

Revista de las Clasificaciones Francesas Sobre Tuberculosis Pulmonar

POR PABLO PURIEL La

clasificación en la ciencia

De las clasificaciones en la ciencia, podría decirse lo que Claudio Bernard ha dicho de las teorías: «En absoluto todas son falsas; sólo son verdades parciales y provisionarias que se necesitan para ir avanzando en nuestras investigaciones».

Clasificación es, en ciencia, la ordenación de un conjunto de conceptos que sintetizan el conocimiento de un tema. Es así que en el campo de la medicina suelen ser parciales cuando el criterio que la fundamenta también lo es, y así tenemos clasificaciones de tipo etiológico, sintomático, anatómico, evolutivo, patogénico o terapéutico. Otras veces, conceptos de diferente tipo fundamentan las clasificaciones y ellas tienen en tal caso un carácter mixto: anatomu-clínico, anatomo-clínico-patogénico, etc.

En conjunto, «todas son imperfectas y todas tienen algo de bueno». Lo imperfecto corresponde a los hechos cuya interpretación cambió o que la adquisición de nuevos conocimientos demostró que era inexacta; Lo bueno es lo que todavía seguimos teniendo como exacto y verídico. Y esto explica que las más modernas son por lo general las que más satisfacen nuestro espíritu.

De acuerdo a este criterio, se comprende que las críticas que en el momento actual se pueden hacer de las antiguas clasificaciones, no tienen razón de ser, ya que existe una enorme diferencia de planos mentales entre el autor y el comentarista.

La pregunta de Thamm: «¿Es posible hacer una clasificación perfecta de la tuberculosis?», carece de sentido actualmente, ya que para ello los conocimientos anatómicos, fisiológicos, evolutivos, etc., que son los pilares de una perfecta clasificación, deben ser inmovibles y como nuestra ignorancia es grande todavía en estos puntos, dichos pilares suelen fallar de vez en vez y con ellos desmoronarse la clasificación que sostenían.

La revisión de las clasificaciones sobre tuberculosis de lengua francesa, nos demuestran la verdad que encierran estas ideas.

No es nuestro propósito hacer un estudio crítico de las clasificaciones, ya que ello carecería de utilidad por lo que acabamos de expresar, sólo intentamos una exposición de ellas, tratando de demostrar que siempre representan el conocimiento dominante de la época en que fueron hechas. Es por esto que al hacer una revista de las clasificaciones, de hecho hacemos sin quererlo una síntesis histórica de la evolución de los conocimientos fisiológicos de origen francés.

En 1810, Bayle (1) aisló la tisis de ciertas lesiones pulmonares, con las que la habían estudiado los clínicos y anatomopatologistas

(1). «Recherches sur la phtisie pulmonaire».

del siglo XVIII. Sosteniendo un criterio pluralista y morfogenista, hizo la siguiente clasificación:

| | | |
|-------------|---|--------------|
| Tisis. | { | Tuberculosa. |
| | | Granulosa. |
| | | Melanótica. |
| | | Ulcerosa. |
| | | Calculosa. |
| | | Cancerosa. |

Pero un año después, en 1811, aparece el genio de Laennec (2), que aporta un concepto de trascendencia en el conocimiento del tema: el unicismo. Sosteniendo, por otra parte, un criterio puramente morfogenista, como su antecesor. Todos sus esfuerzos son dirigidos hacia el estudio de los signos semiológicos y a su substractum anatomopatológico, no preocupándose mayormente por el origen de la enfermedad, que se le presenta misterioso y oscuro.

| | | | |
|------------------|---|-------------------|----------------|
| Tubérculos. | { | Aislados. | Miliares. |
| | | | Crudos. |
| | | | Granulaciones. |
| | | | Enquistados. |
| | | Infiltraciones. . | Uniforme. |
| | | | Gris. |
| | | Amarilla. | |

El morfogenismo ortodoxo de Laennec se vio completado poco después (1826), con el aporte de un conjunto de opiniones de orden puramente patogénico; es así como Broussais defiende la teoría inflamatoria en el determinismo de la enfermedad. Dos puntos principales son dignos de constatar en la teoría de Broussais: la irritación, que es la verdadera causa; la producción linfática, que es el efecto. Estas ideas se reflejaron en Virchow.

Andral, concomitantemente a los trabajos de Broussais, sostiene también un criterio patogénico, interpretando la caseosis como una

(2) «Dictionnaire des Sciences Méd.», T. II. Traite de l'auscultation mediate et des maladies des poumons et coeur.

secreción mórbida similar al pus. En el mismo terreno se coloca Cruveilhier (1826) y Bouillaud (1830), que insisten en el origen inflamatorio del proceso.

En esta época, Louis (3), emite sus leyes, que habían de tener intensa repercusión:

- A) Los tubérculos asientan primitivamente en el vértice, y los allí situados son de más edad que los de la base.
- B) Después de quince años no hay tuberculosis en un órgano si no la hay en el pulmón.

