

su evolución, los antecedentes del enfermo, los resultados del tratamiento y las alteraciones sifilíticas que se encuentran en el resto del organismo, pueden caracterizar con tal claridad la neumopatía, que no sea posible la duda acerca de su naturaleza.

En 1777, dice Jullien, Brambilla refiere en su *Tratado sobre el flemón*, que un día prescribió un electuario á un tísico que estaba en una situación desesperada. Por una equivocación del boticario, el electuario fue á parar á un sifilítico para que se untase con él y el tísico recibió el unguento mercurial en vez del electuario, para tomarlo al interior. Este último, no sospechando semejante error, tomó el unguento próximamente á la dosis de una nuez moscada, dos á tres veces al día, curándose radicalmente de su enfermedad con gran sorpresa del médico, quien supo después, por casualidad, cómo había ocurrido el suceso.

Este caso, puede ser considerado como tipo; con curaciones como ésta, obtenidas por medio del tratamiento antisifilítico, en sujetos considerados como tísicos incurables, es como se ha establecido por vez primera la existencia clínica de la sífilis del pulmón.

Hoy en día, encontraremos el criterio clínico de la sífilis pulmonar en los siguientes caracteres, cuya reunión apenas consentirá la menor duda en el diagnóstico: sífilis anterior, cuadro morbozo de la consunción pulmonar, falta de bacilos de la tuberculosis en los esputos, comprobación de lesiones esclerogomasas en otras partes del organismo y efectos favorables del tratamiento sifilítico.

Si se intenta trazar una descripción didáctica de la sífilis pulmonar con arreglo á las observaciones publicadas, se tropieza con grandes dificultades; en efecto, nada hay más variable y menos preciso que la sintomatología. Con todo, podemos formarnos una idea de la enfermedad, exponiendo primero el cuadro de conjunto que corresponde al tipo vulgar esclero-gomoso, y dando en seguida, á conocer las formas diversas que puede revestir la afección según la marcha, las lesiones y el estado general del sujeto.

En la *forma común esclero-gomosa*, los enfermos tosen desde el principio; su tos es primero seca, después se hace húmeda, con expectoración mucosa ó moco-purulenta. Esta *expectoración* es muy abundante, cuando hay dilatación de los bronquios. Cuando un goma se abre en estos últimos, puede suceder que la expectoración presente caracteres enteramente especiales, como en el caso de Cube (de Menton); el enfermo expulsa masas de superficie granulosa, del tamaño de un guisante ó de una haba, redondas ú ovales, y de consistencia elástica y compacta; dando un corte, se ve que estas masas están constituidas por un tejido blanco, con tractus gris-oscuros en forma de red, y reblandecido en algunas partes. Están privadas de aire y, en el agua, se van al fondo. El microscopio demuestra, que están constituidas por tejido pulmonar infiltrado de células redondas y atravesado por vasos alterados. Esta expectoración, no contiene bacilos de la tuberculosis.

La *hemoptisis* poco abundante, es la regla; la muy abundante, observada por Lancereaux y Carlier, la excepción. El *dolor torácico* es, en general, muy moderado.

La *disnea* sobreviene tardíamente, cuando las lesiones son bastante exten-

sas; se presenta no en forma de crisis de sofocación con cornaje, como en la sífilis traqueal, sino como una disnea de esfuerzo que sobreviene con motivo de una marcha rápida, ó de subir una escalera. Rara vez llega hasta la ortopnea.

La *inspección* del pecho, no revela casi nunca la deformación característica del tórax de los tísicos.

La *percusión* y la *auscultación*, dan á conocer la existencia de un foco morbozo, localizado en la parte media de los pulmones, sobre todo, en el derecho. El máximum de los signos físicos, se observa en general por detrás, á nivel de la espina del omóplato; y por delante, hacia las costillas tercera y cuarta. Por la *percusión*, se nota macicez ó submacicez; si hay una gran caverna gomosa ó una gran dilatación bronquial, se puede oír una sonoridad exagerada, hasta el ruido de olla cascada. La *palpación*, indica en la misma zona el aumento de las vibraciones vocales.

