cura ninguna complicación.

El factor clima al que ha querido dársele tanta importancia en el tratamiento de esta forma inicial de tuberculosis, no tiene el menor interés al lado del tratamiento soberano: la *colapsoterapia*. Debe evitarse a todo trance la prescripción, afortunadamente seguida por un reducido número de médicos, generalmente no especialistas, de enviar a los enfermos a clima de altura donde el "aire puro" va a encargarse de curarlos, faltándoles todo tratamiento racional y científicamente conducido. El clima de altura no deja de tener influencia siempre que el enfermo esté en reposo y bien alimentado; es perfectamente admisible lo difícil que es reunir pruebas concluyentes sobre la existencia de un clima 100 % favorable para la cura de la tuberculosis. Si el factor clima tiene alguna influencia sobre la evolución de las lesiones tuberculosas, la garantía de éxito en los casos curables no sólo está en el clima sino en que los enfermos estén en manos de médicos especialistas y en sitios en que además del clima existan los recursos modernos para el tratamiento.

MAC DOWEL, fisiólogo de Río de Janeiro, dice refiriéndose al pneumotórax en el tratamiento del infiltrado precoz:



“la necesidad cada vez más justificada, de la precocidad de instalación de un pneumotórax, es confirmada sin exageración por los resultados benéficos que se obtienen en un ciento por ciento, sobre todo en los unilaterales”.

Las ventajas inobjetables de la implantación inmediata de un pneumotórax a continuación de haberse diagnosticado un infiltrado precoz, se apoyan en las siguientes razones: 1° lesiones nuevas y unilaterales son más fáciles de curar, 2° menor probabilidad de encontrar adherencias, 3° cura más rápida, 4° menor probabilidad de que aparezcan nuevos focos, 5° mayor probabilidad de restituo ad integrum, 6° menor número de complicaciones pleurales, 7° duración menor del tiempo de colapso y 8° el pneumo no trae perjuicio, al contrario siempre es beneficioso, para las lesiones controlaterales, sin las hubiere.

El colapso debe instalarse aun sin comprobación del bacilo, después de haber eliminado cualquier otra neumopatía y sin vacilaciones, cuando el paciente nos hace saber que ha permanecido en un medio donde existe un fimatoso en actividad.

Es necesario saber que el mayor éxito se obtiene al tratar formas unilaterales. Sin embargo en algunos casos cuando interfiere una complicación o extensión del proceso podemos esperar que éstas desaparezcan para iniciar la cura pneumotorácica. Nos referiremos a diseminaciones sean hematógenas o broncógenas. En las primeras, el tratamiento colapsante se encuentra contraindicado, en cambio en las segundas, o broncógenas que bilateralizan un infiltrado precoz, se debe orientar la terapéutica hacia la pneumoterapia. En cuanto a las diseminaciones hemáticas a larga distancia que toman la laringe, el intestino, etc., debe en algunos casos practicarse el pneumotórax y es bastante conocida la acción tan beneficiosa sobre la evolución de las lesiones extra-pulmonares de este tipo; posiblemente el colapso del foco pulmonar impide que los productos tóxicos que parten de él sigan provocando reacción en los focos situados en el intestino y laringe que son los más frecuentes.

En los casos de bilateralización y de sínfisis en que más cerca estamos de una tisis común que de su forma de

inicio, el tratamiento por el pneumotórax bilateral puede dar, en algunos casos, resultados pero en su mayoría se indica tratamiento medicamentoso: remineralización, vitaminas etc., cura higiénico-dietética y, si es posible, residencia en sitios donde el clima no tenga variaciones bruscas de temperatura y facilidades para una buena alimentación.

En caso de bridas que muchas veces sólo se localizan con auxilio de la pleuroscopía y que obstaculizan la eficacia del pneumotórax, debe procederse a seccionarlas. En casos de sínfisis, cuando es imposible el colapso selectivo por el pneumotórax, se recurrirá a los métodos quirúrgicos: frenicectomía si es la lesión de base o como operación previa para verificar una toracoplastía.

