

**Els síndromes pseudo-tuberculosos
deguts a supuracions pulmonars**

pel

Dr. LL. ROSAL I CATARINEU

EL diagnòstic de la tuberculosi pulmonar no ha d'ésser més que la interpretació, en conjunt, de les dades obtingudes pels diferents mitjans d'exploració de l'aparell respiratori.

No ens podem guiar, en matèria de tuberculosi, per un sol signe, ni podem designar cap d'aquests signes com atributiu exclusiu de la tuberculosi, la concomitància simptomàtica entre certes formes de tuberculosi pulmonar i certs tipus de supuració pulmonars són ben evidents. Repassant ràpidament els diferents signes que van lligats als processos tuberculosos, veurem molt sovint que coincideixen, ja isoladament, ja formant grups sindròmics amb altres afeccions no tuberculosos i en el tema present referits exclusivament als processos supuratius. Eliminant en el present treball els processos de supuració pulmonar, que ja per sí sols portin el caxet com a tals i anant a buscar la relació amb les supuracions de diagnòstic més difícil i que se'ns presenten en clínica amb quadros sindròmics simulant la tuberculosi.

Analitzant els diferents signes, com la febre, enflaquiment, suors, taquicàrdia, trastorns dispèptics, etc., veurem que, en conjunt, no tradueixen més que l'estat d'intoxicació de l'organisme, el defalliment de la resistència general; amb això sol queda dit que tal simptomatologia es pot presentar com originada tant per un procés bacillar com per una supuració en la seva fase formativa o aguda, com per una lesió d'evolució crònica o d'un procés crònic supuratiu, ja pulmonar, ja bronquial.

El mateix fa referència amb els signes funcionals, la tos, expectoració i els seus caràcters, dispnea, dolors toràcics, hemoptisis, tant poden pertànyer a la tuberculosi com a qualsevol altre procés bronco-pulmonar.

Els signes obtinguts per l'exploració clínica-radiològica ens permetrà de localitzar una lesió i segons els seus caràcters, extensió, agrupament, etc., ens faran presumir la naturalesa del procés, però

de cap manera, naturalment, prescindint de les formes extremes que no hi ha lloc a dubtes, els podrem prendre isoladament com a privatiu de la tuberculosi. La presència del bacil en els esputs és l'únic signe de certesa ue en molts casos dels ue ens referim, soluciona el problema, però sempre hem de tenir en compte la raresa i la dificultat de trobar el bacil en alguns processos tuberculosos i la possible infiltració tuberculosa en una afecció primitivament de supuració, com també la complicació supurativa, ja bronquial com pulmonar, en un procés tuberculós.

Després d'aquest preàmbul i volent restar fidels a l'enunciat, prescindirem de descriure i repetir la simptomatologia dels processos supuratiu bronco-pulmonars que puguin tenir alguna semblança amb els processos tuberculosos, com també prescindirem dels processos supuratiu que, com ja hem dit abans, es presenten a la clínica d'una manera franca i neta, no deixant lloc a dubtes el seu diagnòstic, per fixar-nos tan sols en els processos supuratiu bronco-pulmonars que poden simular la tuberculosi, pel fet que la simptomatologia que ens donen enquadra fàcilment dins d'un síndrome pseudo-tuberculós.

Una afecció que té forta semblança amb un procés tuberculós és l'esclerosi bronco-pulmonar difusa consecutiva a un procés agut o subagut pulmonar d'evolució lenta i implantada alguna vegada sobre terreny luètic. Aquesta afecció íntimament lligada a un procés inflamatori de la mucosa bronquial, moltes vegades no representa més que un trànsit entre la bronquitis crònica i la dilatació bronquial, essent un dels signes predominants durant el transcurs de la seva evolució, l'expectoració abundant, presentant aquesta broncorrea purulenta i altres signes que acompanyen dita afecció, forts punts semblants als que dona la tuberculosi de tipus fibro-esclerós amb fenòmens bronquials associats i en la qual el bacil pot deixar de trobar-se i ésser motiu de dificultat diagnòstica.

