

Debemos señalar, desde luego, las *formas latentes*, en las cuales los quejidos y el aspecto del enfermo no indican, en modo alguno, la existencia de lesiones pulmonares. Nunca se insistirá lo bastante acerca de la frecuencia de estas formas y sobre la necesidad que imponen de proceder siempre á un examen completo del pecho. En los niños de corta edad, en los extenuados por una enfermedad larga, en los sujetos enfermos de fiebre tifoidea, en los estados caquéticos y en el anciano, la bronco-pneumonía muchas veces no es descubierta sino gracias á un examen detenido, que nada en la sintomatología parecía requerir. Se tendrá cuidado, en estos casos, de no limitarse á observar las primeras inspiraciones y de no dejarse engañar por los estertores del desplegamiento pulmonar, etc.

En los casos más numerosos, la bronco-pneumonía da origen á síntomas funcionales y generales, que podrán ser enmascarados por los signos de la enfermedad primitiva. No podríamos enumerar aquí todos los elementos que llaman la atención. Señalaremos sólo los datos suministrados por una elevación de la temperatura, la aceleración del pulso y de los movimientos respiratorios, las modificaciones de la erupción en el sarampión y la disminución ó desaparición de las quintas en la tos ferina.

La enfermedad se revela por signos locales, funcionales y generales. Puede confundirse con cierto número de enfermedades: la bronquitis simple, la congestión pulmonar, la pneumonía lobular y la tuberculización pulmonar.

Las alteraciones respiratorias bastante más acentuadas, su carácter sofocante, el predominio de los estertores finos, á menudo muy parecidos á los crepitantes, apenas permitirán confundir por mucho tiempo una *bronquitis simple limitada á los gruesos y medianos bronquios*, con una bronquitis capilar. En cuanto á la distinción entre ésta y la bronco-pneumonía, es cosa ilusoria para los que admiten, como nosotros lo hemos hecho en el curso de este capítulo, que una bronquitis capilar de cierta importancia no puede existir sin participación de los alvéolos pulmonares. El examen del pecho, permitirá distinguir los núcleos lobulillares característicos de las formas diseminadas y pseudo-lobulares de la bronco-pneumonía.

La *congestión pulmonar* del niño aparece, en general, de un modo brusco. Es casi siempre unilateral, y con frecuencia está limitada al vértice. Determina una ascensión termométrica notable, pero de corta duración. Los fenómenos estetoscópicos están constituidos especialmente por el soplo bronquial, soplo efímero que desaparece por completo en algunas horas.

Habría exposición á confundir las formas pseudo-lobulares de la bronco-pneumonía con la *pulmonía franca*, toda vez que los signos físicos son idénticos en los dos casos. Se tendrá muy en cuenta la marcha de la temperatura, la presencia posible de herpes ó de rubicundez de las mejillas y los esputos. En las bronco-pneumonías pseudo-lobulares, es desde luego excepcional no hallar signos en el resto del pecho, lo que, por el contrario, es común en la pneumonía.

El punto más delicado del diagnóstico, consiste en determinar si hay motivo ó no para sospechar tuberculosis. En las formas agudas consecutivas á una bronquitis cuya causa es evidente (frío, sarampión, gripe, etc.), el problema es relativamente fácil; pero si se trata de formas sub-agudas lánguidas é insi-

diosas, la dificultad es extrema. Se tendrán muy en cuenta los antecedentes hereditarios y personales, la localización de los accidentes y la sucesión de los signos físicos. Se investigará el estado de los ganglios y las señales de la escrófula. Se vigilará la marcha de la temperatura muchas veces intermitente en las lesiones tuberculosas. Los mejores datos, serán los suministrados por el examen de los esputos. Estos podrán obtenerse, hasta en el niño, por el empleo de vomitivos ó de expectorantes, tales como la terpina.

Téngase muy presente, que el diagnóstico no debe limitarse siempre á la comprobación de una bronco-pneumonía, porque puede ser consecuencia de una enfermedad general y es menester informarse de todos los signos que permitan determinar la naturaleza de aquella. Ya hemos indicado que las bronco-pneumonías del sarampión y de la tos ferina, pueden sobrevenir en las formas frustradas y también preceder á la enfermedad general.

