

La fetidez del aliento y la presencia de las sarcinas en los esputos, permiten conocer este estado morbozo, que sólo se desarrolla en los tuberculosos y en la proximidad de las cavernas.

Algunos autores admiten que la sarcina del pulmón procede del estómago, bien por la vía linfática, bien por aspiración de las substancias expulsadas por el vómito. La sarcinosis secundaria es, al parecer, una causa verdadera de agravación de la enfermedad primitiva.

2.º *Oidium albicans*. — Algunas observaciones, atestiguan la realidad del muguet bronco-pulmonar. Esta localización es bastante rara; Parrot la ha observado en dos niños atrépsicos; Rosenstein y Freyhan, en los individuos que padecen bronquitis pútrida; Schmidt ha observado cinco casos en niños de poca edad (véase *Etiología de las bronquitis y Bronquitis de los niños*). El muguet bronco-pulmonar, va acompañado casi siempre del bucal. El *oidium* produce en los bronquios placas blancas, como las de la boca; en el pulmón forma núcleos amarillentos bastante duros.

4.º *Leptothrix pulmonalis*. — En 1864, encontró Fischer en un foco de gangrena pulmonar los filamentos largos del leptothrix, y después lo han descubierto Leyden y Jaffé en la bronquitis pútrida. El *leptothrix pulmonalis* procede, según toda probabilidad, del *buccalis*.

En resumen, la presencia de los hongos en las vías respiratorias es, al parecer, siempre un fenómeno secundario, una complicación de un estado morbozo preexistente.

Parásitos animales (1). — Se han encontrado en el pulmón del hombre, diversos parásitos animales, entre los que señalaremos:

El *cercomonas* encontrado por Kannenberg en un foco de gangrena pulmonar (estaban asociados en este caso al *monas lens*), y por Litten en el líquido de un pneumotórax tuberculoso (2);

El *Distomum pulmonis*, que produce la *enfermedad distomasia del pulmón*, especie de pseudo-tisis que se conoce por la presencia, en los esputos, del distoma, y á veces, por la del distoma hembra. Esta enfermedad es endémica en ciertas comarcas de Oriente, en particular en Okayama (Japón) (3);

El *estrongilo de estuche largo* (*strongylus longevaginatus*), encontrado por Diesing en el pulmón de un niño de seis años, y del que sólo se cita un caso;

El *cysticercus cellulose*, que se ha observado rara vez en el pulmón del hombre leproso;

Por último, los *equinococcus*, que producen el quiste hidatídico del pulmón, enfermedad que estudiaremos en el capítulo siguiente.

(1) Voyez les Traités d'histoire naturelle médicale et le Traité des entozoaires de Davaine.

(2) Litten, *Berliner klin. Woch.*, pág. 299, 1886.

(3) K. Yamagiwa, Ueber die Lungedistomen-Krankheit in Japan. *Virchow's Archiv.*, Bd. cxxvii, páginas 446 456.

CAPÍTULO XII

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN (1)

Los quistes hidatídicos del pulmón, son raros en Francia. Son frecuentes en Australia, donde en dieciséis años observó Duncan Bird 250 casos (2). Desde hace algunos años ha aumentado, al parecer, de frecuencia en Inglaterra (H. Mackenzie) y en Argelia (Laveran).

Entre los trabajos de conjunto sobre el particular, uno de los más antiguos es el de Laënnec, quien le dedicó un capítulo en su *Tratado de auscultación*. Vienen después los estudios de Vigla (1855), de Cadet de Gassicourt (1856). En 1875 hizo Hearn un resumen, en una buena tesis, de 144 observaciones de quistes hidatídicos del pulmón y de la pleura. En 1877 publicó Davaine 40 observaciones.

En Francia, los quistes hidatídicos del pulmón tienen, al parecer, cierta predilección por los estudiantes de medicina. Conocemos, cuando menos, tres ejemplos y dos de los estudiantes atacados, Chachereau y Marconnet, han publicado sus observaciones, que no carecen de interés.