Los resultados de la *auscultación*, varían según la lesión y su antigüedad. El murmullo vesicular, está disminuído al principio; se oye un ruido áspero, que llega hasta la respiración bronquial, con exageración de la broncofonía; se notan á la vez estertores roncós y sibilantes, más ó menos diseminados por todo el pecho; en el foco morbozo, estertores subcrepitantes finos, secos ó húmedos. Estos signos se circunscriben después y subsisten como tales, sin que se forme ni caverna gomosa, ni dilatación bronquial; pero si se desarrolla alguna de estas lesiones, se observan entonces los signos cavernosos: respiración cavernosa, gorgoteo, pectoriloquia. En resumen, los signos son los de la impermeabilidad del parénquima pulmonar y de la bronquitis; á éstos se agregan, en ciertos casos y en ciertas zonas, los cavernosos. Sucede, por último, algunas veces, que se notan, en la base, los signos de pleuresía con ó sin derrame.

Los Dres. Peter y Vidal (de Hieres), han demostrado que, al nivel de los focos tuberculosos, hay hipertermia local; en los focos sifilíticos, la temperatura local es normal, según Gütz.

¿Qué ocurre con el *estado general* del enfermo, mientras que esta evolución se verifica? Unas veces, sigue siendo bueno durante muchos años; se tiene á la vista, como decía Bazin, un tísico robusto. Pero llega un período, en el que se altera el estado general; ocurre esto de dos maneras: O bien, á causa de una *caquexia terciaria* inexplicable por las alteraciones limitadas del pulmón, y debida, bien á las lesiones esclero-gomosas de las otras vísceras, bien á la arterio-esclerosis, bien á la degeneración amiloide, el enfermo enflaquece, adquiere un color amarillento, se hace albuminúrico, tiene edemas y diarrea y muere á consecuencia de esta caquexia. Otras veces, se trata de una *consunción pulmonar* verdadera, que se explica por una caverna gomosa ó una dilatación bronquial; la expectoración es abundante en este caso, el enflaquecimiento considerable, los dedos se hacen hipocráticos, el enfermo tiene sudores nocturnos y muere como un tísico. Jamás se ha observado que la sífilis pulmonar termine por dilatación de las cavidades cardíacas derechas y asistolia (Jullien).

La terminación es casi con seguridad fatal, si no se emplea un tratamiento enérgico; pero si, por fortuna, se emplea el tratamiento antisifilítico, se ven curaciones maravillosas.



Lo que da su carácter propio al cuadro clínico que acabamos de bosquejar, es su asociación con otras lesiones terciarias. Las asociaciones más frecuentes de la sífilis pulmonar, son las que siguen: se observan muchas veces alteraciones laríngeas (Schnitzler), con ó sin alteraciones traqueo-bronquiales; la sífilis del pulmón, se asocia con frecuencia á la del hígado. Se observan también todas las manifestaciones del período terciario: citaremos, por último, el caso observado por Fournier, en el que la sífilis pulmonar coexistía con una ulceración fagedénica del pie.

**Varietades clínicas.**— El estudio de las variedades clínicas, es importantísimo; demuestra, en efecto, cuán variable es la sintomatología, é indica cuáles son los casos en los que debe averiguarse el origen sífilítico de una neumopatía.

I. Diremos, ante todo, que la sífilis pulmonar puede ser *latente* por completo y no manifestarse por perturbación funcional alguna, por signo físico de ningún género. Cornil y Ranvier tuvieron ocasión, durante una epidemia de cólera, de encontrar con frecuencia gomas en los pulmones de individuos sífilíticos, que jamás habían padecido accidentes pulmonares.

