

Cada día se aumentó la dosis del cloruro 10 gotas, hasta que se llegó á 200 gotas.

El doctor Stokes emplea como Graves el cloruro de cal ó de sosa unido al opio; pero además administra para sostener las fuerzas del enfermo el *vino*, y prescribe un *régimen nutritivo*. Asimismo recomienda que se continúe este tratamiento por mucho tiempo despues de habérselo disipado la fetidez del aliento.

También se han administrado otros medicamentos antisépticos y tónicos, entre los que ocupa la *quina* el primer lugar, la cual se puede dar á la vez por la boca y en lavativa.

Las fórmulas que siguen llenan muy bien esta indicacion.

T. Extracto de quina.	30 gram.
Agua.	60 gram.
Tintura de canela.	30 gram.
Jarabe de bálsamo de Tolú.	60 gram.

Mézclase. Se toma á cucharadas.

Lavativa tónica.

T. Quina.	30 gram.
Agua.	400 gram.

Se hace hervir por espacio de veinte minutos, y se cuele.

Igualmente se han prescrito el *alcanfor*, el *acetato de amoniaco* y otras muchas sustancias.

No insistiremos mas acerca de estas diversas medicaciones, porque nada prueba que hayan sido realmente eficaces. Respecto del tratamiento por los *vomitivos*, y en particular por el *tártaro emético*, nos contentaremos con mencionarle.

Resúmen y prescripciones. Ya se ha visto que de todas las medicaciones, la que parece ha tenido mejores resultados, aunque por desgracia en casos mal caracterizados, consiste en el uso de los cloruros, unidos ó no al opio y al vino. La prescripción siguiente indicará al práctico la conducta que debe seguir.

PRESCRIPCION.

- 1.° Para bebida, un ligero cocimiento de quina azucarado.
- 2.° Si existen todavía algunos signos de inflamación, se hará una sangría de 250 á 500 gramos.
- 3.° Aspersiones cloruradas sobre la cama del enfermo, administrándole las píldoras del doctor Graves ó la poción de Fournet.
- 4.° Preparados de quina en bebida y en lavativas.
- 5.° Si las fuerzas del enfermo se hallan muy deprimidas se debe prescribir el vino generoso y una alimentación nutritiva (Stokes).

Si sobreviniese una *hemolisis* considerable, se emplearán los medios que se han indicado en la historia de esta afeccion, con las precauciones que exija el estado del enfermo.

ARTICULO VI.

MELANOSIS CIRROSIS DEL PULMON.

1.° MELANOSIS.

Esta afeccion es sumamente rara y los sintomas apenas son conocidos.

La melanosis se presenta bajo muchas formas: unas veces está en masa, cubierta ó no de un quiste; otras se halla infiltrada ó depositada en la superficie del órgano, y algunas la materia negra que la constituye se halla reunida en un foco líquido (Andral). Por último, Bayle y Andral han visto escavaciones que les han parecido producidas por la evacuacion de la materia melánica.

Quando la melanosis se halla en masa, se aumenta la densidad de los puntos del pulmon que ocupa, lo cual habia hecho creer á Laennec que era debida á la produccion de un tejido accidental; pero las nuevas investigaciones, y principalmente las de Breschet, han demostrado que depende de una alteracion particular de la sangre ó de una enfermedad especial de las células del tejido conectivo en las que se deposita la sustancia negra.

Sintomas. Laennec admite como tal la existencia de una expectoracion negra particular; pero los demás autores han desmentido esta asercion, fundándose en que las observaciones mas minuciosas no hacen mencion de semejante sintoma.

La melanosis reunida en masa considerable, y depositada en la superficie del pulmon, debe dar lugar á los signos de auscultacion y de percusion que suministra la condensacion de este órgano; pero los hechos permanecen todavía mudos sobre este punto: las escavaciones que se han mirado como el resultado de la evacuacion de la melanosis líquida, eran el asiento de los signos propios de las cavernas del pulmon.