ETIOLOGÍA. — La causa de la enfermedad, como para todos los quistes hidatídicos, es la penetración en el organismo de los huevos de la tenia equinococo. Esta tenia (*tenia nana* de algunos autores), vive en estado adulto en el intestino del perro; es un cestóide pequeñísimo, de 5 á 6 milímetros de largo. La cabeza está provista de cuatro ventosas y de una corona doble de ganchos; tiene tres ó cuatro anillos, de los que sólo el último, llegado á madurez, contiene huevos. Cuando este anillo, ó uno de los huevos que contiene, penetra en el aparato digestivo del hombre, por el intermedio del agua potable ó de las legumbres crudas, se destruye el cascarón del huevo y queda en libertad un embrión. Este embrión, es una esfera dotada de movimientos propios y provista de seis ganchos; de aquí el nombre de *embrión hexacanto*. El embrión penetra en los tejidos por medio de estos ganchos; se detiene casi siempre en el hígado, donde germina, y produce un quiste hidatídico donde vive, en la fase de scolex, fase que precede al desarrollo completo, que sólo se opera en el intestino del perro (3).

(1) Cadet de Gassicourt, Tesis de Paris, 1856.—Chachereau, Un kyste hyd du poumon, Thèse de Paris, 1884. — Davaine, Traité des entozoaires, 2.ª edición, 1877. — Hearn, Thèse de Paris, 1875. — Heydenreich, Traitement des kystes hyd. de la plèvre et des organes qui l'avoisinent; *Sem. méd.*, 1891, pág. 449. — Laennec, Traité d'auscultation, édit. de la Faculté, pág. 472.—Laveran, *Médecine moderne*, núm. 5, 1892. — Lehmann, Des kystes du poumon ouverts dans la plèvre; Thèse de Paris, 1882. — L. Lereboullet, Kyste hyd. du poumon, artículo *Poumon* du Dict. encycl. de Dechambre. — Letulle, article *Poumon* du Dict. de Jaccoud, t. xxix, pág. 473.—H. Mackenzie, *Sem. méd.*, núm. 18, pág. 138, 1892. — Marconnet, Observation d'un kyste hydratique du poumon; *Progr. méd.*, 27 Junio y 4 Julio, 1891. — Neisser, Die Echikokkenkrankheit, Berlin, 1877. — G. Sée y Talamon, *Médecine clinique*, t. II, Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, 1885.

(2) Hydatids of the lungs, Melbourne, 1877.

(3) Para todo lo que se refiere á la historia natural de los equinococos, recomendamos la descripción de los quistes hidatídicos del hígado, escrito por A. Chauffard en el tomo III de este Tratado.

Es fácil explicar la detención del embrión hexacanto en el hígado, pero no su detención y desarrollo en los pulmones.

Existen, sobre el particular, dos hipótesis:

1.º El parásito penetra en el intestino con los alimentos, y es transportado al pulmón por los vasos sanguíneos ó linfáticos.

Cuando coexiste un quiste hidatídico del pulmón con otro del hígado, se admite que los embriones hexacantos, transportados primero al hígado por la vena porta, pasan desde este órgano al pulmón por las venas supra-hepáticas, la cava inferior, las cavidades cardíacas derechas y la arteria pulmonar.

Si el quiste hidatídico del pulmón es aislado, se admite la posibilidad de la penetración por el intestino y del transporte por la vía sanguínea, pero por otro camino; el embrión pasa á las venas hemorroidales, á las hipogástricas, á la cava inferior y á la arteria pulmonar (Chachereau).

El transporte por los quilíferos es posible; pero es probable que si penetra por esta vía el embrión, se detenga en algún ganglio linfático.

2.º Pero hay motivo para preguntar si, como suponen los médicos australianos, penetrará el germen en el pulmón por el aire inspirado. Se cree en Australia, que los excrementos de los perros de los pastores, depositados en las calles, secos y reducidos á polvo, penetran en los pulmones con el aire inspirado. Finsen ha recordado á este propósito, que los quistes hidáticos del pulmón son frecuentes en las ovejas y en los cornúpetos; todos estos animales, afectados de equinococos pulmonares, tenían también el mismo padecimiento hepático.

Pero estos diversos puntos están, todavía algo oscuros. Sólo sabemos que el quiste hidatídico, es de *origen canino*. La vida en común con el perro y la sujeción, explican la frecuencia de este padecimiento entre los islandeses y los pastores australianos. Se citan, no obstante, casos de individuos con quiste hidatídico del pulmón, que jamás han poseído perros.