L'esclerosi pleuro-pulmonar densa i limitada a una regió més o menys extensa, pot presentar una simptomatologia pseudo-tuberculosa deguda més que als signes propis causats per aquesta reacció esclerosa, a l'associació de dilatacions bronquials i focus supuratiu amb què molt freqüentment van acompanyats. El resum de la següent història clínica n'és un exemple.

M. E., 40 anys.—Debutant la seva malaltia fa dos anys, que arrel d'un intens traumatisme presenta forta hemoptisi installant-se gradualment el quadro pulmonar d'un vulgar procés crònic, tos,

expectoració, dispnea, hemoptisis petites i reeptides, temperatura subfebril, fent pensar en un procés de condensació pulmonar de naturalesa bacillar, fins el moment que el veiérem en tota la simptomatologia havia arribat a un punt màxim, essent l'expectoració abundant i presentant-se en forma de pseudo-vòmica. El no trobar bacil ens va fer creure que la grossa condensació del lòbul inferior esquer traduïda a la pantalla per una massa molt densa i homogènia, junt amb els dolors irradiats per l'espalla i la forta demacració, no es pogués tractar d'una neoplàssia pulmonar, fins que la injecció de lipiodol i la millora obtinguda pel tractament ens mostrà que simplement es tractava d'una esclerosi densa amb dilatació bronquial intensa.

Altres processos de diagnòstic confós, és la bronquiectàssia i degut a què es pot presentar en múltiples formes, la seva simptomatologia és molt variada; ens fixarem solament en el tipus de bronquiectàssia que ja presentant-se d'una manera pura, associada o complicada, guarda estricta analogia amb el nostre propòsit.

La dilatació bronquial pura, generalment de tipus cilíndric, se'n pot presentar amb una simptomatologia pseudo-tuberculosa perfecta; vegi's la següent història clínica resumida:

P. D., 18 anys.—Cap malaltia anterior, llevat del xarampió als 8 anys; refredant-se, des d'aleshores, amb inusitada freqüència. Des de fa un parell d'anys, no deixa de tossir i expectorar en quantitats cada vegada més progressives; fa tres mesos, hemoptisis, que repetí fa 15 dies, essent més abundant. A l'exploració, signes bronquials difusos, accentuació discreta de les línies bronco-vasculars en conjunt; cap imatge pulmonar sospitosa de localització bacillar, ni cap indicatiu de lesió bronquial; bacil negatiu.

El diagnòstic no es va resoldre fins que la injecció de lipiodol mostrà dilatacions cilíndriques en base dreta para-mediastinals, a despit de què la imatge radiològica anterior no ho feia sospitar.

Prescindirem de descriure les varietats i formes que correntment veiem i que tant pels seus caràcters clínics com radiològics formen una entitat sense cap dubte diagnòstic.

Però no sempre succeeix el mateix quan aquestes dilatacions porten com a conseqüència una modificació profunda del teixit pulmonar que les circumda i aquestes dilatacions no són més que la conseqüència de les modificacions experimentades per un procés pleuro-pulmonar, essent-ne un exemple la història primera, en la qual, la paquipleuritis i l'esclerosi intensa del pulmó no perme-

tien d'exterioritzar els signes propis de les dilatacions que engloben. Un altre exemple n'és la història següent i en què demostra la facilitat amb què les bronquiectàsies poden donar lloc a petits i múltiples abscessos peribronquials.

F. M., 19 anys.—En el que a rel d'un procés agut pulmonar de mes i mig de duració, va començar a tossir i expectorar, amb algun esput hemàtic, expectoració discreta i sense cap caràcter especial fins que un nou procés es va instal·lar, augmentant des d'aleshores la quantitat d'esputs, prenent un caire més purulent i a intervals fetidesa acompanyada aquesta simptomatologia de febrícules i emmagriment. Macidesa i disminució del murmur a la base esquerra, que es tradueix a la ràdio per una ombra densa que no permet interpretar l'estat pulmonar; pel reste del pulmó imatges d'aspecte nodular de dimensions variades.