Hemos dicho que muchos microbios dotados de propiedades patógenas muy diferentes, pueden dar origen á bronco-pneumonías. ¿Es posible determinar, en el vivo, la variedad á que corresponden? Esta determinación presentaría, sin duda alguna, una importancia considerable para el pronóstico.

No poseemos aún, para este objeto, sino datos rudimentarios, y no puede ser de otra manera, puesto que la anatomía patológica macroscópica y microscópica no nos permite, actualmente, diferenciar estas formas sin el concurso de la bacteriología.

A pesar de estas lagunas, hay, sin embargo, datos suficientemente establecidos que podemos indicar en la actualidad.

El estudio de algunas bronco-pneumonías grippales ha dilucidado, hasta cierto punto, los caracteres más salientes de una forma de BRONCO-PNEUMONÍA, DEBIDA AL ESTREPTOCOCCO PIÓGENO. Estas bronco-pneumonías se inician generalmente por horripilaciones, más bien que por un verdadero escalofrío. La disnea es muy notable. La tos es poco marcada y la expectoración, por lo regular, es poco abundante.

Los signos físicos presentan gran variabilidad y acentuada tendencia á cambiar de sitio. Rara vez son tan marcados como en la pneumonía lobular, ni en todos los casos, tan claramente limitados. Casi siempre se trata de focos lobulillares múltiples. La duración total de estas bronco-pneumonías puede ser muy larga, y la curación tardar tres, cuatro, cinco semanas y más. La terminación ocurre lentamente y el trazado termométrico muestra las oscilaciones cotidianas bruscas de los estados piohémicos. Tales son los caracteres dados por Cantani (1), Finkler (2), Mosler (3) y Lucatello (4), caracteres que adquirirán un valor más considerable aún si estas bronco-pneumonías se presentan en forma epidémica y si se manifiesta su naturaleza contagiosa. Las observaciones referidas por Bonnemaïson (5), Ritter (6) y Wagner (7), se re-

(1) Cantani, Supra una forma speciale di broncho-pneumonia acuta contagiosa; *Giornale internazionale delle scienze Mediche*, 1888.

(2) Finkler, Die verschiedene Formen der croupösen Pneumonie; *Verhandl. d. Congresses für innere Medicin*, 1888.

(3) Mosler, Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung; *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889.

(4) Lucatello, Sulle polmoniti con streptocochi; *Archivio italiano di clinica medica*, 1890.

(5) Bonnemaïson, Pneumonies malignes; *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1875.

(6) Ritter, Beitrag zur Frage des Pneumotyphus; *D. Archiv. für klinische Medicin*, t. xxv, 1888.

(7) Wagner, Der sogenannte Pneumotyphus; *D. Archiv. für klinische Medicin*, t. xxxv.

fieren, probablemente, á casos de este género, como lo admite Finkler. El estudio de los productos de la expectoración, podrá suministrar útiles enseñanzas, como en los casos de Cantani y Manfredi; pero, por desgracia, los esputos son entonces, por lo general, escasos y faltan muchas veces. No creemos deber aconsejar, que se recurra al estudio bacteriológico del jugo extraído del pulmón con la jeringa de Pravaz, procedimiento empleado por Finkler, pues no podemos considerarlo absolutamente inofensivo, y, además, pensamos que estas punciones se hacen un poco á la ventura. Los signos físicos no nos permiten prever la profundidad del foco de condensación, y se puede llegar á punzar un bronquio, etcétera.

Hay un caso en el cual se podrá prever la naturaleza estreptocócica de la bronco-pneumonía, y es aquel en que la enfermedad sucede á una erisipela de la piel ó de las mucosas, bronco-pneumonía erisipelatosa bien estudiada ya por Gubler y después por Straus (1), por Stachler (2), etc. Se admite, en efecto, hoy día, la identidad del estreptococo bronco-pneumónico y del estreptococo de la erisipela. El Dr. Mosny (3), que ha insistido después de muchos autores sobre esta identidad, ha dado á conocer un caso de bronco-pneumonía erisipelatosa por estreptococos, en una persona que no había tenido erisipela, pero que había prodigado sus cuidados á un erisipelatoso. Waldenburg, Weigand, Fischl, Kussmaul y Homburger, se fundaban sobre el carácter emigrante de ciertas bronco-pneumonías para atribuirles á la erisipela.