Dichos quistes hidatídicos del pulmón, no son siempre primitivos; son consecutivos algunas veces á los del hígado. Se citan casos en los que un quiste hidatídico del corazón, después de la rotura, ha producido por embolia otro pulmonar.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.— El embrión hexacanto, una vez que llega al tejido pulmonar, pierde sus ganchos y se desarrolla en forma de vesícula, llamada *embrionaria ó madre*. Esta tiene dos cubiertas: una membrana externa, anhistá, de capas estratificadas, llamada *membrana foliácea*; otra interna, cubierta de granulaciones, y á la que se llama *fértil ó prolifera*. Las granulaciones de la membrana interna, son pequeños equinococos que se desprenden y nadan en el líquido, claro y límpido de la vesícula madre; el equinococo se desarrolla con libertad en este líquido, y se forma así una vesícula de segunda generación, llamada *vesícula hija*.

Una vez formado el quiste, aumenta de volumen y adquiere las dimensiones de una avellana, de una nuez, de una naranja, de la cabeza de un adulto.

El parénquima pulmonar sufre alrededor del quiste la metamorfosis fibrosa, y así se forma un cascarón envolvente, que es la *membrana adventicia*. Pero en el pulmón, esta membrana es pocas veces tan perfecta y gruesa, como en el hígado.

El quiste desarrollado por completo tiene, por lo tanto, tres cubiertas: 1.º, la membrana adventicia, cubierta fibrosa formada á expensas del órgano invadido; 2.º, la membrana foliácea anhistá; 3.º, la membrana prolifera. La membrana del quiste contiene un líquido claro, límpido como agua de roca, que caracteriza estos productos; en este líquido nadan los pequeños equinococos y las vesículas hijas.

El quiste formado de este modo, en nada difiere del quiste hidatídico del hígado ó de cualquier órgano. No insistiremos más sobre su estructura.

Los quistes hidatídicos, se desarrollan en todas las regiones del pulmón; pero son más frecuentes á la derecha y en la base. Son únicos ó múltiples.

La evolución del quiste, es capaz de producir complicaciones más ó menos graves; perforación bronquial y formación de una caverna hidatídica, roturas de la pleura, ulceración de una rama de la arteria pulmonar y hemorragia fulminante. El tejido pulmonar circunvecino puede congestionarse, padecer bronco-pneumonía y hasta tuberculosis.

Muchas veces, no es el pulmón el único órgano que tiene hidátides; existen á la vez en el hígado, el bazo, los riñones, el epiploón y el cerebro.

Se ha demostrado que los quistes hidatídicos se desarrollan, *primitivamente, en la pleura*. De 983 casos de quistes de este género, ha observado Neisser 17 de quistes primitivos de esta membrana. Según Davaine, estos quistes primitivos de la pleura, carecen de membrana adventicia; este carácter, permite conocer con exactitud su origen. Según G. Sée y Talamón, si se acepta este criterio, se llega á creer que los quistes hidatídicos primitivos de la pleura son rarísimos, y que la mayor parte de los pleuríticos, proceden del hígado ó del pulmón.

SÍNTOMAS.— La evolución del quiste hidatídico pulmonar, se divide en tres períodos: latente, de estadio, de complicaciones que terminan por la curación ó por la muerte (G. Sée, Talamón).

1.º El *período latente*, durante el cual el quiste se desarrolla con lentitud sin producir reacción, es imposible de describir; puede haber opresión y tos, pero no es posible atribuir estos síntomas á su causa verdadera. La duración de este período, es indeterminado y se citan casos en los que sólo se conoció la existencia del quiste, al practicar la autopsia. Los quistes pequeños se calcifican y quedan en el pulmón, como cuerpos extraños sin producir síntoma alguno.

2.º El *período de estadio*, se caracteriza por dos clases de síntomas: síntomas de vecindad y síntomas propios del quiste.

a) Los síntomas de vecindad ó de irritación bronco-pulmonar, son los de muchas afecciones pulmonares: tos, opresión, dolor y hemoptisis.

La *tos* es por accesos, convulsiva, casi coqueluchóide. Al principio, es seca; pero concluye por ir acompañada de expectoración sanguinolenta ó moco purulenta.

La *disnea* sin causas especiales, la consideran como constante Davaine y Hearn; pero falta en muchos casos. Estas diferencias, dependen del volumen del tumor y del sitio que ocupa; los quistes próximos al diafragma, producen en el hombre disnea intensa, mientras que, en la mujer, á causa de su tipo respiratorio, la opresión es mayor cuando el tumor está localizado en las partes superiores.