II. Otras veces las lesiones esclero-gomosas de los pulmones están asociadas á lesiones *de la laringe, de la tráquea y de los gruesos bronquios*, que estrechan estos conductos; la estenosis se manifiesta entonces por alteraciones especiales, que ocupan el primer lugar en el cuadro clínico y enmascaran por completo el proceso pulmonar.

III. *Tipo que simula la tisis aguda.*— Dos casos con autopsia, observados el primero por Vierling y el segundo por Cuffer y Remy (Tesis de Jacquin), demuestran, al parecer, que en estos casos la lesión es ó la pulmonía blanca (Vierling), ó una erupción gomosa, que se presenta en forma de núcleos de bronco-pneumonía (Cuffer y Remy). Sea lo que fuere, esta forma es notabilísima, desde el punto de vista clínico; ha sido bien estudiada por Dieulafoy, que ha referido varios ejemplos, los más de ellos curados por el tratamiento antisifilítico.

Para dar una idea, resumimos la observación de Giraudeau, recogida en la clínica de Hayem y publicada en la tesis de Jacquin. Ingresó en el hospital una mujer de treinta y cinco años, con tos y fiebre que duraba hacía ocho días; en la parte media y posterior del pulmón izquierdo se observó macidez, respiración bronquial y estertores subcrepitantes. La situación se agravó los días siguientes; la respiración se hizo cavernosa y fue acompañada de gorgoteos; los esputos fueron nummulares, estriados de sangre, y á las cuatro semanas, la enferma, flaca, bañada por la noche de sudores profusos, siempre febril, tenía el aspecto de una tísica. Sólo entonces, en vista de la hipertrofia de los ganglios occipitales é inguinales y de una úlcera situada en el fondo de saco vaginal derecho, se sospechó el origen sífilítico de la neumopatía, y se empleó el tratamiento antisifilítico. A las seis semanas, había recobrado la enferma el apetito y desaparecido los esputos nummulares, los sudores y la fiebre; en vez del soplo cavernoso y del gorgoteo, se notaba respiración áspera y algo de macidez. Algún tiempo después, ingresó de nuevo esta mujer en el hospital, no con un padecimiento del pulmón, sino con una necrosis del frontal, que curó con el mismo tratamiento. A los siete años, se encontraba perfectamente.

IV. *Tipo que simula la tisis crónica.*— *Tisis sífilítica.*— Es la forma más frecuente; corresponde á las cavernas gomosas ó á las dilataciones bronquiales. Véase un ejemplo tomado de Fournier: Ingresó en Lourcine una joven con úlcera fagedénica del pie, de naturaleza sífilítica indudable. Esta enferma, tenía el hábito externo de una tísica: tosía, expectoraba, sentía dolor en el costado, tenía fiebre vespertina, sudores nocturnos y anorexia; en el vértice izquierdo, se descubrieron signos cavernosos (respiración cavernosa y gorgoteos). Todo este conjunto era tan típico, que Fournier diagnosticó la afección de tuberculosis y no de sífilis pulmonar. Sin embargo, empleó la medicación mercurial y iodurada, para tratar la úlcera fagedénica del pie. Deste entonces, esta enferma, cuyos días se creían contados, principió de pronto á mejorar; recobró el apetito y las fuerzas, y cuando volvió á verla el Dr. Fournier algunos meses después, fue preciso auscultar muy minuciosamente, para encontrar restos de la lesión pulmonar.

Panas ha referido hace poco tiempo un caso de sífilis pulmonar con caverna extensa, que simulaba con toda exactitud la tisis. Llamaron su atención, la existencia de gomas sífilíticas en el ojo y el buen estado general de la enferma. Esta curó por completo, con las inyecciones hipodérmicas de peptonato de mercurio (1).