#### EL INFILTRADO PRECOZ EN NUESTRO MEDIO

Para fundamentar el presente estudio del infiltrado precoz en nuestro medio hubiéramos deseado verificar una verdadera estadística en todos los centros de asistencia a pacientes tuberculosos; pero es indudable que al seguir tal orientación en nuestra investigación hubiéramos caído en lamentable error, pues ya lo hemos dicho al comienzo de nuestro estudio que el verdadero diagnóstico de infiltrado precoz ha comenzado a tomarse en cuenta desde que empezó a dictarse la Cátedra de Tisiología. Además existe otra causa de error en el hecho de que al investigar el arsenal estadístico de los establecimientos asistenciales, y especialmente en el Hospital "Dos de Mayo" hasta el año de 1930 no hemos encontrado en los libros donde se hacían las anotaciones diagnósticas de los Servicios de Tuberculosis ni en los Consultorios Externos un solo caso que sea portador de un infiltrado precoz como forma de inicio de la tuberculosis pulmonar.

Anotadas tales deficiencias diagnósticas y deseando obtener cifras estadísticas, sino absolutas, a lo menos encuadradas dentro de un marco de veracidad estricto, hemos dirigido nuestras investigaciones hacia los dos últimos establecimientos dispensariales inaugurados en Lima y cuyo funcionamiento nos da una mayor cifra de veracidad estadística por el hecho de que en ellos laboran cotidianamente

quienes sin omitir esfuerzo ni sacrificio alguno han procurado hacer un diagnóstico eficiente de las formas clínicas de la tuberculosis pulmonar. Algo más, tienen una pléyade de colaboradores con conocimiento amplio de la materia para llegar a tal fin y que, en consecuencia, al estar adiestrados en ese diagnóstico precoz nos eximen toda posibilidad de error.

Por estas consideraciones nuestras investigaciones sólo están circunscritos a dos dispensarios: el Dispensario Central Antituberculoso dependiente del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y el Dispensario "Orbegoso" del Hospital "Dos de Mayo" anexo a los Servicios de Santa Rosa de este nosocomio. La investigación hecha en estos establecimiento ha sido sobre la base de la cantidad total de enfermos que se han presentado a ser examinados, los que siempre son diagnosticados y debidamente fichados, conservándose en ese fichero no sólo el estado de los pacientes en el momento de ser examinados y diagnosticados, sino también todo lo que se relaciona al inicio de la infección, a sus datos bacteriológicos, radioscópicos, radiográficos, además del tratamiento aconsejado, la evolución y la historia completa de la terapia seguida y los controles verificados. Por eso he creído conveniente fundamentar mi estadística sobre tales establecimientos ya que se conservan intactos todos los datos precisos que son indispensables para tener estadísticas y porcentajes seguidos por una estricta investigación, exenta de causas que las puedan inducir a equivocaciones que en esta clase de estudios pueden ser perniciosas para las conclusiones a que deseamos llegar.

La cantidad de pacientes o fichas revisadas suman 5,662, en los dos dispensarios. Hemos obtenido en el Dispensario Central 4,500 fichas, de las cuales son de varones 2,538 y de mujeres 1,962; obteniendo la cantidad de 336 infiltrados precoces de los cuales pertenecen a varones 182 y a mujeres 154. El porcentaje total es de 7.46 %, siendo en hombres de 7.17% y en mujeres de 7.84 % según el cuadro N° 1 a.

En el Dispensario Orbegoso en que sólo se atienden a varones, las fichas revisadas han sido 1.162 entre las cua-

les hemos encontrado 27 infiltrados precoces, dándonos un porcentaje de 2.32 %. Es indudable que el porcentaje obtenido en este dispensario si es mínimo es un hecho real en la práctica ya que por estar anexo a los Servicios de hospitalización de Santa Rosa, acuden enfermos en etapa avanzada de evolución, es decir, incurables. En cambio al Dispensario Central, acuden gentes de distinta categoría social, la mayoría de las cuales va por saber su estado de salud, por consejo de sus familiares o por los pocos medios de propaganda. Es por eso que las formas de inicio en su primera etapa evolutiva son más frecuentes. En el cuadro N° 1 b consignamos los datos estadísticos encontrados en el Dispensario "Orbegoso".

En la revisión total de ambos dispensarios, Central y Orbegoso hemos encontrado las siguientes cifras: un total de 5,662 fichas corresponden 3,700 a varones y 1,962 a mujeres, encontrando la cantidad de 363 infiltrados como número total, de los cuales corresponden a mujeres 154 y a varones 209. En porcentajes tendríamos: en el total o sea en 5,662 fichas hay un 6.41 %, de infiltrados precoces: del número total de fichas corresponden a hombres 3,700 con 209 infiltrados precoces, o sea un 5.64%, y a mujeres corresponden 1,962 fichas con 154 infiltrados precoces, o sea un 7.84 %, según consta en el cuadro N° 1 c.