Nosotros hemos podido cinco veces hacer, en el vivo, el diagnóstico de BRONCO-PNEUMONÍAS, DEBIDAS AL BACILO DE FRIEDLAENDER. En estos cinco casos, expectoraron los enfermos esputos viscosos, en los cuales el examen microscópico reveló la presencia, en cultivo casi puro, de numerosos bacilos encerrados en cápsulas con todos los caracteres del pneumo-bacilo. Estos esputos son aún más espesos, más adherentes que los de la pneumonía lobular; son pegajosos y forman hebra. En cuatro de estos casos, eran herrumbrosos y en el otro grisáceos. Dos veces, contenían moldes bronquiales. Estas bronco-pneumonías por el bacilo de Friedlaender, de las que hemos observado en el adulto 12 casos en el anfiteatro, se han presentado ordinariamente bajo la forma pseudo-lobular, y en estos casos, los signos físicos eran con frecuencia muy claros. Parecen entrañar un pronóstico muy grave, aunque, por lo general, el trazado termométrico no excede nunca de 39°. En otros casos, la bronco-pneumonía por el bacilo de Friedlaender produce focos múltiples, y éstos pueden sucederse, dejando entre sí intervalos de apirexia. Galvagni (4) ha dado cuenta recientemente de un caso de este género.

La BRONCO-PNEUMONÍA DEBIDA EXCLUSIVAMENTE AL PNEUMOCOCO, presenta tal vez en su evolución algunos de los caracteres que la pulmonía lobular debe á su microbio patógeno, tales como la duración relativamente corta y la tendencia natural á la curación. No poseemos sobre este punto documentos bien comprobantes, y creemos injustificado reemplazarlos con hipótesis. Se

(1) Straus, Note sur cas d'érysipèle des bronches et du poumon; *Revue mensuelle*, 1879.

(2) Stakler, Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse; Thèse de Paris, 1881.

(3) Mosny, Note sur un cas de broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle; *Archives de médecine expérimentale*, 1890.

(4) Galvagni, Sulla polmoniti crupale a focolai disseminati; *Archivio italiano di clinica medica*, 1890.

podrá, á ejemplo de H. Neumann (1), recurrir, para el diagnóstico, al examen bacteriológico de la saliva. Este autor recoge sobre un tapón de algodón, introducido detrás de la lengua, una pequeña cantidad de saliva, que diluye en caldo esterilizado, y la inocula á los ratones. Ha podido, en 12 casos de bronco-pneumonía infantil, entre 14, reconocer así la presencia de pneumococos. Este resultado, tiene tanto más valor, cuanto que los exámenes comparativos, en niños sanos, no le han mostrado sino excepcionalmente el mismo microbio. De estos 12 casos, 11 terminaron por la muerte, y el diagnóstico bacteriológico pudo comprobarse en la autopsia. Este último detalle indica que la benignidad de las bronco-pneumonías de pneumococos no es muy cierta, ó al menos, parece que es muy relativa.

Se ve que este aspecto especial del diagnóstico de las bronco-pneumonías, no puede ser por el momento sino bosquejado. Nos parece que algunos de los hechos ya adquiridos tienen, entre tanto, su importancia, y permiten juzgar lo que interesa proseguir las investigaciones en este sentido.

VIII

Pronóstico.

El pronóstico de la bronco-pneumonía, es siempre muy grave; prescindiendo de las cifras dadas por Valleix y Trousseau, 127 fallecidos de 128 enfermos, 22 de 23, nos encontramos una cifra de mortalidad en el niño de 1/3 ó 2/3 en las estadísticas siguientes que tomamos á Wyss:

Bouchut.....	33 de 55
Bartels.....	29 67
Ziemssen.....	36 98
Barrier.....	48 61
Steffen.....	35 66

Esta mortalidad es tanto mayor, cuanto más pequeño es el niño. Es variable, según la enfermedad primera.

Ziemssen ha visto en la bronco-pneumonía del sarampión..	11 de 43
— — — de las bronquitis.	14 32
— — — de la tos ferina..	12 24

La bronco-pneumonía que complica á la viruela, es muy grave. La que complica á la difteria, puede curar.

Hay que tener muy en cuenta, el estado anterior del niño y la influencia de las enfermedades cerebrales y del raquitismo.