Esto es todo lo que se puede decir acerca de los signos de esta afeccion; y por mi parte añado que en el mayor número de casos se encuentra la melanosis en uno ó muchos de los demás órganos, ó en el tejido celular subcutáneo.

2.° MELANOSIS DE LOS MINEROS.

Los doctores Brockmann y Archibaldo Makellar (1) han descrito la *melanosis de los mineros*, en la que han reconocido *alteraciones esenciales* que consisten en una coloracion negra de los pulmones en di-

(1) Makellar, *London and Edinburgh monthly Journal*, setiembre y noviembre, 1845.

versos grados, desde las simples chapas y las estrias, hasta la trasformacion del pulmon en una masa de color negro oscuro; *alteraciones accidentales* formadas por tubérculos miliars que parece que mas veces ocupan la parte inferior que la superior del órgano, y *alteraciones secundarias* que son las adherencias de la pléura, los derrames en esta cavidad, el reblandecimiento y el estado adiposo del corazon, la atrofia del higado, y la presencia en todo el sistema venoso de un liquido negruzco espeso.

Esta afeccion no tiene ninguna analogía con la precedente: una consiste en una alteracion de la sangre ó una secrecion particular de la economía, y es independiente de las ocupaciones de los individuos; mientras que la otra pertenece casi esclusivamente á los carboneros, y está constituida únicamente por el carbon procedente de las moléculas de la hulla ó por el carbon impuro que resulta de la combustion incompleta del aceite en las lámparas de los obreros. Esta es una distincion importante, sobre la que insisten con razon en sus obras H. Boëns-Boisseau (1) y A. Riembault (2).

Sintomas. En la melanosis de los mineros, Brockmann y Makellar han observado que en el *primer periodo* de la enfermedad no hay ningun sintoma que revele su existencia, y que el *segundo periodo* está caracterizado por alteraciones de la digestion, dolores de las estremidades, de la espalda y del pecho, una tos seca ó una expectoracion mucosa, opresion y palpitations. Este periodo dura por lo regular muchos años. En el *tercer periodo* se nota alteracion de las facciones, melancolia, coloracion negra de la cara, enflaquecimiento, debilidad, pérdida del apetito, que va siempre en aumento, expectoracion agrisada ó negruzca, cuyo color es debido á la presencia de estrias ó puntos negruzcos; disnea intensa, de donde le viene el nombre de *asma metálico*, dolores musculares violentos, especialmente por la noche y en las mudanzas de tiempo. En el *cuarto periodo* la cara está lívida, hay edema de las estremidades, gran disnea, expectoracion negra ó gris cenicienta, á veces con masas de moco estriado de negro, y calentura hética sin diarrea ni sudor. La calentura se declara despues de los dolores musculares, y no se hace hética hasta el fin.

En cuanto al tratamiento no tenemos el menor dato positivo.

5.º CIRROSIS DEL PULMON.

Segun Corrigan y Stokes, Bricheteau (3) describe con el nombre de

(1) Boëns-Boisseau, *Traité pratique des maladies, des accidents et des difformités des houilleurs*, Bruselas, 1862, p. 113.

(2) A. Riembault, *Hygiene des ouvrieres mineurs dans les exploitations houillers*, Paris, 1860, p. 195.

(3) Bricheteau, *Traité des maladies chroniques des organes respiratoires*, Paris, 1852.

cirrosis del pulmon una afeccion rara, contra la que no poseemos ningun medio útil de tratamiento, y que no parece otra cosa que la *degeneracion fibro-plástica* de que Corvisat y Woillez han citado ejemplos. En estos últimos años se ha sustituido al nombre de *cirrosis* el de *sclerosis* (de σκληρος, duro). Parrot (1) y Laveran (2) han publicado sobre este particular observaciones muy interesantes.

Esta afeccion no tiene ninguna causa que la sea especial; es una inflamacion deuteropática que se observa á consecuencia de la pleuresia, de la pulmonía y de la tuberculizacion pulmonal.