El dolor falta, si el quiste es central. Si es superficial, hay según Finsen, un dolor fijo, pungitivo, en el sitio donde se desarrolla aquél. Este dolor suele tener irradiaciones múltiples, y se exacerba bajo la influencia de los accesos de disnea.

Las hemoptisis, son la regla en los quistes hidatídicos del pulmón. Los esputos son al principio mucosos, poco abundantes y contienen algo de sangre roja ó negra. Es raro que se presenten en esta fase hemoptisis considerables; pero en Marconnet, ocurrió así. Las hemoptisis abundantes y repetidas indican, en general, la inminencia de la rotura del quiste.

b) Los síntomas propios del quiste, son los signos físicos que suministran la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

Existe casi siempre abombamiento en el sitio del quiste. Cuando está localizado en el lóbulo inferior, se observa que la base es mayor que de ordinario; si ocupa el vértice, se ve abombamiento subclavicular. *Las vibraciones vocales, están disminuídas ó suprimidas en el sitio del abombamiento; el sonido es macizo, y á la auscultación se nota silencio completo.* Jamás se ha observado extremeamiento hidatídico, en los quistes torácicos. Alrededor de la zona quística, suele ser timpánico el sonido y la respiración normal ó pueril. El rasgo característico, casi patognomónico, de este conjunto de signos, es, según Duncan Bird, *la limitación muy exacta de la zona de macidez y del silencio respiratorio.* Esta zona tiene límites tan exactos, que más allá de ellos, cesan por completo la macidez y el silencio respiratorio. El cambio de posición del enfermo, en nada modifica los resultados de la exploración física. Por desgracia, los signos físicos faltan, cuando el tumor es pequeño y está situado en el centro del pulmón.

3.º Las complicaciones, tardan poco en modificar el cuadro clínico del período de estadio.

Unas veces son fenómenos inflamatorios periquísticos: bronquitis transitoria y de repetición, pleuresía seca ó con derrame, que cura sin que se descubra su causa verdadera, y sobre todo brotes congestivos ó bronco-pneumónicos, que se reproducen varias veces y que favorecen con frecuencia la rotura del quiste.

Otras veces supura el quiste, aun antes de romperse al exterior. Debe admitirse, en este caso, que se ha formado una fisura de sus cubiertas que permite la penetración de los gérmenes puógenos en la bolsa. En los casos de supuración del quiste, «se ve aumentar la disnea habitual, complicarse con dolores sordos, profundos al principio, después más agudos y lancinantes, en el lado enfermo. Se desarrolla la fiebre; no tiene, al parecer, el carácter de intermitencia tan notable en los quistes supurados del hígado; al menos, los autores nada indican de análogo. El trabajo de supuración tarda poco en terminar por la rotura de la bolsa, que se abre, por lo general, en los bronquios, acompañándole todos los fenómenos habituales de las vómicas purulentas, con el carácter particular y patognomónico de contener el pus restos de vesículas ó de membranas hidatídicas» (G. Séé y Talamon).

El quiste hidatídico del pulmón, tiende siempre á abrirse en la pleura ó en los bronquios. Acabamos de ver, cómo se produce la rotura en los casos de supuración intra-quística. Pero no es necesaria la inflamación supurada; el quiste perfora los bronquios ó la pleura sólo por su aumento de volumen.

La rotura del quiste en los bronquios, va acompañada de una vómica hidatídica; en el momento de la rotura, siente el enfermo que se rompe algo en su pecho; tose de pronto, se sofoca y arroja por la boca un chorro de líquido claro, límpido, nada viscoso, ni espumoso, de sabor salado; este líquido no contiene albúmina, ni fosfatos, pero sí cloruro sódico. Se ven en el líquido expulsado los elementos característicos: 1.º, vesículas hidatídicas (*vesículas hijas*) del grosor de un guisante, al de una uva, ó equinococos pequeños, perceptibles á simple vista, en forma de granillos blanquecinos ó grisáceos, como granos de sémola; 2.º, colgajos blanquecinos arrollados, de la membrana anhistá foliácea; en ocasiones, la bolsa está entera. Cuando no se descubren á simple vista estos elementos, el microscopio descubre en el humor hidatídico los ganchos ó los scolex enteros del parásito. La rotura del quiste es precedida, y va acompañada con frecuencia, de hemoptisis abundantes. La vómica termina de una vez ó se repite durante varios días.