La injecció de lipiodol ens mostrà dintre la massa de la base una sèrie de dilatacions predominant sacular amb una sèrie de petites cavitats seguint al llarg dels bronquis, de tot l'aspecte d'abscessos formats al voltant de la paret bronquial i prèvia destrucció de la paret del mateix.

No cal dir que les imatges que radiològicament tenien tot l'aspecte d'una sembra de tipus bronco-pneumònic no eren més que petites o grans dilatacions saculars disseminades pel reste de dit pulmó.

Hem de citar, encara que breument, les dilatacions dites flogògenes, o siguin, aquelles que es formen i apareixen promptament a rel d'un procés infectiu bronco-pulmonar primitiu o d'un procés bronco-pulmonar secundari a una infecció general, a diferència dels altres tipus de dilatació bronquial que presenten un curs molt crònic.

Aquesta forma no gaire corrent en clínica, es presenta generalment en bronquis afectes de debilitat congènita o adquirida per diferents afeccions anteriors i en els quals l'alteració de llurs parets que condueix a la dilatació es presenta a rel d'una afecció aguda, desenrotllant-se promptament el quadro clínic de la mateixa, manifestant-se en un síndrome pseudo-tuberculós de més dificultat diagnòstica per la formació aguda del procés, l'absència de signes anteriors i la similitud dels signes físics i radiològics amb la tuberculosi, en dit cas, com en la majoria dels processos, l'absència continuada del bacil en l'expectoració serà l'orientació primordial per fer el diagnòstic diferencial del dit quadro supuratiu

que se'ns presenta sota la simptomatologia d'un procés pseudo-tuberculós.

Un punt delicat en aquesta qüestió és desglossar en un mateix malalt tuberculós, amb procés bronquial sobreafegit o viceversa, la simptomatologia pròpia d'un i d'altre, a voltes difícil, i aquesta dificultat és deguda, més que res, a la poca atenció que es presta a la simptomatologia que pugui aparèixer o desenrotllar-se en un malalt amb etiqueta bacilar comprovada; vegi's la història següent:

J. A.—Afecte d'un procés destructiu fibro-caseós unilateral, amb pleura adherida, bacil positiu, tractat amb cura de repòs perllongada: sanocrisina. Als dos anys, perd el bacil, seguint amb expectoració més abundant que durant l'activitat del procés, signes auscultatoris persisteixen, la ràdio no permet veure ço que passa dintre el pulmó, degut al vel intents pleural amb retracció de l'hemitòrax i atracció cardio-mediastino-diafragmàtica. A pesar de la persistència dels signes, el no trobar repetidament bacil als esputs ens orienta cap a una possible tronquiectàsia apareguda arrel de la intensa esclerosi curativa del procés bacilar i que el lipiodol ens posà de manifest.

Exemples com aquest els trobem, no solament en les esclerosis naturals curatives, sinó després de tractaments en què s'afavoreix la seva formació, després de neumos antics, plàsties, etc., i en els quals el diagnòstic de vegades ofereix serioses dificultats, degut a les localitzacions diverses que poden presentar, per exemple, les dilatacions apicals, o per quedar circumscrites a una regió molt limitada.

Altres processos, rar en clínica, però que, degut al seu polimorfisme, pot durar un període més o menys llarg de la seva evolució simular la major part d'altres afeccions pulmonars, i, entre elles, la tuberculosi, és la neoplàssia pulmonar ulcerada. En un cas ben documentat que posseïm, la primera fase de la seva afecció era la d'un vulgar procés tuberculós que, en anar evolucionant, entrà en una segona fase més pròpia d'un procés supuratiu i que, sobre-tot, ho feia preveure la imatge radiològica que mostrava una destrucció amb nivell voltada de teixit condensat. En aquest malalt, l'absència de bacil i a l'últim període d'amagriment amb exageració dels dolors irradiats cap a l'espatlla, junt amb la presència de cèl·lules neoplàsiques als esputs, ens permeteren sentar en ferm el diagnòstic de neoplàssia, que la necròpsia corroborà.