V. *Tipo que simula la esclerosis pleuro-bronco-pulmonar.*— En este caso, se piensa siempre, por lo general, en una esclerosis bronco-pulmonar, con dilatación de los bronquios; pero si el médico averigua el origen del mal, no encuentra en los antecedentes del enfermo las causas ordinarias de la dilatación bronquial; estos individuos no han padecido ni sarampión, ni tos ferina, ni difteria, ni fiebre tifoidea, ni gangrena de los bronquios. Se descubre, además, una lesión específica de la laringe, de la piel, de un hueso ó de un parénquima. Es posible entonces diagnosticar la esclerosis sífilítica y emplear el tratamiento que mejora y cura muchas veces al enfermo.

VI. *Forma pleurítica.*— Las lesiones sífilíticas de la pleura, dice Dieulafoy, se clasifican en las dos categorías siguientes: ó bien la lesión pleurítica es sólo un epifenómeno, una complicación anatómica de la pulmonar, ó bien la pleuresía se complica con derrame abundante, es la lesión que predomina, y merece en este caso el nombre de pleuresía sífilítica. Véase un ejemplo de este género, observado por Balzer y consignado en la tesis de Jacquin. Ingresó en el hospital un hombre de treinta y dos años, con todos los signos de pulmonía caseosa; al mes, se manifestó una pleuresía con derrame abundante, que se diagnosticó de tuberculosa; el enfermo murió á los cuatro días, y se encontró el hígado sífilítico, y uno de los pulmones cuajado de gomas, de los que uno de los más superficiales rozaba la pleura; las hojas de esta membrana, presentaban un engrosamiento fibroso grandísimo, y se encontraron en su cavidad dos litros de derrame sanguinolento. No se descubrió el bacilo de la tuberculosis. Dieulafoy observó un caso análogo, en el que el derrame era también sanguinolento, pero se obtuvo la curación con el tratamiento antisifilítico.

Hasta ahora, no se admitían pleuresías sífilíticas, sin lesión pulmonar concomitante. Pero Nikouline (de Moscou), cree haber observado un caso (2).

(1) Panas, *Méd. moderne*, p. 95, 1891.

(2) Nikouline, Sur les pleurésies syphilitiques, *Semaine méd.*, p. 110, 1891.



El mismo autor ha llamado la atención sobre una forma especialísima consecutiva á la periostitis costal, dependiente de la sífilis, y á la que se llama *pleuresía sífilítica*: abombamiento simulado, signos físicos de un derrame moderado en la cavidad de la pleura, punciones sin resultado, tales son los signos que asigna Nikouline á esta peri-pleuresía, que cura bastante bien por los específicos.

VII. *Pneumopatía sífilítica, combinada con tuberculosis anterior ó posterior.*— La asociación de la tuberculosis y de la sífilis, estudiada por Potain, y de la que ha referido Gouguenheim un caso interesante, se efectúa de dos maneras diferentes.

Cuando se desarrolla la sífilis en un tuberculoso confirmado, agrava siempre la tuberculosis, por aumentar la debilidad orgánica y por exigir un tratamiento que, empleado de mala manera, produce efectos funestos.

Cuando se desarrolla la tuberculosis en un sífilítico, agrava también la situación, porque añade una enfermedad, incurable de ordinario, á un padecimiento generalmente curable.

Lo característico de todos estos hechos es que, aunque se sospeche la sífilis pulmonar, se encuentran siempre en los esputos los bacilos de la tuberculosis.

PRONÓSTICO. — De 62 casos coleccionados por Carlier, murieron 38 y curaron 24. Estos números indican bastante bien, la gravedad del pronóstico de la sífilis pulmonar. Pero lo que atenúa bastante esta gravedad, son los resultados curativos, maravillosos á veces, que se observan con el tratamiento específico.

Es, al parecer, indudable que, en el mayor número de los casos, si se abandona la afección, muere el enfermo. Pero las pneumopatías sífilíticas, tratadas por el mercurio y el ioduro potásico, curan muchas veces y con gran rapidez.

