

tito; todas las funciones se ejecutaban bien, y la orina salía exclusivamente por la herida. Debo advertir que ni un solo día se cambió la alimentación que el niño tomaba antes de la operación.

El 11 comenzó á salir la orina por la uretra, y el 26 se cicatrizó completamente la herida.

México, Abril 19 de 1876.

E. LICÉAGA.

REVISTA EXTRANJERA.

EXTRACTO DE LA TESIS DE MR. GRASSET

POR RAMON LOPEZ Y MUÑOZ.

(CONTINUA.)

II. GANGRENA PULMONAR.—Los antiguos conocían bien la gangrena pulmonar, y la admitían como terminación de los processus neumónicos.—Se podría decir aún que la admitían muy á menudo, puesto que la veían en muchos casos en que no existía realmente. «Los antiguos,» observa Andral juiciosamente, «han descrito evidentemente bajo el nombre de gangrena alteraciones del pulmón muy diferentes de este estado. En general, estaban inclinados á establecer que había gangrena, «siempre que un órgano les presentaba un color moreno ó negro.»

Sin embargo, no debe pasarse al extremo contrario; es cierto que Boerhave, van Swieten, Stoll, Huxham, Baglivi, han conocido la gangrena pulmonar y la han admitido como terminación de la neumonía. Bayle la describe en las tisis ulcerosas.

Pero es de reconocerse que es á Laënnec á quien toca también el honor de haberla descrito netamente, y distinguido de la que no era tal; es él, se puede decir, que, el primero, hizo de ella una especie morbosa distinta. Solamente que, arrojándose un poco en la exageración, ha visto demasiado en ella una enfermedad especial, particular.—Desconoce ó

reconoce apenas la gangrena como terminacion de la inflamacion. « Laënnec no admitia este modo de terminacion en la neumonia, » dice Neyret en su tesis sobre la Gangrena pulmonar; « para el autor de la auscultacion, que comparaba la esfacela del pulmon á las afecciones esencialmente gangrenosas, como el anthrax, la pústula maligna, etc., la neumonia que existia concurrentemente con la gangrena, era el efecto « y no la causa. »

Esta opinion ha sido tambien sostenida por Rilliet, Barthez y Grisolle, que en su Tratado de la Neumonia, revoca en duda aun las observaciones de Traube, que nueve veces de catorce, comprobó la esfacela consecutiva á una flegmasia crónica.

Pero Andral ha combatido esta opinion; ha consagrado un capítulo entero de su Clinica Médica á estudiar la terminacion de la pleuro-neumonia por gangrena, y apoya sus conclusiones en algunos casos: « Uno de éstos, dice, difiere de la mayor parte de las observaciones de gangrena del pulmon publicadas hasta hoy, porque aquí la esfacela ha sucedido evidentemente á una inflamacion pulmonar: es un verdadero caso de terminacion de pleuro-neumonia por gangrena. » La observacion que cita es consecuencia de una neumonia aguda, pero en otra del mismo profesor se ve la gangrena consecutiva á « una neumonia manifestamente crónica. » Un caso análogo refiere el Dr. Grasset, tomado de Lancereaux.

Como Andral, Bouillaud, Graves, Charcot y Béhier citaron hechos que demuestran claramente que la gangrena puede presentarse como terminacion de la neumonia, ya aguda, ya crónica.

Así se completaba la idea de Laënnec, y se acababa la historia de la gangrena pulmonar, parenquimatosa, se entiende.

El autor se ocupa en seguida de señalar, entre las diversas causas de gangrena pulmonar, la neumonia crónica; porque ella sola nos interesa para comprender la gangrena pulmonar de origen paludeano. De qué manera aquella puede producirla? El hecho, desde luego, está fuera de duda. Invocaremos en apoyo las observaciones de Andral, Charcot, Béhier y Lancereaux. Restringiéndonos á la neumonia crónica intersticial, que es la única que nos interesa, bajo nuestro punto de vista, hé aquí cómo podemos comprender que sea el origen de la gangrena del parenquima pulmonar: el tejido conjuntivo neoplásico, que caracteriza este processus, llena los intersticios y oblitera los alveolos; hemos visto el enfisema y las dilataciones brónquicas ser de ello la consecuencia. Este mismo tejido conjuntivo puede tambien obliterar los vasos que serpentean en su