Los efectos de la rotura en los bronquios varían: el enfermo puede morir de repente, en el momento de la vómica; la muerte es debida entonces, bien á la obstrucción de los bronquios por el líquido muy abundante, por un trozo voluminoso de la membrana hidatídica, bien á la abertura de una rama gruesa de la arteria pulmonar, que se manifiesta por una hemoptisis fulminante. Pero, por otra parte, la rotura en los bronquios es un modo de curación espontáneo; después de la vómica, los fenómenos se atenúan poco á poco y la herida cicatriza. Por último, después de la perforación bronquial—y es lo que sucede casi siempre—la bolsa supura y el enfermo se consume poco á poco y sucumbe á causa de la septicemia. Una vez abierto el quiste, se observan los síntomas de una caverna (respiración cavernosa, gorgoteo, pectoriloquia), y estos signos adquieren el carácter metálico ó anfórico, si la bolsa es muy voluminosa.

La perforación de la pleura, estudiada por Lehmann, es mucho más rara que la de los bronquios, porque la pleura está protegida, de ordinario, por adherencias. Esta rotura produce un derrame pleurítico, que va acompañado casi siempre de urticaria hidatídica (Finsen); pero cuya naturaleza verdadera, sólo suele conocerse al practicar la punción. La rotura de la pleura va acompañada muchas veces de perforación bronquial, y entonces se observan los signos del hidro-pneumotórax.

En casos más raros aún, el hidátide del pulmón perfora el diafragma y se abre en las vías digestivas ó en el ombligo. En casos excepcionales, un quiste voluminoso comprime el pericardio ó los vasos del mediastino y produce trombosis ó erosiones valvulares seguidas de hemorragias fulminantes.

Síntomas generales.—El estado general, se resiente durante la evolución del quiste. Los enfermos sienten, á veces, una debilidad excesiva; notan una sensación de aniquilamiento con somnolencia (Hearn, Chachereau); enflaquecen y tardan poco en presentar los signos de la consunción, que se observan en todas las afecciones pulmonares crónicas: fiebre vespertina, sudores nocturnos, deformación hipocrática de los dedos. Esta tisis hidatídica, se distingue por la falta ó la rareza de las perturbaciones gástricas y de la diarrea. Pero cuando se abre y supura el quiste, la semejanza entre la tisis bacilar y la hidatídica es completa. Indicaremos, por último, que esta consunción es susceptible á veces de desaparecer y curar, bien espontáneamente, bien por los medios quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO. — Los médicos australianos, á quienes llamó la atención la frecuencia de la enfermedad, consideran relativamente fácil su diagnóstico; y, en verdad, en un individuo que tose y escupe sangre, si se observan los signos tan típicos que hemos estudiado, es fácil conocer el quiste hidatídico del pulmón. Pero, según la observación de G. Sée y Talamon, en Francia sólo se piensa en él, durante el período de las complicaciones y cuando se observan síntomas anormales del padecimiento; el diagnóstico no es seguro, hasta el momento de la vómica y de la expulsión de una membrana foliácea ó de vesículas hidatídicas.

La *tuberculosis pulmonar*, es la enfermedad más fácil de confundir con el quiste hidatídico. El estado general, suele ser idéntico en ambos casos, y las hemoptisis repetidas son una analogía más. El diagnóstico se consigue hacer algunas veces, analizando los signos físicos. Si existen dos cavernas, se recordará que, en el caso de tisis, el tórax está retraído, y que, en el de quiste hidatídico, hay frente al foco morbosos, un abombamiento más ó menos marcado; además, la caverna quística da siempre un sonido macizo y jamás timpánico. Por otra parte, las dudas que pueda tener el médico, se desvanecen con el examen microscópico de los esputos, por cuyo medio es posible observar los ganchos y la falta ó existencia del bacilo de Koch.

Es difícilísimo distinguir la *pleuresia enquistada*, del quiste hidatídico; sólo es posible hacer con seguridad el diagnóstico, examinando el líquido en el momento de la vómica ó de la punción.

Los *tumores del mediastino*, que se manifiestan por macidez limitada en la región esternal ú sub-clavicular, se confunden con los quistes hidatídicos de los vértices pulmonares. Pero estos, sólo en casos excepcionales, producen síntomas de compresión, que son la regla en los tumores mediastínicos.

