

**Diagnòstic precoç
de la tuberculosi pulmonar en l'adult**

pel

Dr. H. PUIG I SAIS

EN una època que hem viscut els metges de la meva generació, no es diagnosticava ordinàriament la tuberculosi pulmonar fins que els símptomes de fusió pulmonar o de gran infiltració eren evidents. El període inicial de la tuberculosi pulmonar passava desapercebut la major part de les vegades, i els malalts s'etiquetaven amb el nom d'anèmia, debilitat general, neurastènia més tard, etc. A Grancher, uns 30 anys enrera, li cap l'honor d'haver cridat l'atenció dels metges sobre les anomalies respiratòries en els vèrtexs pulmonars en el principi de la tuberculosi pulmonar crònica, quedant així assentades les primeres bases per al diagnòstic, que ell en digué de "pretuberculosi", i més tard se n'ha dit diagnòstic precoç, i que, segons Sergent, se'n podria dir més aviat el de *pretisi*.

És clar que, en rigor científic, el diagnòstic més precoç seria el de la primera lesió pulmonar tuberculosa, però, pràcticament, tots els autors que s'ocupen d'aquesta matèria, convenen en què el diagnòstic precoç es refereix a les primeres manifestacions clíniques de la tuberculi pulmonar crònica; car avui és admès per tots els autors que la infecció primera ocorre en la infància, i que la majoria de les vegades passa completament desapercebuda; mentre que el que entenen correntment per tuberculosi pulmonar crònica és més bé una infecció secundària, o bé una extensió secundària de la primera, que havia quedat latent des de la infància, i que es reactiva en l'adolescència o en l'edat adulta.

Per evitar malentesos, i perquè sempre que es tracta una matèria convé delimitar bé l'extensió de la mateixa, anem a definir bé l'extensió del nostre tema.

Cosa precoç vol dir, segons el diccionari, cosa primerenca, prematura: doncs, diagnòstic precoç de la tuberculosi vol dir diagnòstic de la tuberculosi abans de la seva maduració, o sigui, abans que hi hagi símptomes evidents, irrefutables, de la seva existència, com la pre-

s ncia del bacil de Koch en els esputs, ço que vol dir abans de què hagi vingut la fus o i obertura dels primers tubèrculs. Jousset, a qui penso seguir principalment en l'exposició del meu tema, en un important treball sobre aquest assumpte, trobo que és qui millor ha definit aquest concepte. Diu Jousset ¹: "El mèrit de Grancehr ha estat de *preveure*, de tractar de prendre la malaltia abans dels seus estralls. La concepció d'una fase de "germinació" o de "pre-tuberculosi", tradueix l'esforç d'aquest autor cap a un diagnòstic menys tard  que els seus predecessors. La concepció de Grancher peca, no obstant, encara de *poc atrevida*..., creiem que ha d'establir-se el diagnòstic abans de la *fase germinativa*, nosaltres tractem no pas de *descobrir* sinó de *preveure* l'organització anat mica. Convé saber que els signes radiològics suposen les lesions pulmonars ja infiltracions, que han passat ja el que en dic estadi *fluxionari* de la tuberculosi. Aquesta *congestió inicial*, invisible als raigs X, dóna, de vegades, petits signes estetos pics en forma d'estertors crepitants molt fins; aquest  s el cas de corticaliti, però, si els focus són molt petits o un xic profunds, fins aquests estors falten. L'espectraci  falta també en aquests moments, i aquesta situació pot durar mesos."

Heuvos aquí, expressat per la prestigiosa ploma de Jousset, el concepte avui admès per E. Sergent i la major part dels clínics, i que nosaltres acceptem.  s veritat que hi ha un altre grup d'escriptors, capitanejats per Kist i Ch. Richet (fill), que creuen i afirmen que no existeix la tuberculosi evolutiva tancada, i que no es pot diagnosticar la tuberculosi pulmonar, si no es presenta el bacil de Koch a l'esput. Sergent diu, en aquest respecte ², que Rist, volent reaccionar contra l'abús de la denominació de "tuberculosi tancada", ha caigut en una exageració contrària. Efectivament, són innombrables els autors que presenten casos diagnosticats de tuberculosi pulmonar incipient, sense la confirmació del bacil de Koch, i que l'evolució de la malaltia ha vingut a confirmar-lo. En la nostra modesta experiència, podríem aportar-ne alguns casos.

Sentat, doncs, el criteri i l'extensió que hem de donar al concepte de diagnòstic precoç, veiem en quines dades hem de recolzar aquest diagnòstic.

Diu Jousset amb raó, en el meu concepte, que el diagnòstic precoç, o sigui, del principi de l'evolució tuberculosa, no es pot basar sobre l'auscultació ni la bacterios pia, ni la radiologia, perquè els resultats d'aquests són massa tardans, sinó sobre l'estudi atent

de la història del malalt, en l'estudi dels seus trastorns generals i funcionals. Creu que entre els mètodes de conversar amb el malalt el primer, i examinar-lo sense interrogar el segon, seria més útil el primer. És clar que millor és utilitzar els dos conjuntament, puix el metge no ha de menysprear mai cap dada, i el millor és, i l'únic recomanable, aprofitar-los tots.