Al verificar el estudio de los 363 infiltrados precoces encontrados hemos querido consignar las características primordiales con que se han presentado los pacientes atacados de infiltrado precoz, es decir, hemos estudiado sus formas de localización, su forma de comienzo, su forma sintomática más frecuente, su forma evolutiva, el foco de contagio, la positividad o la negatividad del esputo, las características de su reacción biológica tuberculínica, la edad en que esos infiltrados se han presentado y por último el tratamiento a que han sido sometidos. De todos estos detalles clínicos sociales de los infiltrados precoces hemos obtenido los porcentajes respectivos, que consignamos en sus cuadros respectivos así como las gráficas que objetivan estos porcentajes, los que pasamos a discriminar separadamente.

Respecto de la *forma de localización* sobre los 363 infiltrados precoces encontrados, hay un predominio de la forma subclavicular derecha, con un total de 176 casos, le sigue en orden de frecuencia la subclavicular izquierda con 104 casos, la subclavicular bilateral con 28 casos, el infiltrado precoz parahiliar derecho con 20 casos, el parahiliar izquierdo con 10 casos, de base derecha 9 y de izquierda 4. En cuanto a las formas apicales, hemos encontrado en ambos lados 6. Los porcentajes discriminativos tanto para hombres como para mujeres se encuentran consignados en el Cuadro N° 2. Como vemos, podemos concluir que entre nosotros predomina la forma de localización subclavicular derecha.

Al ocuparnos de la *forma de comienzo*, de los 363 infiltrados precoces encontrados hemos obtenido que han verificado su comienzo de una manera insidiosa, la cantidad de 157;13 lo han hecho progresivamente, entendiéndose por tal el incremento de la sintomatología diariamente hasta llegar a presentar signos de impregnación y 193 lo han hecho bruscamente. Los porcentajes y las cifras obtenidas tanto en el Dispensario Central en hombres y mujeres y las correspondientes al Dispensario Orbegoso se encuentran consignadas en el Cuadro N° 3.

Una de las características anotadas en nuestra investigación sobre los 363 casos se refiere a la forma de predilección *sintomática* como se presentan los infiltrados precoces entre nosotros. Hemos encontrado 191 casos cuyo inicio sintomático ha sido hemoptoico, le siguen en orden de frecuencia la forma gripal con 80 casos, el catarro bronquial con 38 casos, la forma pseudo-palúdica, o sea la forma sintomática presentada por infiltrados precoces que se presentan y posiblemente han existido desde antes que se actualizara un paludismo latente o que éste anergiza lo suficiente al paciente para la implantación de un infiltrado precoz. Los enfermos refieren tener fiebre en la tarde, que se aminora o desaparece después de una sudoración profusa y que en vista de que no cede al tratamiento quinínico resuelven ir al Dispensario donde se les hace el diagnóstico; de esta sintomatología hemos encontrado un total

de 25 casos; la forma intestinal con 15 casos y la forma asintomática con 14 casos. Los porcentajes obtenidos en cada una de estas formas sintomáticas quedan consignados en el Cuadro N° 4.

En el estudio discriminativo de la *forma de evolución* que han seguido los 363 casos de Früh-infiltrat, hemos obtenido las cifras siguientes: en la forma no ulcerada 264 casos, correspondiendo al derecho 189 y 75 al izquierdo. Las formas que se han presentado al examen ya ulceradas son 83, de los cuales corresponden 44 al derecho y 39 al izquierdo; en estado de regresión se han encontrado 10; infiltrados redondos subclaviculares solamente se han encontrado 6. Estas cifras las debemos tener presente, ya que entre las formas de inicio el infiltrado precoz es el más frecuente y sin embargo hemos obtenido la cifra de 83 enfermos con lesión ulcerativa, es decir, en el mismo margen de la tisis común y por lo tanto de alto potencial evolutivo y alto poder contagiante. Por este hallazgo podemos consignar también, que en tuberculosis debe hacerse primordialmente obra profiláctica, toda vez que sea posible, de una manera efectiva. En cambio entre las formas no ulceradas hemos encontrado 264 casos a los cuales, si bien se les ha verificado investigación de esputo a aquellos que tenían expectoración, no se ha hecho en éstos la investigación sistemática del bacilo de Koch en el jugo gástrico, pues creemos que tal hecho nos habría puesto al descubierto un regular porcentaje entre los 264 pacientes con lesiones no ulceradas. Bien entendido que entre las formas ulceradas la mayoría han seguido una evolución progresiva de sus lesiones, sea haciendo diseminaciones broncogénas sobre el mismo lado o sobre el lado opuesto, otros han hecho diseminaciones hemáticas. La investigación estricta sobre la evolución de todos estos casos sólo consigna la de aquellos que han seguido un tratamiento pneumotorácico en el Dispensario. En cambio aquellos a quienes se les ha prescrito otro tratamiento que no sea el pneumotorácico no han sido controlados y es muy probable que su evolución ha sido hacia una tisis común. Las cifras obtenidas se encuentran consignadas en el Cuadro N° 5.