Los sintomas son dudosos. El pulmon disminuye de volumen, las costillas se deprimen, el corazon y el higado se dislocan. Hay macidez mas ó menos estensa á la percusion; disnea, tos, enflaquecimiento mas ó menos considerable; edema producido por dificultad en la circulacion.

La *duracion* es indeterminada; la *terminacion* siempre funesta.

La *autopsia* demuestra el pulmon disminuido de volumen, las células obliteradas, los gruesos bronquios muy dilatados hasta formar fondos de saco.

El carácter propio de esta alteracion consiste en una hipergenesia del tejido conectivo, produciendo en medio del parenquima pulmonar trabéculas duros, resistentes y elásticos.

Se le puede aplicar el tratamiento de la pulmonía crónica.

ARTÍCULO VII.

CÁNCER DEL PULMON.

En los autores del último siglo, y entre otros en Morgagni (3), se encuentra cierto número de casos que se pueden referir al cáncer del pulmon; pero solo en estos últimos tiempos, en que se han estudiado con tanto esmero las enfermedades del pecho, se ha podido comprobar por la anatomía patológica la existencia del cáncer del pulmon, estudiar sus sintomas y establecer su diagnóstico, si no sobre bases muy sólidas, á lo menos sobre datos de cierto valor.

Begin, Velpeau, Andral, etc., han referido casos interesantes de esta grave enfermedad. Mas recientemente Smith (4) y Elwert (5) han citado igualmente ejemplos; y en fin, Heyfelder (6), Stokes (7), Marshall

(1) Parrot, *Cas de sclerose du poumon observé á la clinique de l'Hotel-Dieu*. (*Gaz. med.*, 1864, p. 183).

(2) Laveran, *Observation pour servir á l'histoire de la cirrhose pulmonaire*. (*Gaz. heb.*, 1865, p. 292).

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morb.*, edit. Chauss. et Adelon, t. VII, p. 641.

(4) Smith (de Dublin), Véase *Arch. gén. de méd.*, 1840.

(5) Elwert, *Arch. de médecine*, 1830, t. XXIV, p. 573.

(6) Heyfelder, *Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, t. III.

(7) Stokes, *A Treat.*, etc., *cancer of the lungs.*, p. 370.

Hughes (1) y Taylor (2) han publicado sobre el cáncer del pulmón Memorias que han derramado alguna luz sobre su historia (3). Con estos materiales reunidos voy á tratar de esponer rápidamente el estado de la ciencia sobre este asunto, pero solamente bajo el punto de vista práctico, es decir, bajo la consideración del diagnóstico.

El cáncer del pulmón, sin ser frecuente, es menos raro que la melanosis del mismo órgano, como se ha podido juzgar en vista del número de observaciones que acabamos de citar. Pero Louis ha reconocido de un modo más exacto la frecuencia de esta afección. Resulta de las investigaciones inéditas sobre el cáncer, que él ha tenido la bondad de comunicarme, que respecto de la frecuencia, el cáncer del pulmón viene después de el del útero, de el del estómago y de el del hígado. Sin embargo, es menos común que el de los dos primeros órganos; pero había de notable en los casos observados por Louis, que de cinco veces cuatro había empezado por el pulmón el cáncer que existía en las demás partes del cuerpo.

Las causas del cáncer del pulmón, lo mismo que las de todos los cánceres, son en extremo oscuras, y el corto número de observaciones que tenemos no nos permite investigar con alguna esperanza de buen éxito las principales circunstancias en que se desarrolla esta enfermedad.

Según Lebert (4), la duración del cáncer del pulmón puede durar de uno á dos años, y de un modo especial muchos años. Los hombres parecen más dispuestos que las mujeres; y según las observaciones de Kohler en la proporción de 4 á 1. El cáncer primitivo de los pulmones es raro durante la infancia y antes de la edad de veinte años.