Començarem, doncs, pels *antecedents familiars*, i investigarem en l'herència del malalt, si hi ha hagut tuberculosos declarats, si hi ha constent asmàtics o catarrosos, que amb aquest nom haguessin pogut portar una tuberculosi oculta.

Investigarem si en l'ambient, en el qual el malalt viu, hi ha la presència de casos semblants. Si aquests antecedents familiars o d'ambient existeixen, sempre suposen major facilitat de contagi i en aquest sentit hem d'apreciar-los.

Passant als *antecedents personals*, investigarem si el malalt compta en la seva història amb alguna pleuresia, sempre suspecte de tuberculosi, alguna tuberculosi quirúrgica, alguna febrícula prolongada, algun període titulat d'anèmia o debilitat general, si ha estat fort o valetudinari, si té molta tendència a costipar-se i si són de duració inusitada els costipats que agafa, si ha tingut alguna grip recent, etc. Totes aquestes coses són altres tantes presumpcions de tuberculosi.

Síntomes generals.—Tenim de fixar-nos en els tres principals següents: *fatiga, amagriment, febre.*

Fatiga. Aquest símptoma és constant més o menys. El malalt nota que es fatiga més que abans, en fer qualsevol exercici, i, sobretot, que es fatiga més que els altres en el joc, per exemple, quan es tracta d'un jove. Convé no confondre aquesta fatiga amb la del neurastènic, les característiques de la qual són que el neurastènic està ordinàriament més fatigat el matí que el vespre, al revés del tuberculós, que ho està més a la tarda i, per altra part, la del neurastènic va acompanyada d'altres símptomes nerviosos, com cefalees, tristesa i manifestacions psíquiques diverses.

Amagriment. És un símptoma quasi absolut i de molta importància. Molts individus d'aquests, en presentar-se al metge, ja fan constar que han perdut ràpidament o lentament uns quans quilos. Hem de tenir present, no obstant, que la presència d'aquest símptoma no és absoluta; hi ha algun cas, excepcional si es vol, de individus tuberculosos inicials, que es presenten en bon estat de nu-

trició, la qual cosa hem de tenir en compte per a no deixar-nos enganyar per les aparènces. També hem de tenir en compte que l'amagrimient pot ésser degut a altres causes: pot dependre d'una mala dentadura o altres lesions bucals, que no permetin al malalt una alimentació suficient; pot dependre d'un règim o d'una alimentació defectuosa, excés de fatiga, hipertiroidisme, de trastorns digestius, etc.; però, si no es troben altres trastorns i el malalt té gana i digereix bé i, no obstant, s'aprima, desconfiem.

Febre. És un dels símptomes més importants de la tuberculosi incipient. Es presenta en la forma d'un estat subfebril, de vegades amb dècimes tot el dia, moltes vegades només a les tardes; ordinàriament d'una manera espontània. D'altres vegades convé provocar-la per l'exercici, quan no se l'observa espontàniament. Hi ha condicions fisiològiques, com la menstruació en la dona, que la fomenten. Convé aprofitar els dies anteriors a aquest estat, 6 ó 8 dies, per a fer les observacions, puix que ordinàriament baixa a mida que la menstruació s'escola. Convé fixar-se bé, en els casos dubtosos, que la temperatura és ben presa; s'ha de desconfiar de l'axilar en individus molt magres, que no poden ocluir del tot el buit axilar, així com la de la boca. El millor és, en cas de compromís, i millor seria encara fer-ho sistemàticament, prendre la temperatura rectal, ficant uns 5 cm. el termòmetre i tenint-lo cinc minuts aplicat; procurant evitar que el dipòsit quedi en l'anús. S'ha de tenir en compte que en el recte puja unes 2 ó 4 dècimes més que en l'axila.

Són indicis de què el malalt deu tenir temperatura quan sent calor a la tarda, precedida de calfreds, que agafa color, té menys gana per sopar i sua a la nit, sobretot de mig cos en amunt.

Convé que la temperatura es prengui uns quans dies seguits, almenys una setmana, cada tres hores del matí al vespre, i fins alguna vegada a la nit, si el malalt està desvetllat, sense posar-li per obligació a fi de no desvetllar-lo.

Es dóna tanta importància pels autors al símptoma febre, i la té efectivament, que s'apella a tots els mitjans perquè no passi desapercibuda. Sánchez Herrero, de Madrid, aconsellava fixar el termòmetre a l'axila amb un vendatge, durant tota la nit; ja hem dit que cada dia és més general la tendència a aconsellar prendre-la al recte.

En els casos en els quals no es presenta espontàniament, s'ha aconsellat sotmetre'ls a la prova del passeig de Daremberg. Aquest

autor aconsella un passeig de 3 a 4 hores durant uns sis dies seguits, prendre la temperatura abans, immediatament després i al cap de mitja i una hora després del passeig. Si cada dia la temperatura després del passeig és de 4 a 5 dècimes més alta, s'ha de pensar en la tuberculosi. Altres limiten més el temps, 2 hores per exemple. Kùs fixa les següents regles: passeig d'una hora en terreny pla a 4 i 1/2 quilòmetre hora; prendre la temperatura rectal immediatament, 20 minuts, 40 minuts i 60 minuts després de terminat el passeig. En l'individu normal, diu, no passa de 38 graus a l'arribada, de 37 i 1/2 als 20 minuts, i al cap d'una hora ha reprès la normal. Laubry i Marre aconsellen d'accelerar més el pas (Sergent). Això pot fer-se també gradualment, ço és, comensar per una hora i si no dóna resultat, allargar el passeig a les quatre hores. Kùs per això diu que la hipertèmia funcional depèn més de la velocitat que de la duració de la marxa. Penzold i els seus deixebles, a Alemanya, objecten que aquesta prova no és concloent per ella sola, que una elevació tèrmica rectal de 38 graus després d'una hora de marxa, no pot confirmar ni negar *per ella mateixa* un diagnòstic dubtós ³. En això quasi coincideix amb Kùs.

