M. v. Pfaundler

Boale de copii

Editura H. Welther, Sibiu 1945

Tuberculoza

Patologie generală

Infecţiunii cu bacilul tuberculozei nu i se poate sustrage în statele de cultură nicio fiinţă vieţuitoare. *Prima infecţiune* se produce (în ţara noastră în general) aproximativ în masură egală atât la vârsta copilăriei, cât şi dincolo de perioada pubertăţii, şi anume pe cale digestivă (tuberculoza de ingestie prin infecţia cu murdărie în epoca mersului de-a-bușilea sau cu alimente, de ex. laptele nefiert provenit dela vacile tuberculoase), mult mai frecvent pe căile respiratorii prin inhalarea stropilor de tuse cu proveniență dela adulţii tuberculoşi (membrii de familie, personalul domestic, vizitatori, personal didactic etc.) sau prin praf (dela rufe). Participarea tipului bovin în mica copilărie este de 10—20%.

Contaminarea antenatală de către mama grav bolnavă este foarte rară.

Numai o fracţiune din cazurile de prima infecţiune trec, cel mai de vreme în 4—8 săptămâni, în majoritatea cazurilor însă mult mai târziu, în *prima îmbolnăvire decelabilă*. Această fracţiune este foarte variabilă după împrejurări; este foarte mare la copiii cei mai mici (când în primul semestru *omoară* repede chiar 50—90%; în semestrul al doilea până la 30%) şi când massa ereditară şi condiţiunile înconjurătoare sunt nefavorabile; este relativ redus imediat la începutul vârstei şcolare. Mai exercită o influenţă condiţiunile speciale ale infecţiei precum şi constituţia copilului, în special starea reacţională a organismului, cea din urmă fiind puternic influenţată de ex. prin infecţiunile anterioare mai recente ca rugeola, tusea convulsivă, gripa, etc.

In restul cazurilor *mult mai frecvent* primo-infecţiunea rămâne în general latentă, inactivă, temporar sau pentru vieaţa întreagă, poate însă să fie transformată şi într'un proces activ prin schimbarea stării reacţionale, menţionată mai sus, precum şi prin supra-infecţie sau alte influenţe nocive.

Diagnosticul general

Supoziția și diagnosticul vor fi sprijinite pe următoarele momente:

1. *Anamneză:* de ex. tuberculoza confirmată sau probabilă a membrilor familiei sau alte persoane din casă.

2. Anumite *semne* clinice exterioare ca, exanteme specifice (tuberculide și a., v. p. 458), unele forme de adenite (p. 464), fistule și cicatrice consecutive acestora, leziuni osoase (p. 460), faciesul scrofulos cu flictene (p. 466) și a.

In opoziție cu acestea, starea de denutriție (cu toate că uneori ea poate fi întâlnită și în ftizie la copiii *mai mari* cu o față plină și de o coloare relativ bună) în general nu constitue un indiciu pentru tuberculoză și nici nu denotă o receptivitate mai mare — întocmai ca și astenia habituală.

Copiii tuberculoși mai mici, chiar și sugarii, își păstrează chiar contrariu foarte frecvent pentru un timp îndelungat *o stare de nutriție favorabilă* și nealterată.

O mică valoare din punct de vedere al diagnosticului revine paloarei, schimbării feței, inapetenței, transpirațiunilor nocturne, relei dispoziții.

3. *Examenul organelor toracice și abdominale:* Bronșita recalcitrantă unilaterală, constatarea unor adenopatii traheo-bronșice și mesenterice, infiltrațiuni pulmonare cronice, polisérosite etc. Aceste semne au o valoare numai în caz de reacțiune pozitivă la tuberculină și și atunci numai interpretate cu tot discernământul cuvenit (v. m. j.). Amănunte relativ la această chestiune a se vedea la „diagnosticul diferențial". Tusea cronică, chiar și hemoptizia au la copii de cele mai multe ori o altă origine decât cea tuberculoasă. Asupra formelor speciale ale tusei și ale respirației v. p. 452.