El pulmón es de todas las vísceras en el que influyen de un modo más favorable y rápido los dos específicos (Mauriac). Hay, no obstante, casos refractarios á la medicación. ¿Por qué? ¿Es á causa del grado de consunción á que ha llegado el enfermo? No; porque se han visto curar individuos que se encontraban en el último grado de la tisis; y porque otros menos afectados, sucumben á pesar del tratamiento. La gravedad, la ineficacia del tratamiento, dependen de que la lesión pulmonar coexiste con lesiones hepáticas, renales ó cerebrales; de que la intoxicación terciaria, ha producido lesiones esclerosas del sistema arterial, ó la degeneración amiloide.

DIAGNÓSTICO. — Cuando se observa una pneumopatía crónica, cuyo origen, síntoma y evolución se separan de los tipos ordinarios, debe sospecharse la sífilis, y recordar que muchos enfermos de sífilis pulmonar deben su vida á la perspicacia del médico. En cuanto se sospecha la sífilis, es preciso averiguar el pasado del enfermo, en busca de antecedentes sífilíticos; si se descubren, se dispone de un elemento de primera clase; si no se descubren, es preciso no desanimarse, cuando existen motivos fundados para sospechar que se trata de una sífilis pulmonar.

Hemos visto que, en el mayor número de los casos, la sífilis pulmonar simula el cuadro clínico de la tuberculosis. Por consiguiente, el diagnóstico debe hacerse de preferencia con ésta.

Se examinarán los antecedentes del enfermo; en el tísico, hay casi siempre

antecedentes hereditarios; en el sífilítico, se descubren fenómenos secundarios ó terciarios. La sífilis pulmonar dura en ocasiones mucho tiempo sin alterar el estado general, mientras que el tísico enflaquece y se consume desde que principia su enfermedad. Se procurará descubrir las coincidencias y se examinará si existen lesiones esclero-gomosas en la laringe, el hígado, los huesos ó la piel. La temperatura local, es siempre elevada en el tísico; normal en el sífilítico.

Pero el signo que debe llamar la atención, es el sitio de estas lesiones. La sífilis puede desarrollarse en el vértice del pulmón, pero no es la regla. Interesa en general el lóbulo medio derecho, ó la parte inferior del superior, ó la superior del inferior. Grandidier llega hasta decir: «Cuando se observan signos cavernosos ó infiltración limitada al lóbulo medio del pulmón derecho, se diagnostica con seguridad sífilis pulmonar, aunque no se descubra otra manifestación sífilítica antigua ó reciente». Nosotros, no vamos tan lejos; pero, fundándonos en el hecho de que la sífilis no tiene predilección por el vértice, cuando se descubre un foco morbosos de tipo anormal, debe buscarse el bacilo de la tuberculosis en los esputos, y si no se descubre después de exámenes repetidos, pensar en la sífilis.

Es verdad que el descubrimiento del bacilo no tiene un valor absoluto, porque la sífilis y la tuberculosis pueden desarrollarse en un mismo pulmón; pero una vez que la presencia del bacilo demuestra la existencia de la tuberculosis, no tiene gran interés el saber si el enfermo padece ó no sífilis concomitante.

Por último, los resultados curativos de la medicación, es el mejor argumento en favor de la sífilis. Sin embargo, la falta de mejoría por los específicos, no demuestra, en modo alguno, que no se trate de un proceso sífilítico; lo prueba por completo, lo que hemos dicho ya respecto al pronóstico.

La sífilis pulmonar produce á veces la *esclerosis del pulmón, con dilatación de los bronquios*. ¿Es posible diagnosticar el origen sífilítico de esta lesión? Sólo puede sospechársela, cuando no hay causa profesional é infecciosa de esclerosis pulmonar, cuando la afección es de fecha reciente, cuando existen lesiones esclero-gomosas en otras vísceras, en los huesos ó en la piel.