El cáncer de los pulmones es, en la mayoría de los casos, una afección secundaria, y se presenta consecutivamente á la aparición de este producto morbosó en varios puntos de la economía. El cáncer del pulmón es generalmente múltiple y encefaloideo y ocupa frecuentemente la pléura, el mediastino, los ganglios bronquiales, el diafragma. A veces el cáncer afecta la forma de pequeñas masas duras, amarillas, disseminadas en el espesor de los pulmones ó de la superficie de las pléuras.

Stokes admite dos especies de cáncer que dan lugar á síntomas diferentes. En la primera, el mismo tejido del órgano ha degenerado en cáncer; y en la segunda hay formación de una masa cancerosa que se

(1) Marshall Hughes, *Arch. gén. de méd.*, 1841, 3.^a série, t. XIII, p. 489.

(2) Taylor, *The Lancet*, marzo de 1842.

(3) Se encuentra además en los *Archives de médecine*, (4.^a série, 1846, t. XII, p. 486) una Memoria que ha sido formada por el auxilio de siete observaciones tomadas de los autores siguientes: H. Fearnside, *The Lancet*, 1844; G. Tinniswood, *Lond. and Edinb. month. Journ.*, enero de 1840; A. Kilgour, *Ibid.*, 1844; Krause, *Ibid.*, 1844; Burrow, *Med. chir. Trans.*, 1844, y J. Bell, *Month. Journ. of med.*, 1846. En fin, Walsh (*Diagn. of diseases of the lungs.*, Lond., 1843), ha reasumido con mucho esmero los signos del cáncer de los pulmones.

(4) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique et speciale*, Paris, 1857.

desarrolla en medio de este tejido. Estas dos especies han sido designadas por Laennec (1), y posteriormente por Walshe bajo el nombre de encefaloideos infiltrado y de encefaloideos en masa enquistado ó no.

En el *cáncer infiltrado* los síntomas son, según Stokes, siempre muy oscuros, y no hay para guiarse en el diagnóstico, necesariamente incierto, más que el curso más ó menos lento de la enfermedad, y la falta de los signos de las demás afecciones del pulmón, y principalmente de la tisis pulmonar crónica.

Walshe está lejos de participar de este modo de ver, y asigna á esta especie los síntomas siguientes: retracción del lado afectado del pecho, disminución del movimiento de las costillas, igualmente que de las vibraciones torácicas. También se nota por la percusión un sonido muy á macizo con resistencia muy marcada al dedo que percute. Cuando la *materia cancerosa no está todavía reblandecida*, hay respiración con ruido de fuelles difuso, ó bien cuando la enfermedad ha llegado á muy alto grado, disminución ó falta del ruido respiratorio, broncofonía, ruidos del corazón transmitidos con una intensidad aumentada. Después del reblandecimiento de la *materia cancerosa* se observa un sonido más claro á la percusión y menos resistencia, respiración cavernosa, estertor mucoso, gorgoteo y el mediastino rechazado hácia la derecha y el diafragma deprimido. A estos síntomas es preciso añadir la hinchazón del cuello y de la cara, la prominencia de los ojos, el edema del pecho y de los brazos del lado enfermo, la dilatación de las venas torácicas y cervicales, la disfagia, la existencia de tumores en la superficie del cuerpo, los *esputos parecidos á la jalea de grosella*, y la disnea.

Estudiando estos síntomas el autor de la Memoria citada más arriba é inserta en los *Archivos*, ha encontrado en las observaciones que ha reunido, pero sin hacer distinción entre el cáncer infiltrado y el cáncer en masa, que los esputos semejantes á la *jalea de grosella* no se han presentado más que en tres casos, y dos veces hubo *esputos purulentos*; que solo en dos ocasiones se ha notado la lividez en la cara, cinco veces el edema del brazo, dos el del pecho y el de la cara y tres la disfagia. Respecto de los demás signos parece que solo se han presentado en un número de casos muy limitado.