4. Mici ascensiuni *neregulate* de temperatură și *perioade febrile prelungite* fără a putea constata vreo altă cauză decelabilă. Pe de altă parte iarăși acestea pot lipsi cu desăvârșire chiar și în procesele active. Și invers, unii copii sănătoși sau numai cu o labilitate vasomotorică, în opoziție cu adultul, pot prezenta temperaturi subfebrile, trecătoare sau chiar persistente până la maximum 38,2° C, chiar și în repaos (hipertermia habituală), mai frecvent însă după mișcare și luându-le temperatura rectal (hipertermia de mișcare) fără a putea constata vreo altă cauză (v. p. 10).

Pentru a evita erori prin acest fel de comportare aproape fiziologică, temperatura copilului va fi luată totdeauna abia după ce el s'a odihnit cel puţin o jumătate oră.

5. *Reacţia la tuberculină* pozitivă (tehnica v. p. 502). Făcând abstracţie de câteva excepţii izolate (v. m. j.) pentru practică va fi respectat principiul: *reacţiunea la tuberculină devine pozitivă după 3—8 săptămâni dela producerea infecţiei tuberculoase* şi rămâne pozitivă timp de ani de zile.

Relativ la atitudinea ce trebue avută în practică v. p. 502.

O reacţie pozitivă în sine nu dovedeşte decât o *poziţie de apărare* faţă de infecţia produsă nu însă şi prezenţa necondiţionată a unei tuberculoze active. Această reacţiune pozitivă la tuberculină constitue însă un indiciu de activitate din ce în ce mai probabilă pe măsură ce copilul este mai mic. *Din punct de vedere practic, în primii trei ani reacţiunea pozitivă la tuberculină echivalează cu o tuberculoză activă!*

Reacţiunea negativă în tuberculoza activă se întâlneşte atât la tuberculina umană, cât şi la cea bovină practicată cu toate metodele în: tuberculoza miliară (şi în stadiul *înaintat* al meningitei tuberculoase, câte odată în tuberculoza abdominală şi pleurezia tuberculoasă), precum şi în stările de caşexie gravă. Apoi şi în timpul unor altor boale infecţioase şi încă un timp oarecare după ce ele au trecut, în modul cel mai constant în rujeolă şi după rujeolă şi în fine după cum am amintit — în primele săptămâni după contaminarea cu bacilul Koch (anergia de incubaţie).

Din acest motiv reacţiunea negativă la tuberculină are o mai mare valoare din punct de vedere al diagnosticului decât cea pozitivă, deoarece ea înlătură suspiciunea de „tuberculoză".

6. *Radioscopia şi radiografia pulmonară* punând în evidenţă mai ales adenopatia traheo-bronşică, inflamaţiunile perifocale, infiltratele pulmonare cu pornire hilară sau intrapulmonare şi focarele diseminate.

Diagnosticul radiologic al tuberculozei la copii reclamă o experienţă şi un discernământ dintre cele mai mari. Pe de o parte va trebui să ne ferim de o confuziune cu umbrele hilare pulmonare normale şi să ne gândim că umbre *nespecifice* mărite ale hililor şi ale ganglionilor traheobronşici, precum şi infiltraţiuni pulmonare sunt foarte frecvente la copii (de ex. după pertussis, gripă, rujeolă care pot persista timp de săptămâni şi chiar luni de zile, chiar şi în ascaridiază). Pe de altă parte trebue să se mai ştie că o parte a ganglionilor bronşici mai poate fi acoperită de umbra mediastinală şi cardiacă şi că prin aceasta chiar şi ganglionii tuberculoşi măriţi devin invizibili pe film. Ţinând seamă de di-

ficultăţile multiple, *principial ne vom feri ca din examenul radiologic să tragem concluziuni etiologice de diagnostic!*

