

puede producirse con más ó ménos rapidez á consecuencia de una apoplejía bulbar, de una embolia ó de una trombosis de las vertebrales ó de un tumor que comprima aquellos núcleos; accidentes que favorece la disposicion de los vasos del bulbo; aunque en menor escala que en el cerebro: conforme se propaga la lesion á los otros nervios vulvares ó á la parte contigua de la médula, así se complica el cuadro tipo del mal, con los desórdenes de la vision, de la respiracion, etc., ó con los paraliticos de la atrofia muscular progresiva: es admirable la concordancia que reina entre las lesiones funcionales y los pormenores de las anatómicas.

MIGUEL F. JIMENEZ.



## REVISTA EXTRANJERA.

---

### EXTRACTO DE LA TESIS DE MR. GRASSET

POR RAMON LOPEZ Y MUÑOZ.

(CONTINUA.)

#### NEUMONIAS CRONICAS DE ORIGEN PALUDEANO.

Pocas cuestiones hay, dice Grasset, que hayan sufrido más la influencia de las épocas y de los sistemas en medicina, como la cuestion de las neumonías crónicas. Alternativamente negada y aceptada, considerada como rara por unos, como frecuente por otros, la neumonía crónica ha concluido por conquistar un lugar, y un lugar justamente merecido, en el cuadro nosológico. Apresurémonos á añadir que los trabajos anatómopatológicos de nuestra era han contribuido principalmente á poner esta cuestion en su verdadero punto de vista.

No es quizá inútil recordar estas fluctuaciones de la opinion médica, que han precedido á los trabajos de la Escuela anatómica.

Laënnec, al cual se hace siempre remontar el principio de los estudios científicos sobre enfermedades de las vías respiratorias, escribía como encabezado de un capitulo: «¿Se conocen las perineumonías crónicas?»

Y si concluía por la afirmativa era á lo más para proclamar la suma rareza. «No conozco, dice, sino un pequeño número de casos que puedan ser mirados como ejemplos de perineumonías crónicas, y son bastante raros.»

Esta idea, una vez emitida, fué adoptada y sostenida por gran número de maestros. Para Andral se ha exagerado quizá la rareza de esta afección, pero Chomel no recuerda haber encontrado, en diez y seis años de estudios atentos, más de dos casos de neumonía crónica en doscientas autopsias, es decir, el uno por ciento. Pone en duda aún, el caso referido por Bayle y que Andral consideraba como neumonía crónica. Bouillaud, de quien es tomada esta parte histórica, dice que desde catorce ó quince años que se habia entregado á estudios clínicos, ha concluido que efectivamente estas inflamaciones crónicas son muy raras.

Así: Laënnec, Andral, Chomel, Bouillaud, hé ahí grandes nombres que no han encontrado sino muy pocas neumonías crónicas, y que proclaman la suma rareza.

Al frente de estos se encuentra Broussais: él admite muy bien la neumonía crónica, presenta de ella numerosos ejemplos, pero cae al mismo tiempo en el extremo opuesto: confunde bajo este nombre todas las alteraciones crónicas del pulmon. Esto era combatir toda la doctrina de Laënnec; era un atrevimiento que asombraría quizá ménos hoy, porque, en el fondo, el processus de formacion tuberculosa, no es un processus inflamatorio, en el sentido histológico de la palabra? Y no se podrían considerar los tubérculos como una manifestacion particular de la neumonía crónica? Grasset, por su parte, cree que la Escuela contemporánea tiende cada vez más á volver á tomar en esto las ideas de Broussais.

Sea lo que fuere, se comprende el estado de la cuestion y la incertidumbre de los ánimos hácia los años de 35 y 40: unos, con Laënnec, Bouillaud y Chomel, no veían sino raras veces neumonías crónicas; otros, con Broussais y sus discípulos, las encontraban en todas partes.