La sífilis del pulmón, se ha confundido con el cáncer ó los quistes hidatídicos. El *cáncer pulmonar* se conoce por los signos de compresión en el mediastino, por la dureza leñosa de los ganglios del cuello, por la expectoración parecida á la gelatina de grosella; este cáncer es con frecuencia secundario, y muchas veces se encuentra el tumor primitivo en otro órgano. Los *quistes hidatídicos* no son siempre fáciles de conocer; pero las lesiones están localizadas por lo general en la base, y los signos físicos que producen, tienen límites perfectos; los enfermos están anémicos y tosen muchísimo. El quiste hidatídico del pulmón, frecuente en Australia, es rarísimo en Francia.

Sífilis pulmonar hereditaria tardía. — La sífilis hereditaria tardía del pulmón, sólo se conoce desde hace poco tiempo; hasta 1886 no había reunido Fournier más que cinco observaciones, y muy recientemente ha referido Lancereaux tres casos. Se observa en el niño de alguna edad ó en el adulto. Desde el punto de vista anatómico y clínico, no difiere en nada de la sífilis adquirida; las mismas lesiones, los mismos síntomas, las mismas formas clínicas, la misma eficacia del tratamiento antisífilítico.

La sífilis hereditaria tardía, sólo se individualiza por el diagnóstico; faltan



los antecedentes hereditarios; es difícil muchas veces descubrir la sífilis en los padres; debe entonces fundarse el diagnóstico en los signos indicados por Hutchinson, Fournier y Lannelongue, como característico de la heredo sífilis tardía; *deformaciones dentarias* (escotaduras, excavaciones cupuliformes, estrías transversales, dimensiones pequeñas de los incisivos); *lesiones oculares* (queratitis intersticial), *lesiones y perturbaciones auditivas* (sordera); *deformidades de la tibia* (tumefacción de la epífisis, desigualdades, abolladura de la diáfisis, aplanamiento de la cresta del hueso).

TRATAMIENTO.—El tratamiento debe ser mixto; se emplearán á la vez el mercurio y el ioduro potásico. El mejor método de tratamiento, es el siguiente: fricciones diarias con una cantidad de unguento mercurial, del tamaño de un guisante, unas veces en un punto, otras en otro; administración del ioduro potásico á dosis crecientes, de 2 á 8 gramos por día.

Puede emplearse también el jarabe de Gibert.

Debe recordarse, que el empleo del mercurio es indispensable en la sífilis pulmonar; este medicamento es, al parecer, más útil que el ioduro, y capaz de curar por sí solo muchos enfermos.

No debe, por último, olvidarse la medicina de las indicaciones; los balsámicos son útiles contra la abundancia y fetidez de la expectoración; si el derrame es considerable, debe hacerse una punción y favorecerse las funciones digestivas debilitadas.

## CAPÍTULO IX

### CÁNCER DEL PULMÓN Y DE LA PLEURA

Hasta hace pocos años, se describía con el nombre de cáncer del pulmón: el conjunto de los tumores malignos de este órgano. Es imposible sostener semejante idea; los progresos de la histología imponen hoy la separación de los neoplasmas epitélícos, y á medida que avancen estos progresos, se hará cada vez más necesario describir sólo con el nombre de cáncer, los tumores malignos de origen epitélíco. Nos conformaremos con esta necesidad y describiremos con el nombre de cáncer del pulmón, los tumores malignos epiteliomatosos.

El cáncer de la pleura está unido de una manera íntima con el del pulmón, tanto, desde el punto de vista anatómico, como desde el clínico; si el cáncer pulmonar es primitivo, se propaga casi siempre á la pleura; si se trata de un cáncer secundario, la metástasis interesa casi siempre á la vez ambos órganos. Describiremos, por lo tanto, el *cáncer pleuro-pulmonar*, tipo anatómico-clínico bien conocido.