Al hacer el estudio sobre la etio-patogenia que ha regi-

do la producción de estos 363 casos hemos querido investigar tanto la presencia de la positividad del esputo como el factor foco de contagio; habiendo encontrado en la revisión de las fichas que de 363 infiltrados precoces diagnosticados radiográfica y clínicamente 85 han sido positivos, 191 negativos, resultando que en 87 casos por distintas causales no se les investigó. De la revisión de estas 87 fichas en las cuales no está anotado ni la positividad ni la negatividad del esputo, se descomponen así: por no solicitados 30; sin resultado anotado en la ficha 27 y por no haber expectoración 16. Estos datos se encuentran en el Cuadro N° 6 a y en el Cuadro N° 6 b.

En relación al *foco de contagio* hemos encontrado según las fichas examinadas que hay 254 pacientes que no dan razón de un foco contagiante, 84 contagiados por un foco familiar y 25 de contagio extra familiar. Datos por demás interesantes puesto que ellos resaltan dos hechos que deben hacernos reflexionar: dada la poca cultura de nuestro pueblo y la falta de propaganda, los pacientes ante un interrogatorio eficaz en vista de constatar el foco de contagio, no dan razón. De otro lado, que entre el contagio familiar y extra-familiar hay 109 casos comprobados, lo que representa un porcentaje de más del 30 %, sobre el cual se debe luchar con toda clase de medidas profilácticas por ser las principales fuentes de contagio de la peste blanca. En el Cuadro N° 7 se encuentran estos datos.

La *reacción tuberculínica de Mantoux* se practica sistemáticamente en el Dispensario Central a todo el que recurre a él, en el Orbegoso por falta de personal auxiliar no se la practica. En los 363 casos de infiltrado precoz hemos encontrado en estado enérgico a 248, de los cuales presentan una positividad de dos cruces 122 y con tres cruces 126; encontramos 88 enfermos sin investigación tuberculínica. Hecha la investigación del por qué resultaron 88 enfermos sin investigación tuberculínica se obtuvo el siguiente resultado: por no haberse aplicado 26 pacientes; sin resultado de la investigación pedida 44, y porque no se presentaron a la lectura de la reacción 18. Consignamos los datos en el Cuadro N° 8 a. y el Cuadro N° 8 b.

Hemos hecho la investigación, según fichas revisadas,

de la edad en que con mayor frecuencia se presenta el infiltrado precoz en nuestro medio. En el Cuadro N° 9 observamos que la mayor frecuencia oscila entre 17 a 24 años, obteniendo para los 17 años 21 casos y para los 24 años 22 casos; la más alta cifra corresponde a los 22 años con 29 casos y 27 para los 20 y 21 años de edad; después esta cifra oscila desde los 15 años con 11 casos, habiendo obtenido 11 casos para los 30 y 40 años. Estos datos los consignamos en el cuadro N° 8.

En lo que se refiere al *tratamiento* ya lo hemos dicho anteriormente que a infiltrado precoz diagnosticado se impone la terapia colapsante y es así que en los 363 infiltrados encontrados la mayoría, o sea 264 casos, son tratados con buenos resultados por el pneumotórax artificial los cuales son debidamente controlados radioscópica y bacteriológicamente. Con la indicación de clima y remineralización se tiene un total de 99 casos, correspondiendo la mayoría a varones con una cifra de 66 casos, cantidad bastante subida ya que esta indicación debe reservarse para pacientes que cuentan con los medios suficientes para hacer al lado del buen clima de altura el reposo debido y tomar la alimentación adecuada. Con frecuencia llegan a los Servicios hospitalarios enfermos que en la sierra su lesión ha seguido evolucionando hacia la tisis común porque en ese lugar han dormido mal y se han alimentado peor. A los pacientes que se les indica cura climática generalmente no se les vuelve a ver en el Dispensario donde se les controlaría de una manera eficaz. Muchos ingresan a los hospitales por bilateralización de sus lesiones y un mínimo porcentaje ha abandonado, en el total de pneumotorizados, su tratamiento por sínfisis pleural.