En casos dubtosos, té importància l'hora en la qual es pren la temperatura, i interessa saber en quines acostuma a pujar més. Alguns autors, i les nostres observacions personals hi estan d'acord, creuen que les hores en les quals acostuma a pujar més la temperatura és de 3 a 5 de la tarda. Jousset aconsella prendre-la al matí al moment de despertar-se, quan el cos està reposat, i si arriba, diu, a passar de 37 graus setmanes seguides, ha de fer suposar la tuberculosi. Aquest criteri és compartit per Rieux, sempre que se li doni un valor purament relatiu, com a tots aquests símptomes. Ja hem dit com Sànchez Herrero tractava d'investigar la temperatura a la nit, a la qual donava gran importància.

Una de les característiques de la temperatura del tuberculós és la seva inestabilitat. Sofreix grans oscil·lacions, i el tuberculós per la causa més petita reacciona; ja hem citat els efectes de la marxa. Tot malalt que reacciona a injeccions, que a altres individus no els provoquen reacció, o que hi reacciona desmesuradament, es fa sospitós de tuberculós. Això es nota, sobretot, amb tota mena d'injeccions proteíniques (vacunes, sèrums, etc.); per això s'havia arribat a dir que les vacunes en injecció produïen la tuberculosi.

Abans d'atribuir les temperatures a la tuberculosi, convé eliminar totes les infeccions cròniques que poden donar febre, com

infeccions amigdalars, alveolitis dentàries, apendicitis, colecistitis, etcètera, així com s'han de tenir en compte els estats no tuberculosos, que també presenten inestabilitat tèrmica, com debilitat, anèmia, nerviosisme, hipertiroidisme, etc. També s'ha de tenir en compte que pot coincidir la tuberculosi amb algun d'aquests estats, i al metge li toca de veure si pot aclarir la part que correspon a cada un d'ells.

Suors. El tuberculós, en general, és individu que sua amb molta facilitat, sobretot si té febre, en la defervescència de la matinalada, però a totes hores sua més fàcilment de l'ordinari.

Síntomes funcionals dels diferents aparells.—Respiratori. L'*Hemoptisi* és un dels més importants. És freqüent que el malalt hagi expectorat una o més vegades petites quantitats de sang, de vegades algun esput lleugerament tenyit, altres, petites estries, altres vegades més, però mai, generalment, grans quantitats. Convé aclarir que la sang no procedeix de la boca per alguna gingivitis o per frotament massa intens del raspall, ni del nas o faringe, per l'examen atent d'aquestes cavitats. A més s'ha de tenir en compte que, perquè la sang surti del pit, ha d'ésser mitjançant la tos.

Aquestes hemoptisis coincideixen en les dones, moltes vegades, amb la regla. S'han de rebre sempre amb desconfiança les hemoptisis per desviació de la menstruació, com es deia abans, puix no solen ésser més que conseqüència de congestions menstruals en focus tuberculosos pre-existents.

També ens hem d'assegurar que les hemoptisis no siguin degudes a afeccions cardíques, traumatismes del pit, congestions pulmonars o esforços desmesurats de la tos en casos de bronquitis, o altres processos respiratoris (tumors, quistes, etc.).

Tos. Aquest és altre símptoma important i molt freqüent. Acostuma a ésser petita—"toseta"—, tant, que de vegades arriba a passar desapercibuda al mateix malalt, qui afirma que no tus tot tussint. La tos grassa, sorollosa i contínua acostuma a procedir més aviat del nasso-faring i s'ha de posar sota la cura del rinòleg.

Alteracions de la veu. Convé de tenir-les en compte, quan són sostingudes. "Tot individu, diu Jousset, que presenta una alteració de la veu, tot subjecte no sifilític l'emissió de la veu del qual és trencada, velada, fosca o apagada, serà suspecte de tuberculosi."

La disnea és altre símptoma que s'acostuma a presentar en

pujar escales, en caminar de pressa o fer qualsevol esforç i que pot exacerbar-se en dies calurosos i boirosos.

Els dolors toràcics també són freqüents. Els malalts solen dir que tenen els pulmons dolorits. Aquests dolors solen ésser unilaterals i fixos, molt comuns en les parts altes. És comú l'*escapulàlgia*. Acostumen a exacerbar-se en el període menstrual en la dona, sobretot d'uns vuit dies abans fins a la vigília, que és quan acostumen a ésser més forts. En els homes també acostumen a exacerbar-se en canvis de temps, com boires, calor humit i fred sec. (Jousset).