7. Diagnosticul va fi *confirmat* prin *căutarea bacilului tuberculozei* care la copii întâmpină dificultăţi chiar şi în tuberculoza pulmonară deschisă din cauza rarităţii de expectoraţie. Uneori se reuşeşte ca sputa aruncată în gură prin accesele de tuse să fie prinsă pe o sondă învelită în vată. Mai bine poate fi obţinută sputa înghiţită prin sondajul gastric practicat cu puţină apă dimineaţa pe stomacul gol, examinând apoi sedimentul. Evidenţierea bacilului este mai sigură prin culturi şi pe cale experimentală pe animale (ambele printr'un procedeu mult perfecţionat în laboratoarele oficiale de bacteriologie), decât prin metoda de coloraţie (sau chiar fluorescent microscopică mai recentă). Pe această cale se poate face dovada uneori, că multe cazuri de tuberculoză clinicește latentă în realitate sunt active, fără ca să se poată conchide totuşi asupra contagiozităţii bolnavului.

8. Trezesc bănueli asupra *activităţii procesului: viteza de sedimentare urcată* (excluzând alte procese inflamatorii) mai ales pe lângă o temperatură corporală normală, precum şi modificări ale *tabloului sanguin:* în esenţă limfocitoză relativă fără o prea accentuată leucocitoză (aproximativ 12.000—15.000) şi „deviere spre stânga".

Prognosticul în general

Aici este dătătoare de ton, înafară de condiţiunile igienice care domină şi suprainfecţiunile exogene, şi înafară de împrejurările indicate la început la p. 442, şi vârsta. Două perioade de vârstă rezervă mari pericole. Dintre copiii cu reacţiunea la tuberculină pozitivă în primii ani abia dacă se mai găsesc vreo 50% în vieaţă după trei ani dela citirea ei, iar dintre persoanele dela vârsta pubertăţii prezentând leziuni pulmonare deschsie vreo 20% după 10 ani.

Profilaxia generală

Parola este: Pe cât posibil să se amâne primo-infecţiunea. Din acest motiv vor fi îndepărtate după posibilităţi toate persoanele bolnave de tuberculoză, în deosebi în primii doi ani! Angajarea personalului domestic, a conducătoarei de grădiniţă de copii, îngrijitoare etc. ar trebui să se facă (principial) numai după prezentarea certificatului de sănătate eliberat de serviciul sanitar. Dacă

unul din soţi suferă de tuberculoză deschisă, singura cale de urmat consistă în internarea cât mai precoce posibilă a bolnavului în spital sau plasamentul copilului (cel mai bine imediat la naştere) în alt mediu.

Relativ la tuberculoză şi alăptare v. p. 17.

Infecţia prin „murdărie" („Schmierinfektion") se poate produce prin mersul de-a-buşilea pe padimentul murdar (poate fi evitată cel mai bine prin reţinerea copilului într'un box), prin mâinile murdare (unghiile!) („touche à tout"), susetă, jucării etc.

Tuberculoza alimentară poate fi prevenită, administrându-se un lapte ireproşabil *fiert* sau cel puţin bine pasteurizat la o temperatură mai înaltă.

Profilaxia celor predispuşi: Cei expuşi, dar încă neinfectaţi, pot fi făcuţi mai rezistenţi printr'un regim alimentar mai substanţial, variat, bogat în vitamine (fără a urmări însă o îngrăşare exagerată!) prin cura de aer, băi de soare, cura într'un climat stimulant şi activitate sportivă (fără constrângere şi fără excese însă). In primii ani copiii vor fi feriţi pe cât posibil de infecţiuni (în deosebi de rujeolă, pertussis, gripă).

Imunizarea prin *vaccinare* precum şi prin ser nu dispune încă până în prezent de metode demne de încredere şi potrivite în practică, abstrăgând de procedeul Calmette prin vaccinarea peroralâ, la noi din nefericire nepracticabilă, iar mai nou pe ici şi pe colo încercată şi parenteral.

WOW!!

Tratamentul general

Primei întrebări, dacă copilul *peste tot are nevoie de vreun tratament,* trebue să i se dea un răspuns negativ, dacă copilul a împlinit vârsta de 4—6 ani, şi deşi are o reacţiune la tuberculină pozitivă, nu prezintă niciun semn de tuberculoză; totuşi, un astfel de copil poate avea nevoie de *protecţie,* dacă rămâne în mediul unde şi-a contractat infecţia (profilaxia suprainfecţiunii). Această protecţie este servită — în deosebi în condiţiuni igienice nefavorabile, prin sanarea acestora sau cel puţin trimiterea în cură climatică, vilegiatură, colonii de vară, la ţară la rude pe timpul vacanţei şcolare.

