

aumenta en 50 por 100 la también previa relación ácido úrico-creatinina. Si no hay reserva suprarrenal no actuará la ACTH.

Vías de administración: primero se usó por vía intramuscular tanto la cortisona como el ACTH. Actualmente hay jarabe de cortisona y es tan eficaz y duradera su acción como por vía intramuscular. Ultimamente se han publicado tratamientos practicados con ACTH por vía intravenosa, a dosis mínimas de 5-10 mgs. con la misma eficacia de la dosis de 100-200 mgs. al día por vía intramuscular.

21-4-1951

LOS ESTADIOS INICIALES DE LA PRIMOINFECCIÓN TUBERCULOSA PULMONAR EN LA INFANCIA

Dr. J. M. Sala Ginabreda

AL enfocar el tema de los estadios iniciales de la primoinfección tuberculosa pulmonar en el niño, lo primero que debemos precisar es el *período de incubación*. El período de incubación ha sido considerado bajo dos aspectos:

- 1.º Tiempo que transcurre entre el momento del contagio y la presencia de manifestaciones clínicas.
- 2.º Tiempo que transcurre entre el momento del contagio y la aparición de la alergia.

No es práctico ni lógico considerar el tiempo de incubación desde el primer aspecto, por el hecho de que no siempre hay manifestaciones clínicas después del contagio y de presentarse son a veces muy tardías.

Por esto, en general, consideran todos los autores como *período de incubación* el tiempo que transcurre entre el momento del contagio y la aparición de la alergia, es decir, el período llamado también *prealérgico*.

¿Cuál es la duración del período de *incubación* o *prealérgico*? Limitándonos al estudio puramente clínico del problema y dejando aparte la infección experimental, diremos lo siguiente: a) la duración del período de incubación no tiene un tiempo fijo, preciso, como sucede, por ejemplo, con el sarampión; b) la variabilidad del mismo parece fluctuar, según algunos datos que han podido precisarse, entre *tres semanas a tres meses*; c) el tiempo de incubación parece ser tanto más corto cuanto mayor es la masividad y virulencia del contagio; d) a igualdad de condiciones de contagio el tiempo de incubación es variable según los diferentes sujetos.

Sin embargo, no puede decirse a este respecto la última palabra. Las observaciones sobre este punto no son fáciles de realizar, pues no siempre es factible seguir repetidamente las reacciones alérgicas de un niño que se supone recientemente contaminado.

Con la aparición de la alergia termina el *período de incubación*. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que le siguen? Desde luego muy variables. Unas veces *no pasa nada*; el niño queda tuberculina positivo y nada más. Otras veces aparecen manifestaciones clínicas inmediatas. Otras veces son tardías. Veamos ante todo cuáles son las principales de estas *manifestaciones clínicas inmediatas*.

a) *Fiebre*. — La fiebre es la manifestación más evidente y muchas veces aislada de la primoinfección tuberculosa pulmonar. Es la llamada por WALLGREEN *fiebre de invasión o fiebre inicial*. Se trata de una fiebre que puede ser muy elevada, que suele durar de unos días a tres semanas, si no hay complicaciones inmediatas que la alarguen, y que ofrece tres características fundamentales: 1.^a, que coincide con una alergia tuberculínica francamente positiva; 2.^a, el ser una fiebre muy bien tolerada que afecta poco el estado general, y 3.^a, que va acompañada de una velocidad de sedimentación globular bastante elevada. La exploración del aparato respiratorio no suele revelar nada anormal, pues incluso es corriente que no haya tos en este momento. (Recordemos que hablamos de la fiebre de invasión, que nada tiene que ver con la fiebre que puede aparecer ulteriormente como manifestación de una diseminación hematígena u otra complicación).

Es también importante a destacar, el hecho de que esta fiebre de invasión tiene lugar en un momento *en que la radiología es escasa, a veces completamente nula*. De ser la radiología positiva se traduce — lo más comúnmente — en forma de una *tumefacción moderada de los ganglios paratraqueales*. En cambio las alteraciones del parénquima suelen ser nulas, y de aparecer son algo más tardías, ya terminado el período de fiebre de invasión.

Con estas características la fiebre de invasión no siempre es fácil de interpretar. Piénsase a veces en una infección intestinal, en una infección gripal, puesto que la exploración del niño es prácticamente negativa. *Sólo la noción reciente de contagio y las investigaciones alérgicas tuberculínicas y de la sedimentación globular en un niño hasta ahora indemne de toda infección tuberculosa nos permiten un diagnóstico exacto*.

b) *Manifestaciones cutáneas*. — En un pequeño número de casos esta fiebre de invasión suele ir acompañada de manifestaciones cutáneo mucosas. La manifestación cutánea más típica es el *eritema nudoso*. No es mi propósito describir el eritema nudoso bien conocido por todos. Diremos únicamente de él lo siguiente: 1.^o, que estamos absolutamente conformes con los que opinan que el eritema nudoso es — en la infancia al menos — casi siempre tuberculoso, y excepcionalmente reumático o de otra naturaleza; y 2.^o, que nos parece exacta la afirmación de WALLGREEN de que “la fiebre del eritema nudoso debe ser considerada como la fiebre inicial de la infección tuberculosa”. La fiebre no es, por tanto, una consecuencia del eritema nudoso, sino que ambos hechos — fiebre y eritema nudoso — son manifestaciones de la aparición de la alergia tuberculínica. Si consideramos que la alergia tuberculí-

nicá tarda en aparecer (como hemos indicado anteriormente) unas tres a doce semanas después del contagio, es lógico deducir que el eritema nudoso aparecerá entre tres a doce semanas después del contagio. No siempre es fácil seguir en clínica estos hechos, pero si alguna vez se tiene ocasión de controlarlo, uno se convence de que muchas veces ello ocurre realmente así.