No es poden confondre amb les lumbàlgies professionals dels buròcrates, dactilògrafs, cosidores, etc., las quals són bilaterals, de les parts baixes del tòrax i amb exacerbació vespertina.

Com a *trastorns circulatoris* que apareixen a la simple inspecció, és freqüent l'aspecte anèmic del malalt, però l'anèmia és més aparent que real; és solament superficial, perquè no solen estar disminuïts ni els hematies ni l'hemoglobina.

Per part de l'*aparell digestiu* trobem diversos símptomes d'importància. Són freqüents les càries dentàries per decalcificació, les dispèpsies gàstriques amb atonia i desgana, però són encara més freqüents i de més importància els trastorns intestinals, amb tendència a la diarrea, còlics, flatulències i mucorrea. Aquests són atribuïts a l'acció del bacil de Koch, segons Jousset, qui diu, a aquest propòsit, que hom queda fortament impressionat quan, amb el fi d'immunisar els cavalls, per extreure'n el sèrum, se'ls practiquen injeccions de productes solubles del bacil de Koch, en veure que immediatament se presenta una diarrea profusa característica.

Existeix una gran relació entre l'apendicitis crònica i la tuberculosi. Mentre Faisans, per la seva part, creu que l'apendicitis crònica pot simular la tuberculosi, Jousset afirma que el més freqüent és que la tuberculosi produeixi trastorns tant apendiculars com intestinals. És impressionant, diu aquest autor, veure que pel tractament de les enterocolitis mucorreiques precursors de les tuberculosi, amb la seva alimentació insuficient, es precipita l'evolució d'aquesta malaltia. Aquest cas, diu, és veu amb freqüència en les clíniques suïsses de malalties digestives, que han de traslladar llurs malalts als sanatoris tuberculosos. Això vol dir, insisteix, que tot procés digestiu crònic ha de fer obrir l'ull al clínic per a examinar el pit.

Aparell genital. És freqüent en la dona l'amenorrea o, almenys, la disminució del menstru, així com la dismenorrea.

Aparell urinari. És quelcom freqüent una petita albuminúria precoç, de vegades quasi precursora del símptomes clínics de la tuberculosi. Convé vigilar les albuminúries lleugeres (0'10 a 0'50 o/oo), que es presenten per sorpresa en els adolescents, i no sotmetre aquests individus a un règim rigorós, puix que pot tractar-se d'una albuminúria tuberculosa tòxica, i les conseqüències del règim resultar desastroses.

La *fosfaturia* és altre dels símptomes pertanyents a les vies urinàries, que és molt freqüent al principi. És quasi la regla, diu Jousset, i porta en si la calciúria. És molt freqüent que els malalts es queixin de què fan els orins blancs, com si hi tinguessin calç. Jousset afirma que "tot subjecte atacat de fosfatúria, si no és un neuropàtic, ni un fatigat, és un tuberculós que comença".

Malgrat que moltes vegades després de l'interrogatori minucios al qual hem sotmès el malalt, junt a la simple inspecció superficial, podem donar per fet el diagnòstic, hem de procedir, de totes maneres, a l'

Examen físic del malalt

Si bé aquest examen algunes vegades pot no proporcionar-nos gaires dades per al diagnòstic precoç, altres vegades ens en pot donar de ben confirmatives i complementàries del diagnòstic i d'altres vegades ens pot donar dades molt importants per a demostrar que aquell cas de tuberculosi, que nosaltres en principi havíem establert ja, no és un cas de tuberculosi incipient, sinó de tuberculosi avançada.

Començarem l'examen per una inspecció superficial ben minuciosa, investigant la presència o no de senyals de tuberculosi anteriors: ganglionars, òssies o articulars, cicatricials o actives.

Examen del pit. Indubtablement és el més important, en el nostre cas, i, dels mètodes d'aquest examen, el principal l'auscultació i, secundàriament, la palpació. La percussió, en el cas nostre, no ens pot proporcionar cap dada, per no estar les lesions prou avançades. En cas de poder-se utilitzar, ja pertany al diagnòstic general, que no ens atany a nosaltres en aquest moment.

Abans de procedir a l'examen, interessa saber on, en quins in-

drets, trobarem més fàcilment els símptomes que ens interessin; en una paraula, quins són els punts on acostumen a presentar-se les primeres manifestacions clíniques apreciables.

E Sergent fixa en tres els ordres de condicions, que ha de reunir la zona d'elecció, que són: anatòmiques, físiques i de facilitats per a l'examen.

En les condicions, d'ordre anatòmic, hi comprenem aquelles que es refereixen a què el pulmó quedi el més pròxim possible a la superfície; en les físiques, que s'interposin els menys òrgans o teixits possibles entre el pulmó i l'orella; i en quant a les facilitats d'examen, aquelles condicions que permetin millor l'aplicació de l'orella auscultadora, sobre la superfície que s'ha d'auscultar. És evident que se n'hi ha d'afegir un altre, d'ordre de condicions, que Sergent l'ha oblidada en la seva enumeració, per bé que es pot considerar comprès en l'ordre anatòmic, i aquest és el lloc de les primeres lesions clínicament apreciables.