Acelei întrebări trebue să i se răspundă afirmativ în toate cazurile de reacţie pozitivă la tuberculină, întâlnite la copiii din primii

3 ani de vieaţă şi în toate cazurile prezentând simptome certe de îmbolnăvire.

A *doua întrebare principală* care se pune este, dacă bolnavul are nevoie în primul rând de un *tratament stimulant sau de unul cu mijloace blânde.* Cel din urmă va fi aplicat în stadiul primar sau postprimar al infecţiunii, în toate cazurile de infiltrat intratoracic recent (de ex. în infiltratul perifocal sau epituberculos), în adenopatiile *tumorale* interne, în diseminările recente şi ftizia gravă (a se consulta expunerile dela p. 451, sub a—e). Tratamentul stimulant este indicat pentru copiii de vârsta şcolară excitabili cu tuberculoză ganglionară bronşică şi periferică, cu scrofuloză torpidă, apoi în tuberculoza abdominală, cutanată, osoasă, şi articulară, apoi în cazurile care se găsesc într'un stadiu înaintat de vindecare şi cu o stare generală bună. Pentru a putea aduce o decizie importantă în darea răspunsului la această întrebare, este nevoie să se posedă cunoştinţe temeinice asupra sediului, esenţei, activităţii focarului tuberculos. Astfel de cunoştinţe îşi pot câştiga mai uşor medicii din clinică decât practicianul, graţie mijloacelor de care dispune institutul lor, având sub observaţie bolnavul pentru 2—3 săptămâni. Tot în clinicile infantile, care dispun şi de o secţie pentru tuberculoşi, mai poate fi înregistrat şi felul de reacţiune a bolnavului la cura la care a fost supus ca probă, după ce s'a stabilit în prealabil planul terapeutic.

A treia întrebare principală este, unde poate fi executat tratamentul cu cei mai mulţi sorţi de izbândă. Locuinţa particulară se pretează, presupunând existenţa unor condiţiuni cât de cât favorabile (poziţia, balcon, curte, grădină, regim alimentar, educaţie, societate şi altele) atât pentru anumite feluri de tratament cu mijloace blânde, cât şi pentru un tratament stimulant (eventual cu adaptările şi improvizaţiunile cuvenite). Socotind după experienţele mele proprii, rezultatele dela domiciliu în general, dar în deosebi în oraşele mari (din sudul Germaniei, mai ales în afecţiunile intratoracice) rămân foarte puţin înapoia celor înregistrate în tratamentul sanatorial, în opoziţie cu ceea ce se crede de obicei. Eu cred că nici pretenţiunile formulate faţă de condiţiunile mediului de acasă nu trebuesc exagerate.

1. *Cura cu mijloace blânde.*

In cadrul acestui fel de tratament stă *cura de repaos la aer* la şes sau la altitudine mijlocie (600—1200 m).

Copiii cari febricitează stau permanent culcaţi, ceilalţi (progresiv scăzând) de 2—4 ori câte 1—2 ore pe zi; ei pot să se ocupe jucându-se liniştit, chiar şi învăţând puţin. In locuinţele orăşeneşti trebue să ne mulţumim eventual şi numai cu aceea, ca patul sau chaiselongul să fie dus la fereastra deschisă (a se feri de curent!), mai bine pe un balcon apărat sau pe o verandă sau terasă îndreptată spre Sud, sau în locurile umbrite din grădină, prevăzute cu un scut împotriva precipitaţiunilor atmosferice). In anotimpul mai rece, copiii se vor adapta progresiv la aerul de afară, la început vor sta numai câteva ore, mai târziu chiar şi ziua întreagă şi — unde pot fi aplicate dispozitive speciale — chiar şi în timpul nopţii, eventual chiar şi în anotimpul rece (poate funcţiona şi iarna întrebuinţându-se pat încălzit electric, p. 50, 161). In timp de frig ne vom îngriji de veşminte de lână, eventual rânduri duble şi de pături (tricot, căciulă, mănuşi, plapomă de puf, sticle calde). A respira aer rece nu este dăunător; o uşoară mişcare de aer în liber este favorabilă, în opoziţie cu vântul aducător de praf. Fireşte că sunt de preferat pentru bunele servicii, pe care le aduc în executare astfel de cure, instituţiile care dispun de galerii de odihnă aşezate într'un climat blând şi împădurit, bine organizate şi din punct de vedere al îngrijirii, care să provoace bolnavului un stimulant psihic dozat, distracţie şi educaţie.