espesor; si no oblitera sino las venas, aumentará simplemente la tension vascular, y traerá como consecuencia esas lesiones del corazon derecho tan frecuentes en ciertas lesiones pulmonares, la esclerósís en particular. Si oblitera las arterias, disminuye el curso de la sangre en el tejido, que tomará entónces este aspecto, exangüe y pálido, especial, que en cierto modo lo caracteriza. Pero si la obliteracion arterial va todavía más adelante, si impide toda llegada de sangre á un departamento dado del tejido pulmonar, la nutricion vendrá á ser en él imposible, y esta region del órgano se modificará, será el sitio de una verdadera gangrena, que llegará presto hasta las brónquios, y evacuará por ellos sus productos de desorganizacion fétida.

Hé ahí cómo se concibe el modo de produccion de la gangrena pulmonar, consecuencia de una neumonía crónica intersticial.

Sentado esto, si es así, puesto que tenemos neumonías crónicas intersticiales de origen paludeano, podremos ver la gangrena pulmonar desarrollarse bajo la influencia de aquella causa general, y es en efecto lo que demuestran algunos hechos citados por el autor; uno, sobre todo, de gangrena parenquimática pulmonar que dió origen á una série de embolias gangrenosas y á la formacion de abscesos gangrenosos metastáticos.

La patogenia de la gangrena, en este caso, es verosíblemente la que se ha indicado como general: obliteracion de los vasos por el tejido escleroso, y mortificacion consecutiva del parenquima pulmonar. Se podria quizá creer tambien que la gangrena podria ser atribuida á la hemoptísís misma, invocando el mecanismo sobre el que ha insistido tanto Genest; pero no creemos que sea esa la verdad. La hemoptísís ha debido suceder á la formacion de la excavacion, y no debe haber tenido lugar sino por la ulceracion misma que ataca las paredes vasculares. El verdadero processus patogénico es sorprendido en cierto modo en la necropsia, y descrito en esta frase: « Se aperciben algunos vasos abiertos, de un calibre estrechado por el tejido indurado que les comprime, « y por el engruesamiento de sus tónicas; » supóngase un grado más, y se tendrá la obliteracion completa, tal como ha sido comprobada algunas veces.

Cualquiera que sea, por otra parte, el mecanismo de la lesion, este hecho demuestra lo que la teoría permitia prever: que la infeccion palustre puede producir gangrenas pulmonares, pasando por la neumonía crónica.

No es esto todo: hemos hablado hasta aquí de las gangrenas paren-

quimatosas, que se refieren sobre todo á los processus neumónicos, pero existe otra especie de gangrena, más superficial en cierto modo, que se debe referir más bien á la bronquitis crónica; la gangrena pulmonar de Briquet y Lasègue, la bronquitis fétida, la gangrena curable.

Laënnec habia ya entrevisto esta especie de gangrena, cuando decia: « Me inclinaria á creer, segun varios casos en que los enfermos han sobrevivido, que el olor y aspecto de los esputos, tales como se han descrito en la gangrena, no prueban siempre la existencia de una excavacion pulmonar, y que estos caractéres pueden depender algunas veces de una disposicion general á la gangrena, que no tenga su efecto sino sobre la secrecion mucosa de los bronquios. »

Este hecho, enunciado apénas por Laënnec, es confirmado, probado y desarrollado por Andral, que cita en su Clínica Médica un caso de bronquitis crónica con gran fetidez de los esputos. No solamente cita el hecho, sino que lo interpreta y concluye: « la gran fetidez de los esputos puede pertenecer algunas veces á una perturbacion especial de la secrecion brónquica. »

Pero no es sino algunos años despues, en 1841, que Briquet publicó en los Archivos de Medicina un trabajo, en el que establecia « que puede existir una gangrena pulmonar, no descrita todavía, y que estaria bajo la dependencia de lesiones primitivas de las extremidades brónquicas. En algunos casos éstas serian susceptibles de dilatarse bajo la forma de ampula, y de venir á ser el sitio de una alteracion gangrenosa, provocada más bien por la forma especial de la bronquitis que por la disposicion general gangrenosa de que habla Laënnec. »

A partir de este momento, los trabajos se multiplicaron sobre esta cuestion; en 1857, Lasègue los resume bajo el nombre de Gangrenas curables del pulmon, en los Archivos de Medicina. Este trabajo ha hecho esta especie de gangrena, clásica, y en la actualidad todos la admiten sin contestacion.