En aquest punt, els autors han admès que aquestes lesions primeres es presenten en el vèrtex, i tota llur preocupació ha consistir en auscultar aquesta part del pulmó; i mentre uns, com Grancher, han aconsellat de buscar-lo en la fosa infra-clavicular, altres s'han dirigit a la supra-clavicular, i altres, amb més raó, a la supra-espinosa. Diem amb més raó, perquè el vèrtex, el vertader àpex o cúpula pulmonar, queda demostrat, tant per les dades anatòmiques com per la projecció radiogràfica, que està molt per damunt de la clàvicula (4 cm., segons Richet, i 5, segons Cruvellier) i ve a correspondre al nivell de la vora superior de la primera costella, en la seva part posterior. Això demostra l'errada gran de Grancher, en pretendre auscultar el vèrtex en la fosa infra-clavicular.

Admetent que les primeres lesions apreciables es presentin en el vèrtex, aplicant les condicions fixades per Sergent, trobarem que els punts on el vèrtex és més superficial són la fosa supra-espinosa i supraclavicular, que on hi ha menys teixits que el separin de la superfície és la part més interna de la primera, perquè en les parts mitja i externa d'aquesta fosa hi ha, a més de l'omòplat, els músculs supra-espinós i el subescapular i teixits d'aquest mateix nom i el trapezi, mentre que en la interna no s'hi troba més que aquest darrer múscul.

Per altra banda, en la part interna de la supraespinosa és molt fàcil d'aplicar l'orella, mentre que en la supraclavicular és difí-

cil per la seva fondària, que augmenta per la tivantor dels músculs en apartar el cap, maniobra indispensable per a poder auscultar bé.

Resultat de totes aquestes consideracions i de l'experiència clínica ha estat que l'antic intern del mateix Sergent, S. Chauvet, fixés, en aquest punt, la per ell anomenada, i acceptada avui correntment, "*zona d'alarma*" del seu nom. Pròpiament, la zona d'alarma de Chauvet és un cercle de l'extensió d'una moneda de cinc pessetes, que té per centre el punt mig d'una línia, que uneixi el punt mig de l'espai que separa l'apòfisi espinosa de la setena cervical de la primera dorsal amb el tubèrcul del trepezi, situat en la unió del terç intern amb el mig de l'espinà de l'omòplat.

Però no sempre és la zona d'alarma la única, ni sempre la primera, on apareixen els primers símptomes.

Quan un clínic de la talla de Grancher aconsellava l'exploració preferent de la fosa infraclavicular era perquè hi trobava símptomes precoçment, encara que hem de convenir que allí no s'explori el vèrtex, sinó la part mitja del lòbul superior, i, també, que el pulmó està separat de l'orella auscultatòria per capes més gruixudes de teixit que en la dita zona d'alarma, com són els pectorals i el teixit conjuntivo-adipós abundant ordinàriament, sobretot en la dona.

A més hi ha els *punts dolorosos* que remarca Jousset, dels quals parlarem en tractar de la palpació, i al nivell dels quals poden trobar-se símptomes precoços, ja que, com diu aquest autor, "tot dolor desvetlla la idea de inflamació i inflamació vol dir procés actiu".

I, per últim, he de cridar l'atenció sobre una altra zona, en la qual m'estranya que no s'hi hagin fixat més els clínics, per la seva superficialitat, per la seva facilitat d'exploració i per la freqüència amb què hi apareixen els primers símptomes. Aquesta zona és la part anterior i alta de l'axila, i particularment la fosa o *si* que apareix al fons de l'angle triebre, que forma el pectoral major amb el braç i la part lateral del tòrax. Allí, alçant el braç i descansant l'avantbraç sobre el cap, perquè quedin fluïxos els músculs, resta un buit el fons del qual queda separat del pulmó només que per la paret toràcica, la pell, per teixit cel·lular i alguna que altra digitació molt primes del múscle serrat major. En aquest buit s'aplica molt fàcilment l'orella i al mateix temps és un punt on apareixen molt precoçment símptomes auscultatoris, com he

demonstrat en altra part ⁴, i de vegades símptomes dolorosos a la pressió. També és admès avui per molts autors, que moltes vegades no apareixen les primeres lesions de la tuberculosi crònica de l'adult pròpiament en el vèrtex, sinó en la cisura superior, i de preferència en el costat dret, cosa que abonaria la busca i troballa dels primers símptomes en l'axila, com he dit abans. Sobre aquest fet general ha cridat ja l'atenció Sabourin, comentat per Sergent, així com aquest últim la crida concretament sobre aquesta última localització.

A més, ja Tripièr i Fowler, entre altres, diu Staehelin ⁵, han ben observat que les primeres lesions tuberculosos radiquen en el cadàver a 4 cm. per sota del vèrtex, fet sobre el qual recordo que cridava l'atenció el Dr. Sayé, en l'últim Congrès de Metges de la Llengua Catalana. Tot això vol dir que potser Grancher no anava del tot descaminat i que l'exploració ha d'ésser completa.

Donades aquestes orientacions, podem procedir a l'exploració.

Començarem per fer despullar el malalt, tot el possible, del tòrax, i començarem per la inspecció del mateix.

Poca cosa podrà proporcionar-nos la *inspecció*.

En el cas de tuberculosi incipient que nosaltres suposem, encara no es pot haver adquirit l'hàbit tuberculós, però, per si acàs, no serà per demés veure si els dos costats es dilaten igual, si hi ha alguna deformitat toràcica, alguna irregularitat en la respiració, etc.; algun símptoma que ja indiqui, no la presència d'una tuberculosi incipient, sinó la d'una tuberculosi més avançada.