El *cáncer del pulmón*, se diferencia del quiste hidatídico (véase *cáncer pulmonar*).

Es imposible, por último, afirmar, si se trata de un *quiste de la cara convexa del hígado* ó de la base del pulmón derecho. Pero si el líquido sale por los bronquios, es posible reconocer el origen hepático del tumor, por contener elementos biliares (color amarillo, reacción de Gmelin).

PRONÓSTICO.—La estadística de Hearn, demuestra el pronóstico: de 144 casos, curaron 60 y murieron 84. De las estadísticas de Neisser y Madelung, resulta que si no se interviene, mueren próximamente la mitad de los enfermos que padecen equinococos del pulmón, y que cuando el tumor afecta la pleura primitiva ó secundariamente, la consecuencia del abandono de la enfermedad es siempre la muerte (Heydenreich).

Pero los médicos australianos, son menos pesimistas. Verdad es que intervienen pronto, y que la intervención es favorable de una manera especial.

TRATAMIENTO. — Los tratamientos internos, prescritos con el fin de matar las hidátides, son de eficacia dudosa; ni el mercurio, ni la trementina, ni el cloruro de sodio, ni el ioduro potásico, son de eficacia confirmada. La curación debe confiarse al tratamiento quirúrgico, en cuanto se diagnostica la enfermedad. Pero existen, sobre el particular, opiniones diversas.

a) Según los médicos australianos, la punción de la bolsa quística, es el tratamiento electivo en los quistes no supurados y sin abrir.

Se practica con el aspirador, empleando una aguja finísima y evacuando el líquido con lentitud. Es de temer, en efecto, sobre todo cuando el quiste es voluminoso, que la pared del tumor se halle próxima á un bronquio y que la aspiración demasiado brusca y rápida, produzca la perforación bronquial, como ha sucedido más de una vez. Es de temer también, la congestión pulmonar sobreaguda mortal, que origina la evacuación demasiado brusca (Galliard).

La punción, practicada con lentitud y con todas las precauciones antisépticas, ha sido eficaz en muchos casos. Basta en ocasiones una sola operación, para curar al enfermo; se consigue también el mismo resultado, por punciones sucesivas.

b) Los médicos rechazan hoy la práctica de las punciones repetidas. Si el quiste no cura con la primera, se hace otra seguida de la inyección intra-quística parasiticida, lo mismo que en los quistes del hígado. Esta operación, cuya técnica é indicaciones estudia Chauffard en este *Tratado* (t. III, página 942), produce resultados notabilísimos.

Con este método, se evitan las punciones repetidas y los accidentes consecutivos algunas veces á la punción de todo quiste hidatídico (accidentes nerviosos y urticaria).

Hoy creemos que la punción, seguida de la inyección intra-quística parasiticida, es el método electivo en el tratamiento de los casos simples de quiste hidatídico.

c) Algunos cirujanos (Maydl, Heydenreich), condenan este método. Le culpan, entre otras cosas, de que se complica con frecuencia de urticaria y de accidentes nerviosos (pero ninguna otra operación practicada sobre los quistes hidatídicos evita estas complicaciones); de que es capaz de provocar la supuración si se practica sin asépsia (cosa fácil de hacer) y de que es susceptible de ocasionar la perforación bronquial ó la congestión sobreaguda, accidentes que producen accesos de sofocación, mortales con frecuencia (pero es posible evitar estos accidentes, evacuando con lentitud el contenido del quiste).

Estas objeciones, aunque poco fundadas, han inducido á ciertos cirujanos á considerar la *pleuro-pneumotomía* como método electivo. Antes de incindir el quiste, se reseca una costilla ó varias, y así queda al descubierto el campo operatorio. Después de la operación, se coloca un tubo de desagüe en la cavidad y sólo se hacen lavatorios cuando son necesarios, por temor á los accidentes infecciosos. Cuando se trata de quistes de la pleura, tarda mucho tiempo en conseguirse la cicatrización (dos á diecisiete meses), y suele ser necesaria la operación de Estlander para conseguirla completa; en los casos de quistes pulmonares, es más rápida la cicatrización (dos á cuatro meses).

En resumen, los métodos modernos de tratamiento de los quistes hidatídicos, son: 1.º, la punción, seguida de una inyección antiséptica (sublimado); 2.º, la incisión de la bolsa quística.