Una bronco-pneumonía es tanto más peligrosa, cuanto más difusa es. La de un gran núcleo, aunque sea muy considerable, es menos temible que la de pequeños focos diseminados en todos los lóbulos.

(1) Neumann, Bakteriologischer Beitrag zur Ätiologie der Pneumonien im Kindesalter, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. xxx, 1889.

Se considerarán como de *mal augurio*, los descensos bruscos de la temperatura que no coincidan con una modificación paralela del pulso, la irregularidad de éste, las detenciones respiratorias, el ritmo de Cheyne-Stokes, los fenómenos cerebrales, tales como las convulsiones, el delirio, el sopor y la supresión de la tos.

IX

Proflaxis y tratamiento.

Hay un tratamiento profiláctico de la bronco-pneumonia, susceptible de disminuir en gran manera la frecuencia de esta terrible complicación.

La bronco-pneumonia es de origen parasitario, y estos parásitos son, según los casos, suministrados por el mismo enfermo ó procedentes del exterior. Como la pulmonía, la bronco-pneumonia es debida unas veces á una auto-infección, y otras á una hetero-infección. En este último caso, hay contagio.

Si bien consideramos la auto-infección, la acción de los micro-organismos presentes desde larga fecha en la cavidad buco-faríngea como el origen del mayor número de las bronco-pneumonías, estamos lejos de rechazar la influencia del contagio, y pensamos que el deber del médico, es el de prevenirlo por todos los medios.

Se evitará, pues, en cuanto sea posible, el dejar los sujetos predispuestos á la bronco-pneumonia en contacto de bronco-pneumónicos ó de pulmoniacos. Aludimos, á los atacados de sarampión y de tos ferina. El aislamiento colectivo de los sarampionosos, no es para esto el mejor medio. Es menester esforzarse cuanto se pueda en perfeccionar este aislamiento y separar, como lo hace Sevestre en el Hospicio, los sarampiones simples y los sarampiones complicados. El aislamiento individual (1) ha sido aconsejado por Richard, pero este método, evidentemente lógico, tropieza en nuestros hospitales con una imposibilidad material. Grancher (2), pensando, con razón, que la trasmisión se hace frecuentemente por contacto (sujetos enfermos, objeto inerte, individuo sano que se haya acercado á un enfermo), rodea de rejillas los lechos de los sujetos susceptibles de transmitir una afección contagiosa, aislando relativamente á los enfermos, impidiendo, hasta cierto punto, las relaciones.

Siempre convendrá evitar el hacinamiento y no consentir que permanezcan los enfermos en salas bajas y poco aireadas.

La proflaxis debe atribuirse á otra causa aún más importante, á nuestro parecer, la auto-infección, la acción de los microbios patógenos que pueden, con anterioridad á la enfermedad, residir en la cavidad bucal. La antisepsia bucal, los cuidados de limpieza, los lavados de la boca y los gargarismos con soluciones antisépticas, cumplen esta indicación.

Otra causa de indicaciones profilácticas, resulta del conocimiento de que la

(1) Richard, De l'isolement individuel dans la rougeole; Société médicale des hôpitaux, 16 Marzo de 1889.

(2) Grancher, Isolement et antisepsie à l'hôpital des Enfants malades; Revue d'hygiène, 1889. — Essai d'antisepsie médicale; Revue d'hygiène, 1890.

debilidad de los movimientos respiratorios y el decúbito prolongado desempeñan un papel manifiesto en la extensión de la bronquitis y en la invasión de los bronquiolos, factor capital de las bronco-pneumonías. Se procurará, por lo tanto, evitar las consecuencias de un decúbito muy prolongado. Se obligará á los enfermos á sentarse y á cambiar á menudo de posición. Podrá hacerse tomar, como lo aconsejaba Valleix, el decúbito abdominal, y si se trata de niños de pocos años, se les pasará frecuentemente por la habitación.

Todas estas medidas disminuirán, sin duda, en gran manera, la frecuencia de las bronco-pneumonías.

Pero en el caso en que la enfermedad se ha iniciado, ¿qué tratamiento conviene instituir?

La conducta que se ha de seguir, no es, ciertamente, la misma que en la pulmonía franca.