Al final del siglo XIX, los descubrimientos fundamentales circunscribieron en su verdadero cauce los estudios sobre tuberculosis. Villemin, en 1866, descubrió la inoculabilidad de la tuberculosis. Villemin, en 1866, descubrió la inoculabilidad de la tuberculosis. Roberto Koch anunció a la Sociedad de Fisiología de Berlín, el 10 de abril de 1882, su éxito en lo referente al aislamiento y cultivo del agente causante de la tuberculosis, que desde entonces se conoce con el nombre de bacilo de Koch.

El siglo XIX, fecundo en la adquisición de conocimientos sobre esta rama de la ciencia, dejó como concepto fundamental el unicismo demostrado por los estudios anatómicos de Laennec, las experiencias de Villemin y los trabajos de Roberto Koch.

Poco después de los estudios mencionados, sosteniendo un criterio anatomoclínico, Bérard, Cornil y Hanot (4), publicaron la siguiente clasificación:

| | |
|------------------------------|--------------------|
| | [Sin complicación |
| [Granulosa | |
| Tisis Aguda | [Con complicación. |
| Granulosa pleural. | |
| Neumónica. Período de | |
| crudeza. | |
| Tisis crónica | |
| Período de reblandecimiento. | |
| Período de excavación. | |

Siguiendo este criterio de superposición anatómica a los cuadros clínicos, Bard (5) confecciona su clasificación, que es una de las más completas que se han publicado en lengua francesa, teniendo la virtud de haber soportado los ataques que a través del tiempo se le han

(3) «Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie.

(4) «La phtisie pulmonaire», tomo I.

(5) «Formes cliniques de la tuberculose palmonaire», tomo I.

hecho y prestando todavía servicios invaluable para la adquisición de conocimientos fisiológicos. Sólo un ataque de verdadero valor puede hacerse a esta clasificación en el momento actual y es la falta de todo criterio fisiológico en la valorización de los diversos cuadros, pero ello es completamente explicable, dado la época en que dicha clasificación fue emitida, y una vez más comprobamos la sin razón de la mayoría de las críticas que pueden hacerse a clasificaciones hechas en épocas pasadas.

I. — Formas parenquimatosas:

A) Forma abortiva.

B) Forma progresiva:

1°) Caseosa neumónica Lobar

Extensiva.

Extensiva fibrocaseosa.

Congestiva.

2°) Fibrocaseosa Cavitaria ulcerosa localizada.

Ulcerosa fibrosa, caquetizante.

3°) Fibrosa Neumonía hiperplásica.

Esclerosis densa.

Esclerosis difusa con enfisema.

II.—Formas intersticiales: Granulias:

a) Granulia generalizada.

b) Granulia pulmonar supurada.

c) Bronquitis crónica.

d) Granulia discreta.

III.—Formas brónquicas.

a) Bronquitis capilar (granulia).

b) Bronconeumonía tuberculosa.

c) Bronquitis crónica.

d) Bronquitis crónica y enfisema.

IV.—Formas postpleuríticas:

a) Con lesiones pulmonares anatómicas.

b) Neumonía pleurógena.

Grancher y Barbier (6), en 1910, haciendo un retroceso en los conocimientos anatomoclínicos que habían primado en las clasificaciones anteriores, hacen una catalogación puramente lesional inspirada en un criterio puramente morfológico. He aquí su clasificación:

| | | |
|---|--------------|-----------------------------|
| I.—Tuberculosis a lesión granúlica predominante. (Tubérculo crudo, nodular o difuso evol. hacia la caseificación o esclerosis). | Tub. crónica | Germinación. |
| | | Conglomeración. Abierta. |
| | Tub. aguda. | Neumonía. |
| | | Bronconeumonía. |
| II.—Tuberculosis a lesión granúlica..... | | Tifobacilosis. |
| | | Tuberculosis miliar. |

Foco tiempo después, en 1961, aparece la obra magna de Letulle (7), «La tuberculose pleuropulmonaire». Como buen anatomopatólogo de su época, es un morfogenista puro, se inspira en Laennec y sus descripciones sólo aventajan a las de este maestro en el aspecto microscópico. Su clasificación queda circunscripta al terreno de la anatomía patológica.

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| I.—Tuberculosis folicular..... | Tuberculosis miliar. |
| II.—Tuberculosis nodular..... | { Bronconeumía. Neumonía crónica. |
| III.—Tuberculosis infiltrada..... | Neumonía caseosa. |
| IV.—Tuberculosis cavitaria. | |
| V.—Tuberculosis pleural. | |
| VI.—Secuelas. | |

Sustentando nuevamente el criterio anatomoclínico, tan arraigado en la escuela médica francesa, Pissavy (8), fundamenta su clasificación aparecida en 1921:

(6) «Maladies des bronches et des poumons».

(7) «La Tuberculose pleuropulmonaire», 1 vol.