Durante este tiempo, sin embargo, se continuaban las investigaciones anátomo-patológicas sobre esta importante cuestion, y tendían á dar cierta luz sobre este asunto oscuro: en la presente época, la historia anátomo-patológica de la neumonía crónica está bastante completa. Resta ahora, por hacer su clasificacion nosológica, es decir, su estudio etiológico. El asunto que hemos emprendido puede ser considerado como un capítulo que trata de llenar este vacío.

Era indispensable recordar estas vacilaciones de la ciencia con respecto á la neumonía crónica. Nos servirán desde luego de excusa, y en se-

guida nos mostrarán la necesidad de estudiar, no solamente la evolucion clínica de las neumonías crónicas palustres, sino tambien su evolucion anátomo-patológica. Para las bronquitis hemos podido descuidar este último punto, porque todo el mundo está de acuerdo en la anatomía patológica de estas afecciones. En cuanto á la neumonía crónica, al contrario, hay diferentes lesiones que corresponden al mismo nombre; no es inútil decir cuál de estas lesiones se encuentra especialmente en las neumonías crónicas de origen paludeano.

Este capitulo se divide, segun esto, en dos párrafos:

§ I. Historia anátomo-patológica de las neumonías crónicas de origen paludeano.

§ II. Historia clínica de estas neumonías.

En estos dos párrafos el autor se apoya, siempre relativamente, en casos, autopsias ú observaciones recogidas por él, ó tomadas á diversos autores.

1.º HISTORIA ANATOMO-PATOLOGICA.—Charcot, que ha dado un excelente resúmen de los trabajos sobre neumonía crónica, admite, bajo el punto de vista anatómico, tres órdenes de lesiones: la induracion *roja*, la *amarilla* y la *gris*.—Las dos primeras no son en cierto modo, sino términos de transicion y de marcha hácia la tercera.—En la induracion roja hay persistencia de la hepatizacion de la misma especie; la exsudacion fibrinosa llena los alveolos, solamente que se ven aparecer ya algunas celdillas fusiformes. Este es evidentemente el principio del trabajo proliferativo que conducirá más tarde á la induracion gris. Supóngase ahora que haya cantidades variables de exsudat y proporciones igualmente variables de sangre ó de grasa en estos productos, y tendréis diversos colores de induracion, y entre otros el amarillo. No hay en ellos más que términos preparatorios de la induracion gris ó apizarrada.—Esta es para Charcot la verdadera neumonía crónica; la metamórfosis fibrosa como se decia en otro tiempo; la proliferacion conjuntiva ó esclerósis como se dice hoy. Se ve derramarse en los alveolos una materia amorfa granulosa; los elementos del tejido conjuntivo inter-alveolar proliferan activamente; los tabiques engruesan; en fin se reconocen allí todos los caracteres de lo que se llama la neumonía intersticial, que Corrigan habia descrito hace muchos años con el nombre de cirrósisis del pulmon, y que se llama hoy más bien esclerósis pulmonar. Hé ahí toda la neumonía crónica, para Charcot. Evidentemente el cuadro es incompleto.

Cornil presentó hace diez años á la Sociedad Médica de Observacio-

nes de Paris, una Memoria sobre la anatomía patológica de las diversas especies de neumonía, aguda y crónica. Es el complemento indispensable del trabajo de Charcot.

Basándose en la anatomía normal del pulmon, Cornil distingue dos especies de neumonías: *intravesculares*, que tienen por sitio la membrana hialina cubierta de una capa de celdillas epiteliales pavimentosas que tapiza los alveolos, y *extravesculares*, que tienen por sitio el tejido fibroso y elástico que separa los alveolos. De ahí dos especies de neumonías crónicas que son la *intravescicular* ó *caseosa* y la *extravescicular*, *intersticial* ó *esclerosa*. Se ve que Charcot no había descrito sino la segunda de estas especies.

Tal es la división aceptada hoy generalmente, pues lo único que se varía son los nombres. Así por ejemplo, Lancereaux divide las neumonías en *alveolares* (intravesculares de Cornil) é *intersticiales* (extravesculares del mismo autor).