¿Debemos describir, á ejemplo de ciertos autores, un *cáncer primitivo de la pleura*? La idea predominante hoy, niega el epitelioma primitivo pleurítico; como el endotelio de esta membrana es de origen mesodérmico, sólo puede engendrar sarcomas. En efecto, muchas observaciones que se publican con el título de *cáncer primitivo de la pleura*, no convencen en modo alguno, á causa

de la falta ó insuficiencia del examen microscópico; cuando se las estudia, se cree que se trataba de sarcomas ó de epiteliomas desarrollados en los alvéolos pulmonares subpleuríticos.

Existen, no obstante, muchos hechos que autorizan la duda: son los descritos por Wagner con el nombre de *endoteliomas de la pleura*, de los que ha referido un ejemplo típico A. Fraenkel en el Congreso de medicina interna de Leipzig (1892). Para algunos autores, los endoteliomas deben incluirse en la clase de los sarcomas, por su origen mesodérmico. Pero otros, fundándose en la teoría del coeloma de Hertwig, según la cual, el endotelio de las serosas es un epitelio verdadero, admiten que el endotelio de estas membranas es origen de un epitelioma verdadero, mientras que los sarcomas nacen de los vasos ó del tejido conjuntivo sub-endotélico. Se ha dicho también, que es difícilísimo á veces demostrar el origen epitelial ó conjuntivo de los neoplasmas de las serosas, á causa, tal vez, de que los endotelios de estas membranas tienen los caracteres de los elementos epiteliales y de los mesodérmicos (1).

Sea lo que fuera, de conformidad con las tendencias actuales, no describiremos el cáncer primitivo de la pleura, y estudiaremos los endoteliomas á la vez que los sarcomas, en el capítulo siguiente.

Admitiremos, por lo tanto, que el cáncer pleuro-pulmonar, cuando es primitivo, nace en los alvéolos pulmonares, y tal vez en el de los bronquios; estos epitelios derivan, como sabemos, de la hoja interna del blastodermo, como el del esófago, de donde proceden.

HISTORIA.—Los autores antiguos, Van Swieten, Morgagni, Portal, han referido algunas observaciones aisladas de cáncer del pulmón; pero Bayle, 1810, fue el primero que lo describió. En sus *Estudios sobre la tisis pulmonar*, admitió este autor seis variedades de dicha afección, de las que la sexta, *tisis cancerosa*, es el cáncer pulmonar.

Laënnec, 1818, dedicó un capítulo importante á los «Encefaloides del pulmón».

Hay que reconocer que, hasta entonces, el cuadro clínico era bastante confuso. Pero en 1837 hizo Stokes una descripción sintomática magistral del cáncer pulmonar, que resumió en veintiuna proposiciones; esta descripción fue el fundamento de todos los estudios posteriores.

Deben citarse, entre ellos, los de Heyfelder (1837), R. Carswell (1838), Andral (1840), Marshall Hugues (1841), Gintrac (1845), Aviolat (1861), Jaccoud (1873), Peter (1877), Darolles (1877), Dieulafoy y Gouguenheim (1886), Bernheim y Simon (1886).

Han hecho estudios micrográficos importantes, sobre el cáncer del pulmón, Cornil y Ranvier (1869), Malassez (1876), Ménétrier (1886), Augier y V. Leplat (de Lille) (1888).

E. Barié, encargado de copilar para el *Diccionario enciclopédico* todos los estudios anteriores á esta época, escribió un artículo, que es la monografía más completa que poseemos sobre el cáncer del pulmón (2).

ETIOLOGÍA.—El cáncer pulmonar, es primitivo ó secundario.

(1) H. Laue, Sur les néoplasmes malins primitifs du peritoine; Dissertation inaug. de Munich, 1890 (analyse in *Centralblatt f. klin. Med.*, núm. 37, 1891).

(2) Van Swieten, Commentaires de Boerhave, 1757, t. II.—Morgagni, De sedibus et causis morborum,