

Mostró luego el cálculo, cuyas dimensiones eran las siguientes: diámetro longitudinal, 64^{mm}; diámetro trasverso, 36^{mm}. Su forma era ovoidea, y su peso de 43^{gr}.

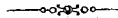
Concluido el relato del Sr. Andrade, hubo una pequeña discusion acerca del procedimiento operatorio y las ventajas referidas por el Sr. Andrade; levantándose la sesion á las ocho y media, despues de haber dado cuenta de los turnos de lecturas para las dos sesiones siguientes.

Asistieron á ésta los Sres. Andrade, Reyes José María, Hidalgo Carpio, Lavista, Hinojosa, López Muñoz, San Juan, Caréaga, Gonzalez y el Secretario que suscribe.

DEMETRIO MEJIA.



REVISTA EXTRANJERA.



EXTRACTO DE LA TESIS DE MR. GRASSET

POR RAMON LOPEZ Y MUÑOZ.

(CONTINUA.)

Llegamos en fin al *Capítulo IV*, donde el autor estudia algunas otras lesiones crónicas de origen paludeano, que son en cierto modo consecuencia de las que hemos estudiado, tales como el enfisema pulmonar y las dilataciones brónquicas, la gangrena pulmonar, los tubérculos y la tisis pulmonar.—Tenemos, pues, tres secciones principales.

I. ENFISEMA PULMONAR Y BRONCO-ECTASIA.—El autor establece primero por medio de algunos hechos clínicos la existencia de estas afecciones, y pasa despues á exponer el modo patogénico que puede suponerseles, el que por otra parte no es difícil concebir segun lo que se ha dicho ya al tratar de la bronquitis y neumonía crónicas.

La palabra *enfisema pulmonar* rigurosamente interpretada significa «infiltracion de aire en el tejido celular del pulmon,» es decir que no se deberia designar bajo ese nombre sino lo que llamamos hoy enfisema intervesicular. Es Laënnec que desvió la palabra de su verdadero sentido; fué el primero en describir con cuidado la dilatacion de las vesículas por el aire, dilatacion apenas entrevista por Valsalva, Ruysch, y Baillie, é hizo la distincion del enfisema vesicular y del interlobulillar: poco á poco, desde entónces, manteniéndose la distincion, se ha llama-

do comunmente enfisema pulmonar á la dilatacion de los alveolos por el aire.

Es todavía á Laënnec que se deben los primeros estudios sobre las dilataciones brónquicas, y como lo hacen notar Barth y Gintrac, el estudio de esta alteracion salió casi completo de manos del que la habia descubierta; Laënnec distinguió ya la dilatacion *cilindrica* y la dilatacion *ampular*; añádase la *moniliforme* descrita por Andral, y se tendrán las tres especies admitidas todavía hoy y figuradas en el Atlas de Anatomía Patológica de Lancereaux.

Son de notarse la analogia y la diferencia que hay entre el enfisema vesicular y la bronquectasia: se concibe fácilmente que una y otra sean producidas por las mismas causas en grados diversos; veamos si estas causas son realizadas en nuestras afecciones paludeanas.

Para explicar la produccion del enfisema y de la bronco-ectasia, Laënnec partía de este principio: « que los músculos que sirven para la inspiracion son fuertes y numerosos; que la expiracion, al contrario, no es producida sino por la elasticidad de las paredes y la débil contraccion de los músculos intercostales internos. Debe acontecer á menudo que el aire, despues de haber forzado en la inspiracion la resistencia que le oponian las mucosidades ó la tumefaccion de la membrana mucosa brónquica, no puede vencerla en la expiracion, y se encuentra apri-sionado,» de ahí la formacion gradual de la dilatacion atrás del obstáculo. Laënnec añade todavía como causa coadyuvante, que el aire introduce frio, se calienta despues en los pulmones.

Desgraciadamente los experimentos de Medelssohn y Hutchinson han demostrado que las potencias expiratrices son cosa de un tercio más enérgicas que las inspiratrices; la teoría de Laënnec caía ante este hecho que Lebert recordó y opuso enérgicamente.

Es en Andral que comienza la serie de médicos que atribuyen á las lesiones de la bronquitis crónica el principal papel en la patogenia de las bronco-ectasias. Corrigan tambien, en 1838, empezó á hacer representar el principal papel en esta patogenia á la neumonía crónica, que acababa de describir con el nombre de cirrósís pulmonar; y Barth, por último, ha hecho intervenir, para explicar este mismo mecanismo, un tercer factor: la pleuresía crónica.

Es muy probable, y la opinion generalmente admitida hoy segun Barth, Gintrac, Blachez, que estos tres elementos pueden intervenir, é intervienen de hecho, á menudo simultáneamente, en la produccion del enfisema pulmonar, y sobre todo de las dilataciones brónquicas.

La bronquitis crónica modifica las paredes de estos canales, disminuye su elasticidad, de tal modo que se dejan forzar fácilmente, y una vez forzados no vuelven sobre sí (Andral). Paraliza los músculos de Reisseisen y al mismo tiempo reemplaza el epiteliu vibrátil por pavimento, y las mucosidades, que no pueden ser ya arrastradas por las pestañas vibrátiles, se acumulan y producen la dilatacion (Stokes). Cuando las paredes están así modificadas, la tos y los diversos esfuerzos tienden á dilatar y á forzar los brónquios y las vesículas (Beau y Maissiat, Cruveilhier). Al mismo tiempo la bronquitis puede llegar á obliterar en ciertos puntos las ramificaciones brónquicas, y entónces, por la respiracion colateral suplementaria, la presion aumenta en las partes próximas, determinando la dilatacion (Rokitansky).

La neumonía crónica puede intervenir de varias maneras: el tejido conjuntivo neoplásico está dotado siempre, y en todas partes de propiedades retráctiles bien conocidas; del mismo modo que una cicatriz, al formarse, atiranta de un lado y otro los lábios de una herida, así los trabéculos conjuntivos tiran uno hácia otro los brónquios próximos, y por consiguiente agrandan su calibre (Corrigan, Leudet, Luys). Por otra parte, el tejido conjuntivo proliferando, acaba por obliterar cierto número de alveolos; y entónces, del mismo modo que la cirrósís hepática, obliterando algunos vasos, produce ascitis, la esclerósís producirá acumulaciones de aire, de las que provendrán, en las partes acumuladas, enfisemas y dilataciones vicariantes (Niemeyer).

La pleuresía crónica, en fin, obra por sus adherencias.—Los tractus, dotados de propiedades retráctiles, atraen á la vez las paredes torácicas y los brónquios. Cuando la pared no puede ya deprimirse, son los brónquios los que se dilatan (Barth).

Hé ahí cómo se puede comprender la accion de la bronquitis, de la neumonía y de la pleuresía crónicas en la patogenia complexa del enfisema y de la bronquectasia.—Y siendo aquellas lesiones capaces, como hemos visto, de ser producidas bajo la influencia del miasma palustre, nada hay por consiguiente de extraordinario en que estas lesiones consecutivas sobrevengan en el impaludismo crónico.

Es pues de admitirse como un hecho relativamente frecuente, que las bronquitis, neumonías y pleuresías crónicas de origen paludeano, traen á su consecuencia enfisema vesicular y dilataciones brónquicas, por el modo patogénico habitual de estas especies de lesiones.

(Continuara.)