Durata tratamentului cu mijloace blânde este în funcţie de starea generală a bolnavului şi de constatările dela caz la caz (criteriile: examenul radiologic, temperatura corpului, viteza de sedimentare etc.) şi va fi de cel puţin de $^1/_4$ de an, în general însă mai lungă, până la 1—2 ani. Alimentaţia şi tratamentul medicamentos v. m. j.

2. *Cura cu mijloace stimulatoare.*

α) *Climatul* exercită o acţiune stimulatoare chiar la ducerea copilului dela oraş la ţară, dela şes în regiunile deluroase, dela altitudine mijlocie — acţiune foarte puternică! — la o altitudine înaltă (peste 1200 m.) şi la mare. In toate aceste staţiuni se va face şi cura de repaos la aer, care va fi însă începută cu *foarte mare atenţie*. In transporturile făcute la distanţe mai mari se recomandă să se facă un scurt popas intermediar ca treaptă de acomodare, şi în toate cazurile să fie observate cu stricteţă toate *contraindicaţiunile* menţionate mai sus, care pentru cura dela mare

vor mai fi completate şi cu alte contraindicaţiuni ca: afecţiuni intestinale, ale urechii, rinichi şi vezica urinară sau numai tendinţă la aceste afecţiuni. La mare şi în parte şi la munte să ne aşteptăm la reacţiuni perifocale chiar şi după intervale mai mari, mai ales dacă nu este vorba de copii mai mari şi robuşti, întrucâtva adaptaţi de mai înainte prin vecinătatea caselor părinteşti cu malurile de apă sau cu munţii.

In staţiunea de cură se pune de asemenea problema tratamentului făcut în case particulare sau instituţiuni, alegerea făcându-se şi aci în conformitate cu normele indicate sub 1.

β) O acţiune stimulantă *actinică* exercită băile solare sau razele ultraviolete („soare artificial", lampa de quartz, cu vapori de mercur incandescenţi). Relativ la ambele a se vedea amănuntele indicate la p. 484 sub helioterapie. Röntgenterapia nu se întrebuinţează în tuberculoza pulmonară, în schimb se întrebuinţează în adenitele cervicale tuberculoase şi în tuberculoza chirurgicală.

γ) *Alţi agenţi stimulanţi.*

Tratamentul specific cu tuberculină nu poate fi recomandat medicului practician. Singurul fapt care mi se pare raţional în această direcţie este încercarea de *prevenire* a activării ameninţătoare a vreunui proces tuberculos, deocamdată latent, printr'o serie de fricţiuni cu ektebină, în caz de îmbolnăvire de rujeolă, pertussis, gripă, a unor copii îmbolnăviţi pe vremuri de tuberculoză activă. Pe cât posibil, se vor face imediat, chiar în perioada de incubaţie la intervale de 4—8 zile fricţiuni în diferitele regiuni ale corpului, procedându-se întocmai ca şi în proba de diagnostic cu alifie după *Moro* (p. 504) cu intenţiunea de a menţine treaz apărarea specifică a organismului.

Faţă de *tratamentul stimulant cu proteină* nespecifică eu iau o poziţie identică cu cea faţă de tratamentul cu tuberculină. *Czerny* cu ani în urmă a preconizat injecţiuni cu ser fără substanţe specifice (simplu), ser de cal sau bovin, zilnic sau tot la 2 zile 0,5—1,0 cmc. subcutanat, în total până la 100 injecţiuni! Eu nu dispun de rezultatele înregistrate. Serul bovin (boviserin) se administrează sugarilor în doze zilnice de 10—30 cmc. pe cale bucală.