Nosotros podemos decir que habiendo observado recientemente un cáncer difuso del pulmón, consecutivo á un cáncer de la clavícula izquierda y de las siete primeras costillas de este lado, hemos notado los esputos de jalea de grosella, el edema del pecho y del brazo, dolores sumamente vivos, debidos, sin duda, al cáncer de los huesos, y la mayor parte de los otros síntomas indicados por Walshe. Sin duda, en este caso el cáncer había sido primitivamente exterior como en cinco de las observaciones recogidas por el autor de la Memoria de los *Archivos*.

(1) Laennec, *Auscult. méd.*, t. II, p. 349.

El *cáncer en masa*, cuando ha llegado á cierto grado de desarrollo, se anuncia por signos mas positivos, aunque, segun la expresion de Marshall Hughes, no los hay patognomónicos. Entonces se observa un sonido oscuro en una estension mayor ó menor de un lado del pecho; algunas veces se oye un ruido de fuelle que resulta de la compresion de los tubos bronquiales, igualmente que una resonancia marcada de la voz. Además se ha notado una dislocacion de los órganos torácicos, en los casos en que el tumor habia adquirido un volúmen considerable; signos de compresion del esófago (deglucion difícil y dolorosa), de la tráquea y de los bronquios, una obliteracion mas ó menos completa de las venas del cuello que las pone turgentes por encima del obstáculo; en fin, en algunas observaciones se hace mencion de punzadas dolorosas en el pecho. La tos, una opresion mas ó menos considerable y una notable disnea vienen á completar el conjunto de estos sintomas.

En un caso de *cáncer del pulmon primitivamente desarrollado* en las paredes torácicas, Leplat tuvo ocasion de demostrar todos los signos de una vasta caverna, soplo anfórico, gorgoteo, macidez á la percusion. La autopsia reveló una escavacion susceptible de alojar un huevo de gallina, circunscrita por paredes sin falsa membrana y llena de un líquido sanioso que bañaba directamente el tejido canceroso.

Al principio no existen sintomas generales ó son muy poco perceptibles; pero hácia el fin de la enfermedad se desarrolla la calentura y sobreviene un enflaquecimiento mas ó menos rápido, principalmente cuando hay diarrea colicuativa. La *espectoracion*, que al principio no habia presentado ningun carácter particular, se hace sanguinolenta. Stokes y Marshall Hughes la han comparado tambien á la jalea de grosella. El último de estos observadores ha visto de cuatro veces tres que ha presentado este carácter.

Tales son los principales sintomas que se han observado en los casos de *cáncer del pulmon*, y no puedo hacer cosa mejor para determinar su valor y establecer en lo posible el diagnóstico, que dar el resumen con que termina la Memoria de Marshall Hughes (*loc. cit.*, página 494): «Si se comparan, dice, nuestros dos primeros hechos con los otros dos de degeneracion cancerosa del pulmon consignados en la obra de Stokes, se verá que en los cuatro enfermos que padecian *cáncer del pulmon*, la afeccion existia en el lado derecho, que todos tuvieron hemotisis mas ó menos abundantes, que en tres tenia la *espectoracion* un carácter particular, comparado así por Stokes como por mí á la jalea de grosella; que todos presentaban indicios de obstruccion de las venas superficiales del lado afectado, obstruccion anunciadas en tres sugetos por la hinchazon de los mismos vasos, y en el cuarto por el edema de las partes situadas, relativamente al curso de la sangre venosa, debajo del órgano enfermo, y por último, que en dos de ellos se descubrieron en otras partes tumores análogos. Bajo el punto de vista de los signos fisicos, se advertirá que siempre hubo sonido completamente á macizo por la percusion, falta de ruido respiratorio