Del grup d'abscessos de pulmó, amb la seva varietat anatomo-clínica i davant les diverses fases evolutives en què se'ns presenten, hem d'excloure les formes típiques i que han presentat en una fase anterior un conjunt de símptomes tan manifestos que sols per l'explicació que ens en fa el malalt, per exemple la fase aguda preliminar, les vòmiques, els caràcters de l'expectoració, la fetidesa freqüent de la mateixa ens indueix ràpidament al diagnòstic d'abscess pulmonar i, en aquests casos, és pueril tota idea de tuberculosi.

Però, dintre la varietat dels mateixos, existeixen formes que no es presenten amb el quadro tan típic, ja sigui perquè se les observa en una fase determinada de la malaltia, ja perquè han evolucionat atípicament i se'ns presenten amb unes característiques tan especials que, fins que no es fa una exploració completa i repetida, no es pot arribar a afirmar l'existència del procés supuratiu; tal és la semblança que pot tenir amb un procés tuberculós i, en aquests casos, més aviat es tracta d'abscessos que evolucionen sense marcada fetidesa en l'expectoració. Vegi's el cas següent:

J. G.—Ingressa al nostre Servei, per un procés pulmonar que datava de cinc mesos, sense afecció aguda anterior, essent el seu començament insidiós amb tos, expectoració que anà augmentant, mai pútrida, amagriment i temperatura sub-febril; l'exploració ens permet afirmar l'existència d'una cavitat isolada en el pulmó esquerre. El nostre primer diagnòstic va ésser el d'una tuberculosi cavitària localitzada, essent-nos sempre impossible de trobar bacil; la inoculació al covai i el cultiu (mètode de Hon) res no ens demostraren.

Aquesta negativa persistent va ésser la que ens va induir a la idea de la possibiilitat d'un abscess de pulmó, que l'evolució posterior ens ratificà.

Un punt a tenir en compte, tant si es tracta d'una supuració fètida com no, és la possible implantació del o dels abscessos en el curs d'altra malaltia crònica, com també la tuberculosi pulmonar, encara que sigui un fet no gaire corrent i, en cas de succeir, es presenten en l'última etapa, en ple defalliment de les resistències del malalt.

Dintre la diversitat d'abscessos, la varietat d'abscess gran únic o la reunió de molts d'ells voltats o no de teixit pulmonar indurat, la distinció no ofereix cap dubte, la seva expressió clínica és ben clara i, a més, el no trobar-se el bacil de Koch, ens orientaran cap

a un quadro de supuració, a despit de l'estat d'intoxicació lleugera o gran del malalt que es manifesta per signes generals i funcionals que puguin ésser també els propis de la tuberculosi. En els abscessos petits i múltiples, la distinció ja no és tan franca, en els processos aguts com la broncopneumònia la infecció a través de la paret bronquial pot donar lloc a una petita col·lecció peri-bronquial, que no és més que un petit abscess, no tenint lloc d'elecció preferent, aquests abscessos semblant en la seva formació i simptomatologia a les dilatacions dites flogògens, presenten, també com elles, un quadro sindròmic pseudo-tuberculós que pels seus caràcters i agudeses, la simptomatologia tòxica, els signes pulmonars de condensació, l'aproxima amb un procés pulmonar agut tuberculós i més quan en aquestes fases no sempre és fàcil de trobar bacil.

Després de la descripció lleugera de les varietats de supuració, que en clínica se'ns manifesten amb uns caràcters i amb una evolució que en conjunt reflexen la semblança amb un quadro sindròmic pseudo-tuberculós, donem per resumides les nostres idees en aquest aspecte, creient que, com més profund sigui l'examen del malalt sense oblidar la importància de les dades, obtingudes des de l'interrogació fins l'examen d'esputs, passant per una exploració meticulosa del malalt, menys vegades se'ns presentarà la dificultat diagnòstica entre aitals processos.