Admitimos, pues, que bajo el punto de vista anátomo-patológico hay dos especies de neumonía crónica: la *caseosa* y la *esclerosa*.

Veamos ahora cuál de estas dos formas es más particularmente la expresión de la intoxicación paludeana.

No he encontrado ningún caso bien neto de neumonía crónica caseosa de origen paludeano. Se ven algunos en que la neumonía lobulillar caseosa es indudable; pero aun en estos la lesión principal es evidentemente de otro orden, y el processus caseoso no debe, según el Dr. Grasset, considerarse sino como complicación relativamente accesoria y secundaria.

Muy diferentes son los resultados de las investigaciones sobre la neumonía crónica esclerosa. Todos los enfermos cuyas observaciones son referidas por Grasset tenían neumonías esclerosas, cuando la neumonía era crónica; de tal modo, que no se puede menos de confirmar la opinión de Heschl y Lancereaux, que « han encontrado á menudo la inducción del parenquima pulmonar ligada á afecciones de larga duración « y sobre todo á la caquexia paludeana, acompañada de tumefacción del « bazo y del hígado, de hidropesias y degeneración renal. »

Así, la intoxicación paludeana puede producir neumonías crónicas, pero no de cualquiera especie; lo que demuestra la utilidad del estudio anátomo-patológico. El miasma paludeano no produce sino neumonías crónicas esclerosas.

Esto por lo demás no es extraordinario, pues se notará que produciendo esclerósis pulmonares el miasma paludeano obra como obra siempre. En general, las alteraciones crónicas que produce en los diversos órga-

nos, son de naturaleza esclerosa; véase si nó la cirrósís hepática de origen paludeano, las esclerósís renal, esplénica, etc.

Es, pues, una nueva conclusion importante que tiende todavía á hacer entrar el aparato pulmonar en la ley comun, de donde se le excluía sin razon, en sus relaciones con el impaludismo.

Esta afirmacion está apoyada por hechos que parecen poner fuera de duda la conclusion que debe terminar este párrafo, á saber: que el miasma paludeano es apto para desarrollar en el pulmon inflamaciones crónicas que afectan especialmente la forma esclerosa intersticial.

Reuniendo el resultado de sus observaciones á las de otros médicos con respecto á las demás vísceras, el autor repite que la produccion de una esclerósís bajo la influencia del miasma paludeano, no tiene nada de sorprendente. La influencia maremática desarrolla esclerósís esplénicas, hepáticas, renales, y á veces aun cerebrales; por qué no habia de producir las pulmonares?

Pasemos ahora al estudio clínico de estas neumonías, cuya naturaleza anatómica acaba de establecerse.

2.º HISTORIA CLÍNICA.—Al empezar ésta el autor hace recordar, sin insistir en ellos, los principios que ha expuesto y que nos han guiado en el estudio de las bronquitis crónicas.—Reconoce que para ser completo deberia pasar en revista la patogenia, sintomatología, tratamiento, etc., pero esto nos llevaria muy léjos. Queriendo establecer sobre todo el hecho de la existencia de estas lesiones crónicas, el autor trata solamente de demostrar las relaciones patogénicas que refieren la neumonia crónica á la intoxicacion palustre; en otros términos: se trata de desarrollar solamente la génesis de estas lesiones.

Pero, bajo este punto de vista, debe recordarse y aplicar aquí simplemente la patogenia expuesta con respecto á la bronquitis. Como la bronquitis, la neumonia palustre puede afectar al principio la forma intermitente; puede tambien afectar desde luego la forma continua. La division está pues trazada naturalmente.

I. El análisis que se ha hecho del acceso de fiebre nos le ha mostrado caracterizándose sobre todo por un movimiento de concentracion que dirige los líquidos de la periferia al centro, y que produce así congestiones internas que, participando de la forma misma de la fiebre, afectaban el tipo intermitente. Hemos visto aún que estas congestiones se acompañaban de un primer grado de inflamacion que algunos autores desconocen sin razon.

Así es como se desarrollan las bronquitis intermitentes; así es también como se desarrollan las neumonías intermitentes.