Esta, de duración mesurada por lo general, y contenida en límites muy precisos, es ordinariamente primitiva y ataca á los sujetos cuya resistencia orgánica está bien conservada. Las lesiones del pulmón son menos importantes, pero mejor localizadas. La mayor parte del aparato pulmonar está indemne y basta á la hematosi, por lo que la disnea es también relativamente débil. La misión del médico es, por lo tanto, bastante sencilla: combatir los síntomas alarmantes y sostener las fuerzas, que la lucha será de corta duración.

En la bronco-pneumonia, las condiciones difieren por completo, pues no tiene nada de la marcha cíclica de la pulmonía; nada hace presentir la duración de la enfermedad, y las lesiones locales, relativamente profundas, están repartidas en todos los lóbulos y dificultan mucho la hematosi. Se está sin cesar bajo la amenaza de la extensión de estas lesiones, preocupación no tan justificada en la pulmonía. Se trata de sujetos debilitados fisiológica y patológicamente. Podríamos insistir sobre este paralelo.

La primera indicación en la bronco-pneumonia, es sostener las fuerzas del enfermo. El uso de las preparaciones alcohólicas se impone, y se añadirá con frecuencia al alcohol, la acción de las preparaciones amoniacales.

Se cuidará de favorecer la expectoración, y sin duda, obra de esta manera la ipecacuana, tan frecuentemente empleada con provecho en los casos de este género. No creemos poder recomendar la apomorfina, encomiada por Jürgensen.

Los baños tibios á 25° ó 30°, seguidos de lociones frescas, son preconizados por numerosos autores, y nosotros hemos obtenido personalmente excelentes resultados.

La influencia de esta práctica es compleja, y no consiste sólo en combatir la fiebre. Ejerce sin duda una influencia favorable sobre la actividad del corazón y de los movimientos respiratorios.

No creemos, á pesar de la autoridad de Rilliet y Barthez, que la revulsión, en forma de vejigatorios, sea muy útil: le reconocemos más inconvenientes, que ventajas.

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS AGUDAS DEL PULMÓN, DISTINTAS DE LA PNEUMONÍA Y LA BRONCO-PNEUMONÍA. — INFECCIÓN POR CONTIGÜIDAD, POR VÍA SANGUÍNEA, LINFÁTICA, ETC.

Hemos dedicado bastante extensión al estudio de la pulmonía lobular y de la bronco-pneumonía; estas dos inflamaciones pulmonares, de origen parasitario, en las que la invasión se hace por las vías aéreas (1).

La pneumonía y la bronco-pneumonía, no son las únicas inflamaciones pulmonares, ni las vías aéreas las que exclusivamente dan acceso á los agentes patógenos para la invasión pulmonar.

Hay casos en los cuales el pulmón se afecta por contigüidad.—Tales son las inflamaciones consecutivas á las afecciones de la pleura, de la pared torácica, del esófago, del peritoneo y de los órganos abdominales. En todos ellos, la inflamación pulmonar no desempeña ciertamente sino un papel secundario, y nos parece inútil consagrarles una descripción especial. Recordemos sólo que la actinomicosis torácica, una de las localizaciones más interesantes de esta enfermedad parasitaria, relativamente rara en Francia, procede casi siempre por este mecanismo. A consecuencia de una fístula esofágica, los agentes patógenos invaden el parénquima pulmonar y ulteriormente la pleura.

Al tratar de la pleuresía, tendremos ocasión de describir la pulmonía intersticial, consecutiva á los derrames que han persistido más de cierto tiempo. Esta inflamación del tejido intersticial, ha sido achacada al trastorno que la alteración pleural lleva á la circulación linfática.

Un grupo importante de inflamaciones pulmonares puede atribuirse á una inflamación originaria, no de las vías aéreas, sino del aparato vascular, tan desarrollado en estos órganos. Las inflamaciones crónicas no corresponden á nuestro trabajo, y no nos ocuparemos de ellas. Los abscesos del pulmón, en la piohemia, los estudiamos en el capítulo destinado á la embolia.