Aci aparţin în parte şi transfuziile sanguine încercate mai recent pe ici pe colo, care totuşi nu pot să procure totdeauna o ameliorare a stării

alergice, ba uneori chiar dau impresia că exercită o acţiune în sens contrar.

3. *Alimentaţiunea:*

Scopul ei este *sporirea rezistenţei corporale generale* şi în acelaşi timp o modificare în componenţa massei corporale. Din observaţiuni rezultă că îngrăşarea cu hidrocarbonate nu este potrivită. (Din contra ea determină o acumulare de apă în organism, reducându-i imunitatea şi capacitatea de rezistenţă.)

In locul de frunte stă *regimul alimentar bogat în materii azotoase, grăsimi şi vitamine şi sărac în sare:* aproximativ $^1/_3$ (cel mult $^1/_2$) litru *lapte* pe zi (cu sau fără cacao); apoi ouă, resp. gălbenuş de ou (1—2 bucăţi pe zi), brânză albă, carne, peşte, sardele în uleiu etc., smântână, unt, slănină. Inafară de acestea însă zilnic se va mai da din abundenţă legume şi fructe (în stări febrile nevoile în vitamina C sunt sporite!). Chiar şi *la sugari* trebuesc preferate alimentele bogate în grăsimi (adaos de smântână, fiertură de lapte cu unt şi făină, lapte acidulat etc.) faţă de cele bogate în hidrocarbonate.

Cantitatea *laptelui* va fi redusă dacă face ca apetitul pentru alimentele mai consistente să scadă. *Smântâna* va fi băută de preferinţă înainte de a merge la culcare (1—2 ore după cină) în cantitatea de 100—200 gr.

O schemă de *listă de mâncare pentru şcolari* (se poate modifica după obiceiurile locale şi gustul individului) este următoarea:

La orele 7: 10—15 gr. untură de peşte; 200 gr. lapte, puţină pâine cu mult unt şi puţină brânză nu prea sărată (brânză albă, Gervais).

La orele 9½: Fructe proaspete crude.

La orele 12: O supă de carne bună, stimulatoare de apetit, puţin mai concentrată, 50 gr. carne, legume cu foi şi frunze sau legume cu rădăcini preparate în aburi. Salată (diferite soiuri) cu puţină sare. Mâncări cu ouă şi făină, de ex. budincă cu zeamă de fructe.

La orele 15: 10—15 gr. untură de peşte, fructe (şi nuci) sau prăjituri cu fructe; 150 gr. lapte.

La orele 18½: Jumări cu multă salată şi pâine cu unt, sau cartofi fierţi în coajă cu unt şi sardele în uleiu sau sardele afumate, sau omletă cu şuncă, pilaf, etc.

La culcare: 150 gr. smântână.

Față de acest regim, regimul lui *Gerson-Hermannsdorfer* cu efecte trâmbițate are mai multe neajunsuri (prea migălos, costisitor și este refuzat de copilul bolnav). Cel mult în lupus se pare a avea uneori efecte parțiale.

4. *Tratamentul medicamentos.*

Dela tratamentul medicamentos până în prezent nu se pot aștepta nici rezultatele specifice, dar nici măcar efecte favorabile demne de încredere.

Numai *untura de pește* se pare a fi indispensabilă și aceasta nu numai din cauza valorii sale calorice, ci probabil și din cauza conținutului său în vitaminele A și D (favorizează depunerea de calciu?).

Se va administra untura de pește pură standardizată, după vârstă 10—30 gr. pe zi, eventual combinată cu iod (jodella), nu însă emulsiuni!

Administrarea de *iod* pare a fi de asemenea folositoare (în deosebi în scrofuloză și tuberculoza osteo-articulară).

In schimb eficacitatea preparatelor de *calciu, acid silicic, cupru, aur și a celor cu lipoizi* etc. până în prezent nu a putut fi confirmată de cercetările de control ulterioare.