Broussais había comprobado perfectamente esta patogenia cuando expresaba su mecanismo de la manera siguiente, en su Curso de Patología y Terapéutica generales: « Durante el calosfrío de una fiebre intermitente, un enfermo que no estaba acatarrado, y que había tenido aún varios accesos sin estarlo, lo llega á estar; tose, siente dolor de costado que se repite y aumenta en los accesos siguientes, acaba por sentirse oprimido y por tener un derrame de pecho. El frío de las fiebres intermitentes produce pues bronquitis, neumonías y pleuresias crónicas. »

Segun esto, fácil es comprender que por su movimiento de concentracion un acceso puede producir una congestion pulmonar y aun á veces una verdadera inflamacion del parenquima. Cuando el acceso desaparece, desaparece también el movimiento de concentracion, y con él la neumonía; pero ésta se vuelve á presentar en el siguiente acceso, realizando así lo que llamamos *neumonía intermitente*.

Este hecho, tan fácil de concluir en patologia y tan sencillo de comprobar en clínica, está léjos de haber sido siempre aceptado por todo el mundo. No obstante, creo que en la actualidad la opinion se ha fijado de una manera casi unánime para admitir la neumonía intermitente. Grisolle, Gilbert y Grasset han comprobado su existencia y las condiciones de su produccion.

Ahora bien; cuando la neumonía paroxística se ha declarado, qué viene á ser de ella? cuáles pueden ser sus consecuencias? Aquí, tres hipótesis son posibles y realizables: la neumonía producida durante un acceso febril puede traer la muerte, puede curar merced al sulfato de quina ó puede pasar al estado crónico.

El Dr. Grasset cita á este propósito ejemplos de estos tres modos de terminacion; en el primero de ellos, los fenómenos tomaron desde el principio tal intensidad, la exsudacion fué tan considerable, que la resolucion completa fué imposible en la apirexia siguiente. Y cada acceso viniendo á añadir un grado más á inflamacion tan profunda, el enfermo no tardó en sucumbir en el momento en que un nuevo calosfrío debía aumentar todavía estos fenómenos de congestion y edema generalizados que la autopsia demostró claramente.

Este es el primer modo de terminacion de estos accidentes.

Si ahora suponemos un grado menor en la intensidad del movimiento fluxionario, la neumonía tomará de una manera más neta el tipo intermitente, y podrá curar bajo la influencia de los anti-periódicos.

Los casos de esta especie no son por cierto raros, y entre ellos el autor ha escogido uno que puede servir de tipo. Se puede sorprender y seguir en él todo el desarrollo del processus patogénico que estudiamos. Se ve por él que los fenómenos neumónicos siguen exactamente la misma marcha que los fenómenos brónquicos que hemos estudiado ya. Puede concluirse, por estos hechos, que el modo patológico es el mismo, y por consiguiente sería supérfluo repetir lo que se ha expuesto á propósito de la bronquitis.

Además, del mismo modo que hemos visto nuestras bronquitis paroxísticas repetidas traer á la larga la bronquitis crónica, veremos la neumonía intermitente terminar por la cronicidad.—Observaciones muy completas y rigurosas permiten establecer para las neumonías crónicas de origen paludeano una categoría semejante á la establecida para las bronquitis de la misma naturaleza: las neumonías crónicas que afectan una marcha paroxística en su principio, y que no es sino consecutivamente que vienen á ser á la vez continuas y crónicas.

II. Se ha establecido para las bronquitis palustres una segunda categoría de las bronquitis crónicas, las de marcha continua desde el principio; vamos á encontrarla también para las neumonías crónicas.

Existen, en efecto, neumonías de origen paludeano que no han sido nunca intermitentes; que desde luego han afectado el tipo continuo.