Palpació. Per ella ens assabentarem de la presència o no d'infarts ganglionars, de l'abolició o atenuació de les vibracions toràciques, signe de pleuritis recents o antigues. L'augment de les vibracions no és propi d'aquest període, però ho és investigar-lo, per saber si la cosa està més avançada. Per la palpitació podem informar-nos millor de la igualtat o desigualtat de dilatació d'ambdós costats. El símptoma més important que podem adquirir per la palpació és el dels *dolors provocats*. Aquests dolors hem de buscar-los mitjançant la pressió amb la punta del dit, i els podem trobar en els diferents punts següents: primer, en la zona d'alarma, preferentment del costat dret, encara que s'investigaran els dos; segonament, segons Jousset, es troba un punt dolorós al nivell de la quarta vèrtebra dorsal a igual distància de l'apòfissi espinosa i la vora interna de l'escàpula, punt que correspon a la cisura interlobular, i que pot existir sol, segons l'autor. Els

culs de sac pleurals poden ésser també seients de dolors; cal investigar-los principalment al nivell de les línies axilars, on són més freqüents. A tots aquests punts dolorosos posteriors poden correspondre altres anteriors per propagació nerviosa; així és que, al punt supraespinós en correspon un altre en el primer o segon espai intercostal a dos travessos de dit de la vora esternal; al punt mig, altre al nivell de la tetilla; i als inferiors, altres a la part alta de l'abdòmen. A aquests punts descrits per Jousset, ja he dit abans que s'hi ha d'afegir el dolor freqüent de l'axila, sobretot en el costat dret, i que correspon a la cisura interlobular superior. Excusat és dir que la palpació és útil de practicar-la també fora d'aquests punts, per si acàs se'n troba algun altre de dolorós.

La investigació d'aquests punts dolorosos, que convé no confondre amb dolors musculars o simplement neuràlgics, té una importància extraordinària, perquè suposen una inflamació de la pleura, i moltes vegades la seva aparició és anterior a tot fenomen acústic.

Auscultació. Aquesta ha de practicar-se estant el malalt sentat amb els braços caiguts endavant i recolzats sobre les cuixes, pel que es refereix al pla posterior, i amb el braç sobre el cap, com ja he dit, quan es tracta d'auscultar a l'axila. Pel pla anterior, simplement els braços caiguts.

Convé eliminar tota peça de llana i, sobretot, de seda, perquè poden donar cruixits que simulen els patològics.

Què hem de buscar en l'auscultació? Segons Jousset, podem no trobar res, però hem d'anar a la caça de l'estertor crepitant, ja que aquest, o un frec, és l'únic que podem trobar en aquest període de fluxió que hem suposat, i que tenen un immens valor. Si hi trobem alguna altra cosa, serà, de més a més, serà que el procés ja està més avançat. "És d'aquest error funest—diu el citat autor, referint-se a l'espera de fenòmens acústics, per a fer el diagnòstic—tramès a les generacions mèdiques actuals, que provenen la major part dels desastres, als quals nosaltres assistim. Tot això us sorprèn? Jo us escandalitzaré encara més. No féu precedir la vostra auscultació ni de la palpació ni de la percussió clàssiques: no hi tenen res a fer aquí, perquè la vostra investigació no té per fi més que posar en evidència els petits sorolls adventius de la congestió inicial; no es tracta pas de focus de condensació, no es tracta pas de lesions organitzades, sinó solament d'un estat

fluxionari, la signatura del qual és únicament l'estertor crepitant sec i molt fi, de vegades associat a un lleuger frec." He copiat aquest text d'una persona tant competent, perquè encara és corrent per aquí no acceptar el diagnòstic, quan no hi ha el control del laboratori i els raigs X.

Totes les modificacions respiratòries, com augment o disminució del murmurí vessicular, la respiració a batzegades (sacçadée), a les quals tant de valor ha donat Grancher, i que efectivament el tenen en períodes posteriors, no es troben en el període que estem estudiant.

Com s'ha de fer l'auscultació? Correntment creiem preferible la directa per més senzilla, més fàcil i menys exposada a la modificació dels sorolls; pot, no obstant, usar-se la instrumetal, quan s'hi té costum, i serà útil d'usar-la en casos de dubte per a la comprovació.

On s'ha de practicar? De preferència en els punts que hem assenyalat com a lloc dels dolors, ja que allí solen ésser principalment les lesions i també en tot el pit, sobretot en les parts altes, inclosa la fosa infraclavicular.

Els moments més oportuns per a l'auscultació, quan estigui a la nostra mà escollir-los, són el matí en despertar, per aprofitar la congestió fisiològica nocturna, i en la dona el període premensual, en el qual augmenten també les congestions. Convé no confondre, no obstant, els cruixits propis de l'atelectàssia nocturna o de decúbit, amb els sorolls patològics. Aquells desapareixen al cap de poques inspiracions forssades; aquests persisteixen. A mi l'experiència m'ha demostrat, sobretot en els cruixits axilars, que moltes vegades no apareixen fins al cap d'unes quantes inspiracions i que solen augmentar d'intensitat en les successives, dintre d'un cert nombre.