Pentru *sporirea apetitului* se administrează: acid clorhidric, tinctura chinae, elixir. aurantii compos., eatan și altele.

Febra va fi combătută cel mai bine cu pyramidon (0,05—0,10 gr., copiilor de școală la intervale de câte 1—2 ore).

Pentru combaterea fenomenelor catarale: Preparatele cu creosot și guaiacol (ca beatin, creosotal, kresival, siran, sirolin). In caz de secreție vâscoasă: temporar iod (0,5). In caz de tuse continuă: preparatele cu codeină (codeină phosphor., paracodinsirop, cardiazol-dicodid, acedicon. Expitul, expectorant care nu conține zahăr, alcool și alcoloid, este elogiat pentru efectul său terapeutic. (Eu prefer beatinul.)

Impotriva transpirațiunilor a se vedea la ftizie p. 455.

Inuncțiuni cu săpun verde (sapo kalinus) v. la scrofuloză și p. 645.

5. *Tratamentul chirurgical* a se vedea mai jos la tuberculoza aparatului locomotor, a adenitelor tuberculoase și la ftizie.

A. Tuberculoza aparatului respirator

a) Complexul primar

este urmarea unei primo-infecțiuni constituite și constă din focarul tuberculos, din țesutul pulmonar care înconjoară locul de

pătrundere a infecţiei în arborele respirator şi de procesul tuberculos al căilor limfatice şi al ganglionilor limfatici aferenţi.

α) *Afectul primar tuberculos,* în general unul singur, numai cât un bob de fasole, nu se prea manifestă clinic — eventual numai sub aspectul unei „gripe" uşoare fără să-şi trădeze adevărata sa natură — şi deocamdată cel mult la ecran vizibil în caz de localizare mai distanţată de hil sub forma unei umbre moi, mai curând însă după un an din cauza calcifierii.

β) *Tuberculoza hililor pulmonari şi adenopatia traheo-bronşică tuberculoasă* reprezintă aspectul cel mai frecvent din toate formele recunoscute de medic, deoarece este forma cea mai constantă şi poate fi suspectată cu cea mai mare probabilitate în toate cazurile cu reacţiune pozitivă la tuberculină. Pe placa radiografică, cea mai decisivă dintre mijloacele de investigaţie, rămân natural şi aci acoperite de umbra cardiacă unii dintre ganglionii recent afectaţi; alţii iarăşi, în special ganglionii bronho-pulmonari, traheo-bronşici şi paratraheali din partea dreapta, apar pe lângă umbra cardiacă ca nişte formaţiuni ovale sau rotunde limitate în forma de arc — uneori, dacă se măresc în volum devin „tumorale", sau sunt împrejmuite de infiltraţiuni periglandulare (v. sub b).

Numai în aceste cazuri se poate ajunge, prin compresiune asupra organelor învecinate, la cele două simptome foarte caracteristice: *tusea „bitonală" înaltă, metalică şi (tusea) uscată, în accese (aproape ca în pertussis)* şi *stridorul expirator* cu expiraţia prelungită şi astmatiformă, apoi în iminenţa de a se deschide în căile respiratorii şi dispnee paroxistic, grav şi cu pericol de moarte, care imită întru toate accesul de astm bronşic până şi în a reacţiona favorabil în mod temporar şi la antispasmodice, având prin urmare o componenţă vizibilă funcţional-spastică.

Uneori se observă venectazii deasupra sternului şi o matitate parasternală. Pe semnele percutorii nu ne putem baza. Să ne mai gândim încă, că aceeaşi tumefacţie a ganglionilor bronşici se mai poate produce atât în timpul, cât şi după infecţiuni de alt ordin (de ex. pertussis, pneumonie). Diagnosticul diferenţial al adenopatiei traheo-bronşice tuberculoase se pune cu această tumefacţie ganglionară, precum şi cu hiperplazia thymusului, leucemia, granulomatoza şi a.

Ca fenomene generale se prezintă — în deosebi la sugari — catarurile repetate, febrile, diaree, pierderea turgorului etc.

Tratamentul: general p. 446.