Además, si el paralelismo que hemos encontrado subsistir entre las bronquitis y las neumonías palustres es cierto en su conjunto, debe serlo también en los detalles. Es así que hemos visto que las bronquitis crónicas de tipo continuo no se presentan todas de la misma manera; unas son agudas al principio y no vienen á ser crónicas sino después de cierto tiempo; otras son crónicas desde luego; pues del mismo modo, entre las neumonías crónicas de tipo continuo, distinguiremos igualmente las que, siendo agudas en su principio, vienen á ser crónicas más tarde, y las que son desde luego crónicas.

Nos ocuparemos en seguida de las primeras.

No es raro ver algún enfermo que en el curso de una fiebre intermitente, no habiéndose expuesto á ninguna causa particular de enfriamiento, es atacado repentinamente por todos los síntomas de una neumonía aguda. Gatteloup cita de ella varios casos en su Memoria sobre las neumonías de Africa. Este médico militar estudia en un primer grupo las neumonías francas que no son influidas por el clima; en el segundo las neumonías inflamatorias modificadas por el clima y por la enfermedad dominante del país; en el tercero describe las neumonías de que nos

ocupamos aquí, las producidas en el curso de una fiebre intermitente; éstas pueden afectar también el tipo intermitente, y entran entónces en nuestra primera clase, pueden afectar el tipo continuo, y constituir en ese caso nuestra subdivision actual.

La terminacion de estas neumonías es variable: pueden terminarse por la muerte, por el paso inmediato á la cronicidad, ó por la curacion. En este último caso no es raro ver al enfermo presentar un poco más tarde nuevos fenómenos de neumonía aguda en una reincidencia próxima de fiebre intermitente. Pasa entónces lo que hemos descrito al tratar de las bronquitis: el enfermo presenta una série de neumonías agudas que no se producen desde luego sino durante las reincidencias de fiebre intermitente; pero la repeticion de estos accidentes agudos trae presto consigo un estado permanente que persiste aun en los intervalos de la fiebre, y la neumonía crónica está constituida. Se ve pues cómo la neumonía crónica toma nacimiento en estas condiciones, sea á consecuencia de una sola neumonía aguda, ó de una série de estas neumonías que coinciden cada vez con los periodos de acceso.

Este modo patogénico me parece muy claro y podria pasarse de ampliaciones, puesto que se deduce integramente de la observacion misma de los hechos; pero se debe insistir sobre un punto: el aspecto especial que presentan á veces estas neumonías agudas, preludios de la crónica.

Frecuentemente tienen un aspecto especial que las distingue enteramente de la neumonía ordinaria, y hace de ellas casi una clase aparte; este carácter es la *latencia* que estas neumonías presentan á menudo.

Esta cuestion del *estado latente* me parece de bastante importancia, muy controvertida y ligada directamente á nuestro asunto para no dejar de insistir en ella de pasc. Se necesita por lo ménos entenderse sobre el sentido de la palabra, que no todos comprenden de la misma manera.

El hecho de la *latencia* no se encuentra solamente en patología; no es un principio aislado que testifique el atraso de las ciencias médicas: la latencia se encuentra en todas partes; en el mundo fisico como en el mundo moral; es admitida por el naturalista tanto como por el fisiólogo.

En el mundo fisico vemos diariamente el movimiento vibratorio, ya se manifieste por calor ó por luz, desaparecer repentinamente en un cuerpo que cambia de estado; este movimiento no ha desaparecido, no se ha aniquilado, está simplemente al estado de latencia. Cámbiense las circunstancias, y este calor latente reaparecerá con sus caracteres habituales.

Jaumes dice: « Puedo tambien invocar las analogías sacadas del mun-

« do moral. Algunos individuos tienen bastante energía para disimular « completamente una pasión violenta; algunos hay que no la disimulan, « sino que ignoran, tanto como los circunstanciales, la pasión que los do- « mina. »

Los naturalistas saben cuánto la vida puede permanecer latente en una semilla, en un grano; se pretende haber visto germinar granos de trigo encontrados en las momias de Egipto, y granos de fresa que se encontraban en el intestino de aves extraídas de las ruinas de Pompeya. (Soucaze.)