La percussió no ens pot donar cap dada en el nostre cas, però s'ha de practicar, encara que no sigui més que per a eliminar els casos més avençats.

La investigació del bacil de Koch en els esputs, inútil en els nostres casos, puix falta ordinàriament l'esput, i, si existeix, no és bacilífer, i, si ho és, ja el mal no està en el període inicial. S'ha de fer, no obstant, i inclús provocar la presència d'esputs mitjançant l'administració del iodur potàssic.

La investigació radioscòpia, igualment negativa en el nostre cas, s'ha de practicar amb el mateix objecte que les anteriors.

Aparell circulatori. L'examen del pols té importància, i es caracteritza per la seva feblesa i per la taquicardia ordinàriament. També és regular que hi hagi hipotensió, de vegades molt pronunciada, fins a un Mx. de 11 i 9 cm. del Pachon, així com disminució de l'amplitud de l'oscil·lació, que l'he vista fins a dos, un i menys centímetres. També és freqüent la falta de concordància entre la Mx. i la Mn., en el sentit de convergència, o sigui, augment relatiu de la mínima, índex d'astènia miocàrdic. He vist correspondre a una Mx. de 10 cm. una Mn. de 9 cm.

Aparell digestiu. El seu examen confirma amb freqüència els fenòmens de catarro apuntats anteriorment.

Les *reaccions biològiques* cuti, introdermo-reacció, fixació del complement, per demés. Les reaccions dèrmiques solament podrien ésser útils com eliminatòries, si fossin negatives, en un individu que portés ja algun temps les lesions sospitoses i no fos un malalt caquètic. Si tenim en compte que en els països civilitzats el 95 % dels adults donen reacció positiva, quasi queda limitada la utilitat per als individus procedents de regions excloses del comerç mundial.

Les altres reaccions no es presenten més que en períodes més avançats, quan poden tenir algun valor.

* * *

De tot quant acabem d'exposar s'ha de deduir que, per al diagnòstic precoç de la tuberculosi pulmonar en l'adult, no tenim cap símptoma patognomònic; per això és el més difícil. No obstant, és el període més important de diagnosticar, tant per l'individu com per la societat. Per l'individu, per quant la tuberculosi inicial és la més fàcil de guarir i la seva guarició és la única completa, o quasi completa, perquè encara no hi ha destrucció de teixits com en els altres períodes, en els quals, fins, en el cas ideal de guarició radical, queden les cicatrius i deformacions de les lesions primitives i secundàries. Per la societat, per quant un tuberculós guarit en el període incipient és un focus menys de contagi.

Si no hi ha signes patognomònics, com s'ha de fer el diagnòstic? Pel conjunt de símptomes i per la seva persistència o evolució. Cada símptoma ben analitzat i ben comprovat, ja que en cas de dubte l'observació ha de repetir-se, equival a una presumpció, i diverses presumpcions bé equivalen a una quasi seguretat, com diu Jousset.

La major part dels diagnòstics mèdics passen per ventura d'aquesta categoria? Que poques vegades tenim una seguretat absoluta, matemàtica! La mateixa presència del bacil a l'esput, considerat per alguns d'un valor absolut quan és positiva, no està subjecta per ventura a la confusió amb altres bacils àcido-resistents? I, quan és negativa, tenim ni remotament seguretat absoluta, i menys avui, quan sabem que es pot presentar amb caràcter de virus filtrable, no reconegut fins a la segona inoculació en conillet (cas de M. Handurroy) ⁶.

De totes maneres, hi ha símptomes d'un valor predominant.

"Hi ha gerarquia, diu Jousset: *febre, hemoptisi i tos*. Aquesta trilogia cardinal: la febre per la constància, l'hemoptisi i la tos per l'especificitat representen, en conjunt, la *certitud clínica*". Si hi afegim l'estertor crepitant sec al qual tant ell com Sergent donen tant de valor, tenim rodonejat el diagnòstic. Per altra part, té tanta importància la cosa, que val més que en algun cas es prengui per tuberculós un individu que no n'és, que no pas que ens en escapin d'altres suposats no ésser-ho, ésser-ho. L'únic inconvenient que pot tenir una precipitació en el diagnòstic és posar l'alarma en l'individu i la família, però si hom els explica que, en cas d'ésser tuberculós, no s'han d'alarmar, puix que a certa edat tots o quasi tots n'hem estat de tuberculosos, i que els que arriben a tísics són una ínfima minoria, ço que demostra que la majoria es guareixen, i que, en cas d'ésser-ho, ara és el moment millor de guarir-se, la gent no s'alarma. A més, el malalt, pres per tuberculós sense ésser-ho, és un malalt que s'ha de cuidar, i el tractament antituberculós no li farà més que bé, sobretot si s'eviten tractaments pertorbadors, que en aquest cas estarien contraindicats.

En formular el diagnòstic precoç, convé que recordem alguns errors, en els quals podem incórrer, a fi d'evitar-los.

Primer de tot, convé no deixar-nos impressionar massa per símptomes passatgers, prenent-los per duradors, com correspon a una lesió com la tuberculosi. Per això convé, que abans de formular un diagnòstic definitiu, repetim l'examen diverses vegades, a fi de comprovar la persistència dels símptomes.