Neyret en su tésis sobre la Gangrena pulmonar, divide su asunto, desde el principio, en dos partes: gangrena del parenquima y gangrena brónquica.

Pero si todo el mundo está de acuerdo para reconocer la realidad de la existencia de esta gangrena brónquica, no lo está respecto á las explicaciones que pueden darse de ella.

Hemos visto que para Laënnec, Andral y algunos otros, era una descomposicion fétida de los brónquios. Para Dittrich, son las mucosidades que, aprisionadas en las dilataciones brónquicas, sufririan allí una série

de alteraciones que terminarian en la gangrena; de ahí, el processus puede alcanzar las paredes mismas de los brónquios, determinar su inflamacion gangrenosa, que, en los casos graves, puede ir hasta el tejido pulmonar mismo, teniéndose entónces verdaderas gangrenas parenquimatosas consecutivas.

Concluyamos, con Lasègue, que el hecho en su naturaleza misma queda todavia difícil de explicar, pero el hecho clínico queda.—Se deben admitir dos especies de gangrena pulmonar: la del parenquima y la de las paredes brónquicas con las materias contenidas en las dilataciones.

Observaciones completas y oportunas han demostrado que el miasma paludeano podia producir la gangrena pulmonar parenquimatosa; un hecho nuevo parece demostrar tambien que ese miasma puede producir la gangrena brónquica, por alteracion gangrenosa de las paredes de las dilataciones brónquicas; la observacion es bastante compleja é interesante para merecer presentarse el resúmen y el análisis.

Se trata de un hombre de 42 años, sin ningun antecedente morboso, hereditario ni personal, fuera de los siguientes. Ha sido afectado durante varias y prolongadas épocas por fiebres intermitentes; presenta en la actualidad todos los signos de una caquexia paludeana bien caracterizada; últimamente ha empezado á resentir padecimientos del aparato respiratorio: tos, frecuente y fatigosa, terminada por expectoracion abundante, espesa y muco-purulenta; matitez en todo el lado izquierdo del tórax con ausencia de vibraciones y oscuridad de la respiracion en casi toda la altura; no hay ruidos anormales; dolor de costado, fiebre y cefalalgia.

El estado del pecho ha sido fácil de definir bajo el punto de vista anatómico; los signos estetoscópicos han sido bien marcados; evidentemente al principio toda la pleura del lado izquierdo era el sitio de un derrame que databa de cinco meses, y que la aplicacion de un vejigatorio ha hecho empezar á reabsorberse; este trabajo de reabsorcion del derrame ha continuado durante la permanencia del enfermo en el hospital, atendido por medios apropiados: ocupando primero todo el pecho, se ha limitado en seguida á la parte anterior del tórax, donde lo enquistaban falsas membranas; despues se ha ido reduciendo á la parte ántero-inferior de esta region. A medida que desaparecia, se formaban pseudo-membranas que producian la retraccion y el hundimiento del costado; pero á la vez se hacian accesibles á la investigacion, lesiones pulmonares profundas, que no se podian suponer desde luego sino por signos racionales. Se diagnosticó una caverna en el vértice del pulmon izquier-

do. Cuando el líquido pleural se retiró más completamente, se pudieron notar otras excavaciones más pequeñas, diseminadas en el pulmón del mismo lado. En fin, la fetidez particular de los esputos vino á anunciar una gangrena del pulmón. Añádase á eso una desviación del corazón á la derecha, una hipertrofia del ventrículo derecho con insuficiencia tricúspide, y se tendrá el diagnóstico anatómico completo. Hasta ahí, no hay duda.—Pero si queremos penetrar más adelante é investigar la naturaleza de las lesiones, tenemos que establecer una discusión. Se trata de una tuberculización ó de una neumonía crónica? El Dr. Grasset asegura que allí había bronquitis crónica y dilataciones brónquicas, neumonía y pleuresía crónicas; y apoya su diagnóstico en las razones siguientes: el modo de invasión: principió por una pleuro-neumonía aguda con tendencia gradual á la cronicidad; el sujeto no presentaba ningún signo de predisposición tuberculosa, ni estaba ya en la edad en que esta diátesis se manifiesta habitualmente, estando por el contrario profundamente intoxicado por el miasma paludeano, que sabemos ahora predispone singularmente á la neumonía crónica; no hubo hemoptisis en ninguna época; signos de consunción pulmonar, pero diferentes de los que caracterizan ordinariamente la tisis tuberculosa; hinchamiento más que adelgazamiento; tumefacción esplénica; integridad de las funciones digestivas; extensión de la lesión pleural, que en las afecciones tuberculosas queda en general limitada al vértice; tendencia á la retracción, prueba de esclerósisis, por lo ménos en la pleura; fácil trasmisión de los ruidos cardíacos, que indica una induración generalizada del parénquima pulmonar; alteración del corazón derecho, que prueba perturbaciones en la circulación pulmonar, realizadas sobre todo por la esclerósisis de este órgano; naturaleza y abundancia de la expectoración, que representaba exactamente la de las dilataciones brónquicas.