El fisiologista, en fin, está obligado á reconocer para las fuerzas humanas, la gran división de Aristóteles que Barthez ha introducido en la Fisiología: fuerzas en acto y fuerzas en potencia. La fuerza en potencia, ¿no es la vida al estado latente? Si la vida normal puede estar en latencia, la vida patológica puede subsistir de la misma manera; y de hecho, el período de incubación de las fiebres eruptivas, el período de silencio de las grandes diatesis, ponen fuera de duda el hecho de la latencia en Patología.

Debe pues comprenderse perfectamente que existen neumonías latentes; el hecho no es dudoso; pero se necesita precisar rigurosamente y especificar lo que se entiende por *neumonia latente*.

Segun Grisolle, que representa bien en este punto toda la Escuela organicista, « para que una neumonía sea verdaderamente latente, se ne- « cesita que falten, no solamente el dolor y los caracteres de la expec- « toracion, sino tambien que haya ausencia completa de todos los sínto- « mas suministrados por la auscultacion y percusion. Aparte de algunas « excepciones, se puede establecer que una neumonía no es latente sino « porque el enfermo no ha sido suficientemente explorado, ó que lo ha « sido por un médico poco atento ó poco versado en las investigaciones « clínicas. »

Esa es una interpretación de la palabra *latencia* que no se podría aceptar; es desconocer su verdadero sentido, porque es aplicarla á todos los casos en que el diagnóstico es difícil de sentar. Se necesita que la latencia en una enfermedad sea independiente de la habilidad del médico; la latencia es un carácter que pertenece á la enfermedad misma, cualquiera que sea el médico que la trate. No se ha dicho nunca que tal neumonía era latente para uno y aparente para otro; hay neumonías latentes por sí mismas como las hay aparentes por sí.

Girbal en su tesis de agregación (1854) ha definido mejor el sentido que debe darse al término *latencia*. « La latencia de las enfermedades,

« dice, no es rigurosamente correlativa á la imposibilidad del diagnóstico; implica principalmente un modo morboso particular, que consiste sobre todo en el doble hecho de la latencia vital y de la contingencia de los fenómenos patológicos. »

- Aplicando estas ideas á la neumonía, dice: « Cuando se comprueba el estertor crepitante y el soplo tubario, la neumonía debe ser reputada tal, si coexiste con el estado imperfecto, truncado, apenas bosquejado, de los principales fenómenos que la expresan habitualmente, cuando es franca y completa. »

Así comprendida, la latencia es un carácter importante de las enfermedades, que les pertenece propiamente y que puede aun servir para especificarlas en ciertas circunstancias. Debe procurarse conocer y prever las circunstancias en que esta latencia se produce.

Dice todavía Girbal: « La latencia se refiere sobre todo á esta aptitud del sistema viviente, designada bajo los nombres de tolerancia y de resistencia vitales, que hace que un gérmen morboso y una enfermedad puedan desarrollarse clandestinamente, ó bien en ausencia de sus principales fenómenos indicadores. » Se comprende, segun esto, que esta latencia se produce cuando el organismo es muy débil para reobrar segun su costumbre, ó bien cuando está desprovisto de potencias sinérgicas necesarias para la expresion habitual de un estado morboso dado. Estas son las condiciones que determinan la latencia, sacadas del individuo.

Aparte de estas condiciones individuales las hay exteriores, sobre las cuales no se ha insistido quizá bastante, y que determinan la latencia, siendo sacadas del estado morboso mismo. Las hay que determinan particularmente esta latencia en las diversas enfermedades ó actos morbosos, por los cuales se expresan. En este caso la latencia de las manifestaciones es un carácter mismo de su naturaleza.

Es pues muy importante determinar estos estados. Dupré, en sus Observaciones clínicas sobre las fluxiones de pecho, de naturaleza catarral, hace notar que el diagnóstico no es completo sino cuando se han penetrado las verdaderas causas de este silencio, y como el génio propio de esta forma morbosa.

A la cabeza de los estados patológicos que pueden determinar la latencia de la neumonía en particular, se debe colocar la afeccion palustre.

(Continuará.)