En el Cuadro N° 10 a y en el Cuadro N° 10 b se consiguan estos datos.

CUADRO N° 1 a.  
DISPENSARIO CENTRAL

	Varones	Mujeres	Total
Fichas revisadas . . . . .	2,538	1,962	4,500
Infiltrados precoces . . . . .	182	154	336
Porcentaje infiltrados . . . . .	7.17	7.84	7.46



CUADRO N° 1 b.  
DISPENSARIO ORBEGOSO

	Varones
Fichas revisadas . . . . .	1,162
Infiltrados precoces . . . . .	27
Porcentaje infiltrados . . . . .	2.32

CUADRO N° 1 c.,  
DISPENSARIO CENTRAL Y ORBEGOSO

	Varones	Mujeres	Total
Fichas revisadas . . . . .	3,700	1,962	5,662
Infiltrados precoces . . . . .	209	154	363
Porcentaje infiltrados . . . . .	5.64	7.84	6.41

CUADRO N° 2  
FORMAS DE LOCALIZACION

	Varo- nes	Muje- res	Total	Porcent. sobre el total general	
				Varones	Mujeres
Subclav. derecha . . . . .	107	69	176	29.47	19.00
„ izquierda . . . . .	54	50	104	14.87	13.77
„ bilateral . . . . .	14	14	28	3.85	3.85
Parahiliar derecha . . . . .	12	8	20	3.30	2.20
„ izquierda . . . . .	7	3	10	1.92	0.82
Base derecha . . . . .	4	5	9	1.10	1.37
„ izquierda . . . . .	3	1	4	0.82	0.27
Apical derecha . . . . .	4	2	6	1.10	0.55
„ izquierda . . . . .	4	2	6	1.10	0.55
Total . . . . .	209	154	363	57.57	42.42

CUADRO N° 3  
FORMAS DE COMIENZO

DISPENSARIOS CENTRAL Y ORBEGOSO

	Varo- nrs.	Muje- res.	Porcent. so- bre los 363.		Varones	
			V.	M.	Porcent.	
Insidioso . . . . .	84	67	25.00	19.94	6	22.22
Progresivo . . . . .	6	7	1.78	2.08	.	..
Brusco . . . . .	92	80	27.38	23.80	21	77.77
Total . . . . .	182	154	54.16	45.83	27	..

CUADRO N° 4  
FORMA SINTOMATOLOGICA

	Varon.	Mujeres	Total	Porcentaje sobre el total general.	
				Varon.	Mujeres
Hemoptoico . . . . .	113	78	191	31.12	21.48
Gripal . . . . .	48	32	80	13.22	8.81
Bronq. catarral . . . . .	19	19	38	5.23	5.23
Pseudo palúdico . . . . .	16	9	25	4.40	2.47
Intestinal . . . . .	10	5	15	2.75	1.37
Asintomática . . . . .	3	11	14	0.82	3.03
Total . . . . .	209	154	363	57.57	42.42

CUADRO N° 5  
FORMA EVOLUTIVA

	Varones	Mujeres	Total
No ulcerado derecho . . . . .	112	77	189
„ „ izquierdo . . . . .	36	39	75
Ulcerado derecho . . . . .	29	15	44
„ izquierdo . . . . .	24	15	39
En regresión . . . . .	5	5	10
Inf. redondo subclavicular . . . . .	3	3	6
Total . . . . .	209	154	363

CUADRO N° 6 a.