Segonament, convé no confondre una tuberculosi activa amb una tuberculosi latent o ja guarida. Per això s'ha de tenir molt en compte l'estat general, febre, amagriment, etc., i, sobretot, l'evolució en el sentit de millora o empitjorament dels símptomes.

És clar que hi ha certs símptomes, com febre, hemoptisi, quan són ben estudiats, que són sempre senyals d'activitat.

Hi ha un cas especial que convé de tenir present per evitar confusions, per rar que pugui ésser. Em refereixo a la pleuresia de vèrtex tan ben descrita per Sergeant, amb la per ell dita tríada simptomàtica; desigualtat pupillar, adenitis o linfoangitis nodular supraclavicular i frecs o rugositats pleurals. Malgrat ésser tuberculosa quasi sempre, i podent ésser la lesió primerament dagnosticable, pot ésser també deguda a ferida toràcica amb infecció vulgar; però, en aquest cas, la història del malalt, tenint en compte aquesta circumstància, pot aclarir-nos el dubte.

I, per últim, convé sobretot no caure en l'error de què s'ha d'esperar la presència del bacil de Koch en l'espüt per a diagnosticar la tuberculosi. Ja hem donat les raons en contra i els desastres que això podria portar, pel fet que deixessin de cuidar-se els tuberculosos, fins que les lesions fossin avançades, fet que Jousset, amb tota la raó, ha qualificat de *criminal*, no solament referint-se a aquest punt, sinó fins al fet d'esperar els signes auscultatoris per a fer el diagnòstic.

Tot el que hem dit fins aquí pot resumir-se en les següents

Conclusions: 1.^a S'ha d'entendre per diagnòstic precoç de la tuberculosi en l'adult, el diagnòstic fet en el període inicial o incipient de l'evolució clínica d'aquesta malaltia, no precisament en el moment de presentar-se la primera lesió, que acostuma a ésser molt anterior, regularment en la infància.

2.^a El diagnòstic precoç ha d'ésser anterior a la presència de símptomes radioscòpics, i a la presència del bacil de Koch en els espüts, o sigui, en el període dit de fluxió per Jousset, o de tuberculosi tancada.

3.^a El diagnòstic precoç s'ha de basar, més en l'interrogatori del malalt i en l'examen atent de la seva història, que en la seva exploració física. Tenen gran valor els antecedents familiars i d'ambient per la possibilitat d'un contagi, els personals, que poden donar indicis d'afeccions anteriors tuberculosos o similars i també els símptomes generals de febre, fatiga, emmagriment, tos, hemoptisis, i altres trastorns d'ordre digestiu, urinari i circulatori.

4.^a No obstant el que acabem de dir en la conclusió anterior, s'ha de fer l'examen complet del malalt, tant per si trobem algun símptoma positiu, que ens confirmi les nostres presumpcions, com per si se'n presenten d'altres, que, tot confirmant el diagnòstic

de tuberculosi, demostrin que aquesta ja ha traspassat el període inicial.

5.^a En el període inicial de la tuberculosi, objecte del nostre estudi, és possible que no trobem cap símptoma físic i, cas de trobar-ne, són únicament els apreciables per la palpació i l'auscultació.

6.^a Per la palpació, podem trobar dolors provocats, o confirmar els espontanis en els punts d'elecció, com són la zona d'alarma de Chauvet, la part alta i anterior de l'axila, el canal escàpua-vertebral i els fons de sac pleurals.

7.^a Per l'auscultació, podem trobar cruixits o estertors crepitants secs o frecs pleurals, en les mateixes regions dels dolors.

8.^a El diagnòstic precoç, no pot basar-se en cap símptoma patognòmic, sinó en el conjunt de tots ells, per bé que entre ells hi hagi jerarquies, puix que hem de donar un valor predominant a la febre, hemoptisi, tos, i cruixits secs, quan són permanents i evolutius.

9.^a De cap manera no hem d'esperar la presència de bacils en l'espüt per fer el diagnòstic de tuberculosi, ni símptomes estetoscòpics, ni radiològics. És preferible precipitar-nos en el diagnòstic en alguns casos, que deixar-ne de diagnosticar un de sol.

10.^a És interessantíssim diagnosticar precoçment la tuberculosi, tant per a l'individu, per a poder-lo guarir millor i primer, com per la societat, per evitar focus de contagi.

NOTES

¹ "Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire", A. Jousset, Professor agrégé de la F. de M. de Paris, Médecin de l'H. Laennec-Concours Médical, núm. 29 i 30. 1923.

² "Etudes cliniques sur la tuberculose". E. Sergent. París, 1919.

³ Rieux: "La tuberculose pulmonaire latente". París, 1926.

⁴ "Un symptôme gairebé constant en la tuberculose pulmonar incipient", per H. Puig i Sais. Secció de Tisiologia de l'A. i L. de C. M. de C. Sessió de 27 de juny de 1930. *Annals de Medicina* de Nov. 1930, pàg. 927.

⁵ Mohr i Staehelin. Vol. 6 de "Medicina interna".

⁶ M. Handurrooy: "Le diagnostic de la tuberculose par le laboratoire et les notions nouvelles sur le bacil tuberculeux". Société de Pathologie comparée. Sessió 8 abril de 1930.