Naturalmente que si conceptuamos al eritema nudoso como una manifestación altamente alérgico-tuberculínica del organismo, no puede negarse que a veces si en la vida de un antiguo tuberculínico positivo aparece por cualquier causa una exacerbación de su alergia, puede aparecer también un eritema nudoso. Ello es relativamente frecuente en la pubertad, pero probablemente en un porcentaje de casos muy inferior al número de eritemas nudosos que se ven en el momento de la aparición de la fiebre de invasión.

Si, como hemos indicado anteriormente, la fiebre de invasión aparece en un momento en que la radiología del parénquima pulmonar es casi siempre negativa, lógico es comprender como también en el curso de la aparición del eritema nudoso no suelen observarse importantes manifestaciones radiológicas, uno de los motivos que han dificultado la exacta interpretación de esta manifestación cutánea, y que hace que algunos autores aún se resistan a considerarla como una manifestación tuberculosa.

Los dolores reumatoideos (alérgicos) no son raros en este período, lo que ha aumentado todavía más la confusión con el verdadero reumatismo.

El eritema nudoso a veces es fugaz y no dura más allá de tres a cuatro días. La manifestación puede ser tan discreta que puede pasar desapercibida, por lo que debe buscarse sistemáticamente en su localización habitual (cara anterior de ambas piernas), frente a toda fiebre de etiología poco precisa. Otras veces las manifestaciones cutáneas son intensas, las nudosidades dolorosas y su sintomatología pasa a primer plano en la clínica. En estos casos es frecuente ver nódulos de eritema nudoso en las extremidades superiores, a nivel de los antebrazos especialmente.

Entre un lote de 28 niños que padecieron eritema nudoso he visto aparecer en tres de ellos antes de pasados los tres meses una diseminación hematológica. Ello da una proporción de 10 %. Evidentemente, la primoinfección corriente, considerada en conjunto, no da un porcentaje de un 10 % de diseminaciones hematológicas. Ello indica claramente que la presencia de una manifestación de esta naturaleza representa un cierto peligro de diseminación, a pesar de que en la mayoría de casos (entre los 28 citados 25, o sea el 89,3 por 100) no ocurre nada ulteriormente.

Es probable que la presencia de una reacción alérgica alta en el momento de la aparición del eritema nudoso, sea el motivo por el cual se presenta con más facilidad una diseminación hematológica.

Otras manifestaciones cutáneo mucosas. Además del eritema nudoso pueden coexistir con la fiebre de invasión otras manifestaciones exantemáticas de naturaleza menos característica. En mi experiencia no figura el eritema inducido pero sí las conjuntivitis. Ciertos exantemas que con frecuencia aparecen

en los niños, imposibles de clasificar, son debidos a veces a etiología toxituberculosa.

c) *Sedimentación globular.* — La sedimentación globular está generalmente aumentada. Las cifras más comúnmente encontradas fluctúan entre 20 y 60 en la primera hora. A veces en niños distróficos hemos encontrado cifras que se acercan a las halladas en los procesos que afectan intensamente la crisis sanguínea como las leucemias, Kala Azar ó nefrosis en que no es raro hallar cifras superiores a los 100 mms. en la primera hora. Sin embargo, para dar un valor absoluto a la sedimentación globular deben eliminarse otras causas capaces de aumentarla como son procesos infecciosos rinofaríngeos febriles y el reumatismo. Como también se han descrito casos de fiebre de invasión sin aumento de la sedimentación globular debemos tener en cuenta que una reacción normal no elimina una primoinfección tuberculosa, pero a nuestro modo de ver este hecho es poco frecuente.

El hecho de que la sedimentación globular pueda estar aumentada en otros procesos no específicos tuberculosos tan frecuentes en la infancia, quita bastante el valor diagnóstico de la reacción. Pero queda firme su valor pronóstico. El estudio seriado de la sedimentación globular en cada caso, es un excelente índice evolutivo de la primoinfección. En general la sedimentación globular tarda más en normalizarse que la fiebre. Aunque los hechos en general ocurren así, tampoco deben tomarse siempre al pie de la letra, pues hemos visto la sedimentación globular normal incluso en casos de tuberculosis hematógenas.

En resumen, queremos hacer resaltar el hecho de que las primeras manifestaciones clínicas de la primoinfección tuberculosa pulmonar son de orden general más que local, y que cuando aparecen manifestaciones radiológicas en el parenquima pulmonar la primoinfección hace ya tiempo que está en marcha.

28-4-1951

VALOR ACTUAL DE LA BRONCOSCOPIA

Dr. J. Sanglas

La importancia de la broncoscopia, para el diagnóstico y tratamiento, en determinados casos, en las afecciones bronquiales que tienen repercusión pulmonar es extraordinario.

Ha sido preciso el transcurso de los años, desde que VOLTOLINO en 1875 realizó la primera exploración de la tráquea, para lograr que sea la broncoscopia, exploración que se realice si no de un modo sistemático, al menos con una frecuencia cada vez mayor.

Para lograrlo ha sido preciso alcanzar un grado de eficacia, que viene