normal y respiracion tubaria ó traqueal, sin estertor ó solamente con estertor bronquial. Estamos, pues, autorizados para deducir que no hay en la actualidad signos patognomónicos del *cáncer pulmonar*; pero sin embargo, si existen signos de solidificacion estensa del pulmon, sin conmemorativos de pulmonía, sin fenómenos propios del reblandecimiento de productos accidentales; si el enfermo ha tenido hemotisis, si los fenómenos generales y el curso de la afeccion se diferencian de los de la degeneracion tuberculosa; si los esputos á veces sanguinolentos se asemejan á la jalea de grosella; si las venas del cuello, de los brazos, del pecho ó del abdomen del lado enfermo están distendidas, ó si hay un edema local, indicio de un obstáculo á la circulacion venosa, se podrá sospechar la existencia del *cáncer*, y esta sospecha será todavia mas fundada si la alteracion ocupa el lado derecho, sobre todo si se han manifestado tumores en otras partes del cuerpo.»

Walshe ha señalado como un síntoma particular en esta especie, la dilatacion del pecho en el lado afectado. En cuanto á los demás sintomas, véase lo que he dicho mas arriba relativamente á la primera especie.

Se vé, pues, que nada hay de positivo en el conjunto de estos signos. Así, en el concepto de Heyfelder (1), quizás no existe mas que un solo síntoma que diferencie la pleuresía crónica del *cáncer del pulmon*: tal es la *egofonia*.

En un caso muy interesante, referido por este autor, no existia la *egofonia*; lo que prueba, segun él, que no habia ningun fluido en el saco de la pléura.

Es sabido que el *cáncer* tiene gran tendencia á aparecer en varias partes del cuerpo sucesivamente ó á la vez. Por consiguiente, si con los sintomas indicados mas arriba se reconociese la existencia de un tumor canceroso manifesto, se podria, como dice Marshall Hughes, formar un diagnóstico mucho mas positivo.

Pero, como hemos visto, esto es lo que sucedió en cinco de las siete observaciones recogidas por el autor de la Memoria de los *Archivos*, y esto es igualmente lo que he notado en el caso que he observado. De esta suerte ha podido formarse el diagnóstico del *cáncer del pulmon* con exactitud, aunque no se trate mas que de un *cáncer difuso*.

Habiendo observado Begin (2) la fetidez del aliento en un *cáncer del pulmon*, ha creído que este era un signo apropiado para reconocer esta enfermedad; pero los demás observadores no han notado este síntoma, y Heyfelder entre otros ha reconocido con cuidado que faltaba.

No insistiremos mas sobre esta afeccion tan mal conocida, y que por fortuna es muy rara; y solo añadiremos relativamente á los me-

(1) Heyfelder (de Sigmaringen), *Sur la pleuresie chronique et l'empyeme* (*Archives generales de medecine*, 3.^a série, t. V, p. 59).

(2) Begin, *Diet. de med. et de chir. prat.*, t. IV, p. 489.

dios que pudieran oponérsela, que se deben elegir entre aquellos que se dirigen comunmente contra el cáncer en general. No se podría citar ningun ensayo terapéutico hecho científicamente en un caso del cáncer del pulmon, lo cual ha hecho decir á Heyfelder que esta enfermedad estaba fuera del dominio de la ciencia.

Si se reconociese el cáncer durante la vida, se podría hacer llegar hasta el pulmon, bajo la forma de fumigaciones, las sustancias medicinales que hubiera que poner en uso, y en particular los narcóticos.

ARTICULO VIII.

HIDÁTIDES DEL PULMON.

Se ha considerado como muy raro el desarrollo de las hidátides en los pulmones, y los datos que pueden suministrar sobre este particular los tratados de medicina se reducen á muy poca cosa, pues apenas se hace mencion de esta enfermedad. Sin embargo, desde estos últimos años se multiplican observaciones de esta naturaleza por muchos autores modernos, tales como Cruveilhier (1), Lebert (2), Ch. Baron (3), Mercier (4), Vigla (5), habiendo enriquecido la historia de esta enfermedad con muchos signos diagnósticos y con descripciones anatómicas cuyo conocimiento es importante, por lo que creemos conviene dar á este artículo mas proporciones de que carecia en las anteriores ediciones de esta obra.