BACILOSCOPIA

DISPENSARIOS CENTRAL Y ORBEGOSO

	Varones	Mujeres	Total
Negativo . . . . .	105	86	191
No se investigó . . . . .	56	31	87
Positivo . . . . .	48	37	85
Total . . . . .	209	154	363

CUADRO N° 6 b.  
BACILOSCOPIA

DISPENSARIO CENTRAL

*Discriminación de los no investigados.*

	Varones	Mujeres	Total
Por no solicitados . . . . .	15	15	30
Sin resultado . . . . .	21	6	27
No hay expectoración . . . . .	6	10	16
Total . . . . .	42	31	73

CUADRO N° 7 .  
FOCO DE CONTAGIO

	Varones	Mujeres	Total
No dan razón . . . . .	164	90	254
Familiar . . . . .	34	50	84
Extra familiar . . . . .	11	14	25
Total . . . . .	209	154	363

CUADRO N° 8 a.  
TUBERCULINA

DISPENSARIO CENTRAL

	Varones	Mujeres	Total
x x . . . . .	77	45	122
x x x . . . . .	48	78	126
No se investigó . . . . .	57	31	88
Total . . . . .	182	154	336

CUADRO N° 8 b.  
TUBERCULINA

DISPENSARIO CENTRAL

*Discriminación de los no investigados.*

	Varones	Mujeres	Total
No se aplicó . . . . .	16	10	26
Sin resultado . . . . .	29	15	44
No se presentaron a la lectura . . . . .	12	6	18
Total . . . . .	57	31	88

## CUADRO N° 9.

## EIDADES

Años	Varones	Mujeres	Total
15 . . . . .	8	3	11
16 . . . . .	12	2	14
17 . . . . .	15	6	21
18 . . . . .	12	11	23
19 . . . . .	13	10	23
20 . . . . .	12	15	27
21 . . . . .	13	14	27
22 . . . . .	16	13	29
23 . . . . .	12	9	21
24 . . . . .	14	8	22
25 . . . . .	13	6	19
26 . . . . .	12	7	19
27 . . . . .	9	3	12
28 . . . . .	7	2	9
29 . . . . .	4	4	8
30 . . . . .	4	7	11
31 . . . . .	3	3	6
32 . . . . .	4	3	7
33 . . . . .	2	2	4
34 . . . . .	2	1	3
35 . . . . .	3	3	6
36 . . . . .	2	2	4
37 . . . . .	4	3	7
38 . . . . .	4	3	7
39 . . . . .	—	—	—
40 . . . . .	5	6	11
41 . . . . .	2	—	2
42 . . . . .	—	1	1
43 . . . . .	—	2	2
44 . . . . .	2	—	2
45 . . . . .	—	—	—
46 . . . . .	—	4	4
47 . . . . .	—	1	1
Total	209	154	363

CUADRO N° 10 a.

## TRATAMIENTO

	Varones	Mujeres	Total
Pneumotórax . . . . .	143	121	264
Clima y remineralización . . . . .	66	33	99
Total . . . . .	209	154	363

CUADRO N° 10 b.

## TRATAMIENTO

	Disp. Central		Porc. sobre el total.		Disp. Orbegoso		
	Varones	Mujeres	Tot.	V. M.	Var.	Por.	
Continúan su pneumotórax	86	51	137	47.25	33.11	23	85.18
Abandonan su pneumotórax	34	70	104	18.68	45.45	—	—
Clima y remineralización	62	33	95	34.06	21.42	4	14.81
Total . . . . .	182	154	336	—	—	27	—

## CONCLUSIONES

- 1ª. El diagnóstico de la tuberculosis, sobre todo en la forma de inicio de la tisis del adulto, debe ser precoz, clínico y radiológico.
- 2ª. En estas formas de inicio, el infiltrado precoz casi siempre es descubierto por la investigación radioscópica y radiográfica en las colectividades.
- 3ª. Sobre 5,662 pacientes de clientela dispensarial, de ambos sexos, hemos encontrado 363 infiltrados precoces lo que nos da un porcentaje de 6.41 %.
- 4ª. Según las cifras anotadas, el infiltrado precoz se localiza generalmente en un solo pulmón y de preferencia en la región infraclavicular derecha, alcanzando 77.11% de unilaterales y 8.10 % de bilaterales.

- 5ª. Como forma sintomática de comienzo predomina la brusca con un porcentaje de más de 70%. Tiene una preponderancia la forma hemoptoica, con un 52%.
- 6ª. En cuanto a la evolución y pronóstico, la primera se hace benigna cuanto más rápido sea el diagnóstico y se aplique el tratamiento colapsoterápico, el segundo es tanto más sombrío cuanto el comienzo es brusco y hemoptoico.
- 7ª. Como tratamiento de esta forma de inicio ocupa el primer lugar la terapia por el pneumotórax artificial, pues sus contraindicaciones son escasas y se refieren a diseminaciones hemáticas.
- 8ª. En lo referente al rol social-económico, daremos la siguiente ecuación: Diagnóstico de infiltrado precoz igual pneumotórax precoz. Consecuencia: profilaxia absoluta. Económicamente: recuperación del paciente y reintegración al trabajo a los pocos meses de tratamiento.