Se ha intentado, además, recientemente, atribuir la pulmonía lobular á una infección por vía sanguínea. Hemos señalado las numerosas razones que nos impiden aceptar, para la mayoría de los casos, esta patogenia. No podríamos, sin embargo, rechazarla en todos, y creemos que este mecanismo podrá ser invocado siempre que la pulmonía está precedida de otras manifestaciones pneumocócicas en órganos lejanos. Hemos visto también algunas veces una pulmonía,

(1) Finkler, en su *Tratado de las inflamaciones agudas del pulmón*, admite la existencia de una tercer forma, la pneumonía celular (*zellige Pneumonie*), que no es, para nosotros, más que una bronco-pneumonía de estreptococos. Debemos al Dr. Grancher el conocimiento de una enfermedad particular, la *espleno-pneumonía*, de la cual ignoramos aún la anatomía patológica. Nosotros no hemos creído conveniente consagrarle un capítulo especial, pero se encontrará su historia resumida en el capítulo dedicado á la pleuresía sero-fibrinosa.

en la autopsia de ratones muertos mucho tiempo después de haber practicado una inoculación de pneumococos en el tejido celular subcutáneo.

Se ha pretendido explicar los accidentes pulmonares de la fiebre tifoidea, por una detención del bacilo tífico al nivel de los capilares del pulmón. Ya hemos visto que esta opinión no está, actualmente, apoyada en hechos probatorios.

Estaríamos más dispuestos á invocar la llegada al pulmón, por la vía sanguínea, de los agentes de la fiebre intermitente y del reumatismo articular agudo. Las manifestaciones pulmonares en estas infecciones tienen, en efecto, una marcha especialísima y hasta cierto punto específica. Pero no existe, sobre este objeto, ninguna observación comprobante.

En una Memoria inspirada por Schüppel, Wiedemann (1) refiere dos observaciones, que tenderán á establecer la existencia, en el hombre, de una *peripneumonía parecida á la de la especie bovina*. Sabido es que en aquella, la lesión esencial consiste en un desarrollo enorme del tejido inter-alveolar, que se infiltra de serosidad, y cuyos vasos linfáticos están distendidos. Los alvéolos pulmonares presentan lesiones menos importantes, la inflamación catarral y la hemorragia. Por último, las arterias del pulmón, son asiento de numerosas trombosis.

En el enfermo cuya autopsia y examen hizo Schüppel, todas estas lesiones se encontraban reunidas, al mismo tiempo que en las pleuras y el pericardio existía un exudado fibrino-purulento. Agreguemos que los capilares linfáticos y los vasos sanguíneos, presentaban masas de micrococos.

Wiedemann y Schüppel insisten en la analogía de todas estas lesiones con las encontradas en los animales, y en las diferencias existentes entre ellas y las de la pneumonía lobular.

Insisten también en la frecuencia de la peri-pneumonía en la localidad, y la posibilidad de la introducción de la leche de vacas enfermas en la alimentación de los niños que sucumbieron.

La opinión de estos autores, no ha encontrado muchos partidarios. Las lesiones que han hallado en su enfermo, pueden aparecer todas en el curso de la pulmonía lobular; la infiltración del tejido intersticial, no es excepcional; la turgencia de los vasos linfáticos se encuentra muchas veces, así como las trombosis arteriales, y sobre todo, las infiltraciones hemorrágicas. Añadamos, que las masas microbianas son de regla, y que la infiltración fibrino-purulenta de las serosas y del tórax es común.

No hay, por lo tanto, motivo para hacer con estos dos casos una forma nueva y culpar á la leche, principalmente cuando un niño nutrido por la misma vaca, no presente alteración alguna de la salud.

El agente patógeno de la peripneumonía de las reses vacunas, no es conocido aún, pero es en todo caso completamente distinto de la pulmonía humana. Las dos enfermedades son diferentes por completo, y no se podría aceptar, á más del caso de Wildemann, sino aquellos de Lecuyer (2), que atribuye el origen de una pneumonía lobular normal, al uso de la leche de animales peripneumónicos.

No quisiéramos entrar aquí, en el dominio de la medicina veterinaria. Pero,

(1) Wiedemann, Kommt Lungensuche bei den Menschen vor; *D. Arch. für klin. Medicin*, t. xxv.

(2) Lecuyer y Dupré, Le lait de vaches atteintes de péripneumonie contagieuse peut-il transmettre la maladie à l'espèce humaine; *Revue médicale du Nord-Est*, 1885 y 1882.