Todos estos signos reunidos, y otros varios que resultan de la observación misma, me inducen á concluir en una bronco-pleuro-neumonía crónica con bronquectasias.

Admitiendo este diagnóstico, ¿cómo se ha desarrollado la gangrena? Puede invocarse el mismo modo patogénico ya expuesto, y admitir una gangrena parenquimatosa por consecuencia de la obliteración de los vasos; pero se debe creer con más razón en una gangrena brónquica, tal como la han descrito Briquet, Dittrich y Lasègue.

Haciendo el diagnóstico diferencial, este último autor dice en su Memoria ya citada: « Un solo síntoma parece diferenciar las dos afecciones: « en la gangrena pulmonar del tipo que hemos descrito, el elemento ca-

« tarral es predominante; la expectoracion muy abundante, marca siem-
 « pre el principio de los accidentes; si no se presenta con caractéres ver-
 « daderamente específicos, sea al simple aspecto, sea al exámen micros-
 « cópico, no se parece tampoco al que se observa en otras formas. Mién-
 « tras que en las gangrenas con ámplia fusion de los tejidos, las mate-
 « rias expectoradas en masa toman ordinariamente un aspecto de detri-
 « tus animales muy especiales, aquí el moco constitúye casi la totalidad
 « de los esputos, y su fetidez es casi el único indicio de la esfacela su-
 « perficial de la mucosa. »

Difícilmente se describiría mejor lo que ha pasado en el enfermo en cuestion; como dice Lasègue, la abundancia de la expectoracion ha sido notable, ha precedido á la fetidez gangrenosa, atestiguando así la presencia de las dilataciones brónquicas ántes que el processus gangrenoso se hubiese declarado, y demostrando que la excavacion no era el resultado de una fusion gangrenosa del parenquima pulmonar, sino más bien el de trasformaciones y alteraciones sufridas por el contenido de las dilataciones brónquicas, y se propagaba de aquel hácia éstas.

Otro argumento en favor de este diagnóstico, es la benignidad relativa de esta gangrena. Sin duda el enfermo no ha curado, pero su estado general fué suficientemente mejorado para permitirle dejar el hospital. Es una razon poderosa para hacer colocar este caso entre las gangrenas brónquicas.

En vista de estas observaciones es de concluirse, que si la intoxicacion paludeana avanzada es susceptible de producir lesiones gangrenosas, son tan posibles las brónquicas como las del parenquima del órgano.

III. TUBÉRCULOS Y TISIS PULMONAR.—Este es el lugar oportuno de estudiar la cuestion tan debatida del antagonismo entre la malaria y la tisis pulmonar; asunto que ha preocupado á varias generaciones de sabios. El autor, sin profundizar extensamente la cuestion, pues esto seria muy difuso y complicado, se limita á enunciar algunos principios que parecen colocar aquella en un terreno muy diferente del que hasta aquí ha ocupado, y que quizá sea el verdadero.

Recorriendo los trabajos publicados sobre la materia, llama la atencion la ausencia de resultados precisos, á pesar de las numerosas investigaciones hechas sobre el particular. Y lo que hay sobre todo de curioso y verdaderamente notable, es que de ambos lados se citan hechos que parecen tan concluyentes unos como otros, y que por consiguiente no se pueden refutar ni poner en duda.

¿Qué debe concluirse?

Muchos han concluido por el escepticismo ó la indiferencia, y el olvido en el cual ha caído esta cuestion iguala casi al entusiasmo que habia causado en otra época; pero eso no es una solucion.—Vale más buscar las causas de estas divergencias y tratar de suprimirlas si es posible.