§ I.—Naturaleza de la enfermedad.

La enfermedad consiste en la produccion y crecimiento en el espesor del parenquima pulmonar, de los quistes vesiculares constituidos por embriones de una especie particular de ténias, que se han llamado equinocos ó acefalocistos. Estas producciones parasitarias obran como cuerpos estraños y tienen tendencia á invadir los tejidos inmediatos. Alteran mas ó menos las funciones del órgano en que residen, presentando accidentes dependientes de su marcha invasora.

Frecuencia. Existen en la economía sitios de predileccion para estas producciones parasitarias. El hígado es el órgano en que con mas frecuencia se presentan. Los pulmones no suelen presentarlos con menos frecuencia. Lebert ha reunido 15 casos de este género, de los que algunos son tomados de los *Boletines de la Sociedad anatómica*.

Sexo. Edad. Hé aquí cómo se espresa Lebert (6) sobre este particu-

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique generale*, Paris, 1856.

(2) Lebert, *Anatomie pathologique generale et speciale*, Paris, 1857, t. I, p. 713.

(3) Ch. Baron, *Mem. de l'Acad. de med.*, Paris, 1845, t. XI, p. 421.

(4) Mercier, *Bulletins de la Société anatomique*, t. XIII, p. 71.

(5) Vigla, *Relation d'un cas de kyste hidatidique intrathoracique guéri par la punccion suivida d'une injection iodée* (*Bull. de l'Acad. de med.*, 1856, t. XX, p. 4498).

(6) Lebert, *Loc. cit.*

lar: «Esta enfermedad parece un poco mas frecuente en los hombres que en las mujeres. En nuestra estadística tenemos 10 hombres y 7 mujeres. Se puede encontrar en todas edades, pero es mas frecuente en la porcion media de la vida, entre 25 y 45 años. Hé aquí el análisis de los 15 casos en que se ha anotado la edad.

De 15 á 20 años.	1
— 20 á 25 —	2
— 25 á 30 —	4
— 35 á 40 —	1
— 40 á 45 —	5
— 50 á 55 —	2
— 55 á 60 —	2
Total.	15

Se ha notado que en un gran número de casos (una tercera parte) habia hidátides en el hígado ó en el bazo.

§ II.—Asiento. Lesiones anatómicas.

En un caso referido por Andral (1) se encontraron ambos pulmones llenos de un gran número de hidátides, y una minuciosa descripción demostró que se encontraban alojados en el interior de las venas pulmonares. En un análisis de los casos presentados por Lebert se observa que seis veces era el pulmon derecho el asiento de la enfermedad, encontrándose tres veces en el pulmon izquierdo y cuatro veces en ambos pulmones. En una observacion de Mercier (2) la cavidad pulmonal contenia la bolsa hidatídica que se abrió en la pléura, dando lugar á un neumotórax; se encuentra con mas frecuencia una sola bolsa acefalocística, una sola hidátide madre, que hidátides secundarias. El volumen de estas hidátides varía entre el de un huevo de paloma y el de una naranja, y aun como la cabeza de feto de todo tiempo, segun dice Lebert.

Los acefalocistos pueden encontrarse rodeados ó no de una bolsa quística formada á espensas de un plasma segregado por los tejidos inmediatos. En cuanto á la forma, sitio y modo de terminarse la enfermedad, existe una gran variedad, y se vé que la anatomía patológica llega mucho mas allá que la medicina clínica. Solo se pueden presentar algunos signos diagnósticos, las mas de las veces insuficientes, siendo mas felices en lo concerniente á la anatomía, y creemos que los siguientes detalles no dejan de ser tan curiosos como útiles.

Los siguientes datos los tomamos de la obra de Cruveilhier (3):

(1) Andral, *Clinique medicale*, t. IV, p. 396.

(2) Mercier, *Loc. cit.*

(3) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique generale*, Paris, 1856, t. III, p. 543.