## B I B L I O G R A F I A

- C. JIMENEZ DIAZ: "La tuberculosis de comienzo agudo por el infiltrado precoz". *Lecciones de Patología Médica*. Segunda Edición.—Págs. 465 a 477.
- OV. GARCIA ROSELL: *Lecciones de Tisiología*. — Años 1937 y 1939.—Lima, Perú.
- NEUMANN: *Clínica de la tuberculosis pulmonar en el adulto*.— Págs. 523 a 526.
- G. CONSTANTINI y M. RADAELLI: "L'infiltrato precoce", *Atlante Clinico Radiologico della Tuberculosis Polmonare*.— 1933.
- ASSMANN: *Klinische Roentgendiagnostik der Inneren Erkrankungen Zweite Auflage*. — 1922.— Págs. 175 a 195.
- JACQUES BRUM: "L'infiltrat terciare precoce". *Le Cycle de l'infection tuberculeuse humaine*. — 1936.—Págs. 287 a 333.

- H. ULRICI : *Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar y laríngea.*— Págs. 15 a 18.
- SCHMIDT : *Diagnóstico diferencial de las enfermedades de los pulmones con especial consideración de la tuberculosis.* — Traducido del alemán por el Dr. M. Bañuelos García.— 1940.
- OV. GARCIA ROSELL : “Sistemática de la tuberculosis”, *Revista de los Estudiantes de Medicina.*—Lima. Año IV. N° . 1940.
- OSCAR PERALTA, JORGE GUNDELACH y C. ABURTO : “Contribución al estudio del infiltrado precoz”, *La Medicina Ibero.*— N° 848. Fbro. 1934.
- A. ZUCALI : “L’infiltrato sottoclavicolare nella genesi della tubercolosi polmonare”, *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi.*— 30 de Abril de 1930.
- E. TARANTOLA : “L’importanza dell’infiltrato precoce nella genesi della tubercolosi polmonare”, *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi.*— 30 de Abril de 1930.
- JOSE VERDES MONTENEGRO : “Sobre el diagnóstico diferencial de las infiltraciones precoces”, *La Medicina Ibero* N° 697, 21 de Marzo de 1931.
- VERDES MONTENEGRO : “Clínica de la infiltración precoz”, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades.*—31 de Mayo de 1930.
- LUIZ MARINO BECHELLI : “Pathogenia do infiltrado precoce”, *Rivista da Associação Paulista de Medicina.* Vol. VI. N° 2. Fbro. 1935.
- CARLOS GUERRERO COSTALES : “Infiltrado precoz de la Escuela Alemana y el Infiltrado Redondo de Neumann”, *Medicina de Hoy.*— Año 11, N° 5.
- O. NEBIAS e JOEA GRIECO : “Considerações praticas sobre o diagnostico e tratamento do infiltrado precoce”, *Revista da Associação Paulista de Medicina.* Vol. VII, Julio 1835.

- M. TAPIA, U. GONZALEZ y A. CALONGE : "Nuestras experiencias sobre el llamado infiltrado redondo", *Revista Española de Tuberculosis*.— Mayo — Junio 1934.
- LUIS RUIGOMES y EDUARDO LOPEZ : "Algunas consideraciones patogénicas sobre el infiltrado redondo", *Revista Española de Tuberculosis*.— Agosto —Setiembre 1933.
- G. FALDELLA : "La cura dell infiltrato precoce nella diverse fasi", *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis*. 31 de Julio 1934.
- BARBA LUPPI : "Forma de comeco brusco da tuberculosis pulmonar.— Infiltrado precoce infra-clavicular de Assman", *Revista Brasileira de Tuberculosis*. N° 61.—Mayo—Junio de 1939.
- GMO. RAEZ PATIÑO: *Aspectos radiológicos de la tuberculosis pulmonar en nuestro ejército*.— Tesis, Lima, 1940.
- ANGEL GARCIA ROMERO : "Evolución del infiltrado precoz", *La Medicina Ibero*. N° 85, 15 de Abril de 1933.