Cuando se ve en una discusion científica hombres como Boudin por una parte, Forget y Gintrac por otra, afirmar unos y otros, hechos clinicos observados por ellos mismos, debe admitirse que tanto unos como otros tienen razon, y se debe buscar en alguna parte una idea conciliatriz más elevada, que permita admitir ambas opiniones.

Para Grasset la idea conciliatriz, en la cuestion del antagonismo entre la malaria y la tuberculós, está en la distincion de las diversas especies de tisis pulmonar.—Boudin ha visto tisis pulmonares curadas por la fiebre intermitente; Hirsch, resumiendo un gran número de observaciones, pretende que las tisis pulmonares son producidas por la fiebre intermitente. Entre estas dos afirmaciones no hay sino una contradiccion aparente: si estos dos órdenes de hechos son ciertos es que hay tisis de tisis; si ella es simplemente un sindroma clínico, variable en cuanto á la lesion anatómica y en cuanto á la causa productriz, qué hay de extraño en que algunas tisis sean curadas por la fiebre intermitente, mientras que otras son producidas por esta misma afeccion? No vemos, por ejemplo, algunos delirios curados por el opio, y otros causados por este mismo agente? Y si alguno hubiese emitido la idea de un antagonismo entre el delirio y el opio, podría apoyarse en los hechos de la primera categoria, y sus adversarios podrían oponerle los de la segunda; se podría así disculir eternamente hasta que se distinguiesen dos especies de delirio: el curado por el opio y el producido por el mismo narcótico.

Del mismo modo aquí, la distincion de las diversas especies de tisis pone la cuestion en un terreno enteramente diferente que exige nuevas investigaciones, y que reduce casi á nada los documentos reunidos hasta hoy. Lombard que ha reunido todas las piezas de este gran proceso sobre el antagonismo, en su Tesis (1868) ha hecho siempre el nombre de tisis sinónimo de tuberculizacion, y despues de haber acumulado multitud de testimonios, de contradicciones, está obligado á concluir en la no existencia de la ley, y siente por otra parte no poder admitir los hechos invocados por la Escuela de Boudin.

Todo queda, pues, por hacer en la cuestion; es por lo que nos guardáremos de abordarla seriamente; nos contentáremos con mencionar algunos puntos de este capítulo que resultan de observaciones clinicas.

La cuestion de la relacion entre el impaludismo y la tisis pulmonar es doble y puede descomponerse así:

- 1.º El impaludismo puede producir tubérculos y tisis pulmonar?
- 2.º Qué influencia ejerce el impaludismo sobre tubérculos ó tisis pulmonar ya en vía de evolucion?

Segun nuestras ideas sobre la pluralidad de especies de la tisis, el primer punto es tambien desdoblable.

I. El impaludismo puede producir tubérculos?

Broussais no teme afirmarlo: « Las fiebres intermitentes pueden ser « causa de tisis; hemos visto tubérculos nacer en medio de un tejido del « que aquellas habian determinado la irritacion crónica. »

Grasset. por su parte recuerda una observacion, en la que se comprobó una erupcion tuberculosa de las más netas, en un individuo cuyos únicos antecedentes patológicos estaban constituidos por un impaludismo inveterado.

Estos hechos son poco numerosos para basar una afirmacion; sin embargo merecen ser atendidos. Examinémos, pues, de qué manera el impaludismo puede dar nacimiento á tubérculos. Desde luego puede servir de causa ocasional para desarrollarlos en un individuo predispuesto, conocida como es la influencia de las causas ocasionales en el desarrollo de la tuberculósís, el frío siendo uno de los ejemplos más notables sobre este respecto. En general toda causa de bronquitis ó neumonía puede serlo de la evolucion progresiva del processus. Segun esto, el impaludismo, siendo causa á veces de estas dos afecciones, puede desarrollar tambien la tuberculósís cuando existe ya el gérmen de ella.

Los casos de esto, aunque raros, no faltan del todo.

(Concluirá)

ACADEMIA DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA DE LA SESION DEL 3 DE MAYO DE 1876.

Presidencia del Sr. Andrade.

Se abrió la sesion á la hora acostumbrada. Leída el acta de la anterior, se aprobó. La secretaría hizo conocer las publicaciones recibidas. En seguida, la comision de reformas al Reglamento dió lectura á su dictámen, quedando para discutirse en lo general en la sesion siguiente. Igualmente quedó de primera lectura el dictámen presentado por el Sr. Dominguez para la admision de un nuevo socio.