Según Bouilly, la primera está más indicada en los casos simples, es decir, en los quistes uniloculares, que contienen el líquido claro característico, y vírgenes de todo tratamiento anterior.

La incisión sólo debe practicarse: 1.º, en los quistes que contienen hidátides hijas en gran número; 2.º, en los quistes múltiples diseminados por el

mismo órgano; 3.º, en los quistes supurados, bien espontáneamente, ó después de alguna operación.

d) ¿Qué debe hacerse cuando se abre espontáneamente el quiste en los bronquios? Para combatir la infección secundaria de la bolsa, se ordenarán inhalaciones antisépticas (véase *Bronchitis pútrida*) y se administrarán los balsámicos al interior.

Marconnel recomienda con eficacia el éter, en inhalaciones. «El éter—dice—es á la vez antiséptico, analgésico, y muy volátil; ningún antiséptico penetra más profundamente en el organismo; además, este producto se elimina también por el pulmón y baña constantemente la parte enferma. Su olor grato y fuerte enmascara bastante bien la fetidez de la supuración; mitiga el dolor ocasionado por la tos; disminuye la violencia de los accesos de tos y favorece la curación por sus propiedades antisépticas. Tengo la convicción plena, de que sólo el éter me ha salvado la vida y que sin las inhalaciones de este medicamento, se hubiera desarrollado una gangrena, ó bien la supuración, y hubiese muerto á causa de la infección purulenta ó de mi debilidad excesiva».

TERCERA PARTE

TISIS PULMONAR (1)

Se llama *tisis pulmonar*, á la tuberculosis del pulmón. Es la más frecuente de todas las localizaciones de la tuberculosis. Su frecuencia es excesiva y espantosos los estragos que produce; en las poblaciones de Europa, la quinta parte de las muertes son debidas á ella.

La frecuencia y gravedad de este padecimiento, explican el interés con que se ha estudiado. Los médicos han dirigido siempre hacia él sus investigaciones, y en la historia que va á seguir, se verá que los resultados definitivos adquiridos, se han obtenido poco á poco, por fragmentos y con intervalos de siglos. Aunque nuestro siglo—que es el de Laënnec, Villemin y Koch—ha hecho mucho por el estudio de esta enfermedad, no por eso debemos negar que queda bastante por hacer, y que, desde el punto de vista capital del tratamiento, la tarea del médico dista mucho de estar terminada.

(1) Hemos utilizado, para la redacción de este artículo, las monografías y estudios notabilísimos publicados en Francia, citaremos entre otros:

- N. Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*, Paris, 1874, t. 1.
 Michel Peter, *Leçon de clinique médicale*, Paris, 1882, 3^e édition, t. II.
 Hanot, Article *Phtisie* du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XXVIII.
 Jaccoud, *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, 1883.
 G. Sée, *De la phtisie bacillaire*, Paris, 1884.
 J. Grancher y Hutinel, Article *Phtisie* du Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales, tome XXIV de la 2^e série, 1887.
 Charcot, *Œuvres complètes*. Tome V. (Leçons sur l'anatomie pathologique de la phtisie). Paris, 1888.
 Hérard, Cornil y Hanot, *La phtisie pulmonaire*, 2^e édition. Paris, 1888.
 Damaschino, *Leçons sur la tuberculose*, recueillies par Thérèse et Delporte (préface par Letulle), Paris, 1891.
 J. Grancher, *Maladies de l'appareil respiratoire; Tuberculose et Auscultation*, Paris, 1890. (Leçons recueillies par Faisans).
 Arloing, *Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies*, recueillies par J. Courmont Paris, 1892.
 Ch. Bouchard, *Los microbios patógenos*, publicado en castellano por la BIBLIOTECA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS (Madrid) et *Thérapeutique des maladies infectieuses; Antisepsie*, pág. 327 á 339, Paris, 1889.

Seremos parcos en indicaciones bibliográficas, en el curso de este trabajo. — Remitimos al lector al artículo de Hanot, al Tratado de Herard, Cornil y Hanot, 2^e édition, á la *Revue des sciences médicales* de Hayem, aux *Études sur la tuberculose*, dirigées par Verneuil, aux *comptes rendus des Congrès de la tuberculose* de 1888 et de 1891, et aux *Annales de l'Institut Pasteur* de 1887 á 1892.