(8) «Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la pleure», tomo L

| | |
|---|--|
| Tuberculosis granúlicas o septicémicas- | (A) Tifobacilosis. (B) Granulia. |
| Tuberculosis neumónica | (Neumonía caseosa. (Esplenoneumonía. (Bronconeopionfa tuberculosa. |
| Tuberculosis nodulares | [Nodular extensa. [Nodular discreta. |
| Tuberculosis pleurales | (Pleuresía seca. (Pleuresía serofibrinosa. (Pleuresía purulenta. |

León Bernard (9), en 1925, agrega al criterio anatomoclínico la parte evolutiva, y sobre estos tres pilares fundamenta su clasificación, en donde puede verse la influencia de los trabajos de Mosny y Malloizel sobre las córticopleuritis:

| | |
|--|---|
| Formas crónicas | (Forma úlcero-caseosa extensiva. (Forma úlcero-caseosa localizada. (Forma úlcero-caseosa fibrosa extensiva, (Forma fibrosa localizada. /Forma bronquial. |
| Neumonía caseosa. Tisis galopante. Granulia. Formas agudas .i Tifobacilosis. | (Wuillez. (Potain. (Grancher. |
| | Córticopleuritis- Pleuresía. |

En 1930 está en pleno auge el problema del ultravirus, iniciado por Fontes anteriormente.

Los clínicos, a la cabeza de ellos Sergent, atribuyen esta etiología a muchos de los cuadros clínicos conocidos hasta entonces como de etiología tuberculosa.

Calmette (10), hace una clasificación fundamentada solamente en el criterio etiológico:

(9) «La tuberculose palmonaire, Etudes phtisiologie, clinique et social» (10) «La Presse Médicales.

| | |
|---|--|
| | Derrames serosos. |
| Granulemia prebacilar.... (Ultravirus) | Eritemas nudosos. Tifobacilosis. Granulia. |
| Bacilosis | Formas crónicas. |
| (B.deK.) | |

Adquisiciones posteriores mostraron a Calmette lo erróneo de esta clasificación.

Ya por esta época se hallan vulgarizados los nuevos conceptos patogénicos de origen germánico sobre la tuberculosis. La teoría de Ranke es ya bien conocida en la propia Francia.

Existe ya una diferencia patogénica, evolutiva y anatómica, sobre la tuberculosis de la infancia y la tuberculosis del adulto, sobre la primoinfección y sobre la reinfección, sobre los diferentes ciclos evolutivos en donde se desenvuelve esta enfermedad; y es resumiendo todos estos conceptos, que Bezancon (11) emite su clasificación:

| | |
|--------------------------------|---|
| | "Complejo primario. |
| Tuberculosis de primoinfección | Lesión gangliopulmonar. |
| (1 y 2 in infancia) | Nodulo enquistado antracótico. Cicatrices apizarradas del vértice. Neumonía crónica apizarrada. Banda de esclerosis. Lesiones ganglionares inactivas. Adherencias. |
| | Lesión ganglio- [pulmonar latente |

(11) «Patologie Medicale», tomo III.

| | | |
|----------------------------|--|--|
| | Granulía..... | Generalizada. [Pulmonar. (Primitiva. |
| (Agudas | Neumonía caseosa | [Secundaria. |
| | Bronconeumonía. (Tisis galopante). | |
| Tuberculosis del adulto | Cuadros esplenoneumó- nicos. Neumonías curables..... | ¡'Esplenoneumonía (Grancher). i Embolia brónquica. \ Focos neumónicos (curables). |
| | /Cavitarias (fibrocaseosas.) | |
| | ¡ Fibrosa | [Localizada. Atrófica. |
| j Crónicas' [(Tisis), i | | [Postpleurítica. |
| j | ¡ Brónquica | (Superficial. (Profunda. |

L. Bernard (12), en 1931, esboza una clasificación que tiene en cuenta, desde luego, los conocimientos sobre reinfección o superinfección, como él la llama, ya que se empiezan a distinguir de manera clara y evidente las diferentes formas anatomoclínicas, lo mismo que la diferente evolución de la tuberculosis, según la edad de la lesión, según el terreno y, sobre todo, según el momento tisiogénico que se tome. He aquí la clasificación inspirada en conceptos clínicos y patogénicos de L. Bernard:

| | | | |
|---|---|---------------|--|
| Primoinfección. (Lesión 11* infancia. gangliopulmonar) | < | 12* infancia. | Formas latentes.) Formas frustras. j Formas febriles. Formas graves. |
| i Adultos ___ | | | (Desapercibida.. |
| | | | Cuadros diversos. |

(12) «Les début et les arrêts de la tuberculose». 1931.

En sesión ordinaria celebrada el día siete de octubre recién pasado, la «Asociación Médica Hondureña» eligió la Junta Directiva que regirá sus destinos, en el período administrativo de 1944 a 1945.
La Junta quedó integrada de la manera siguiente:

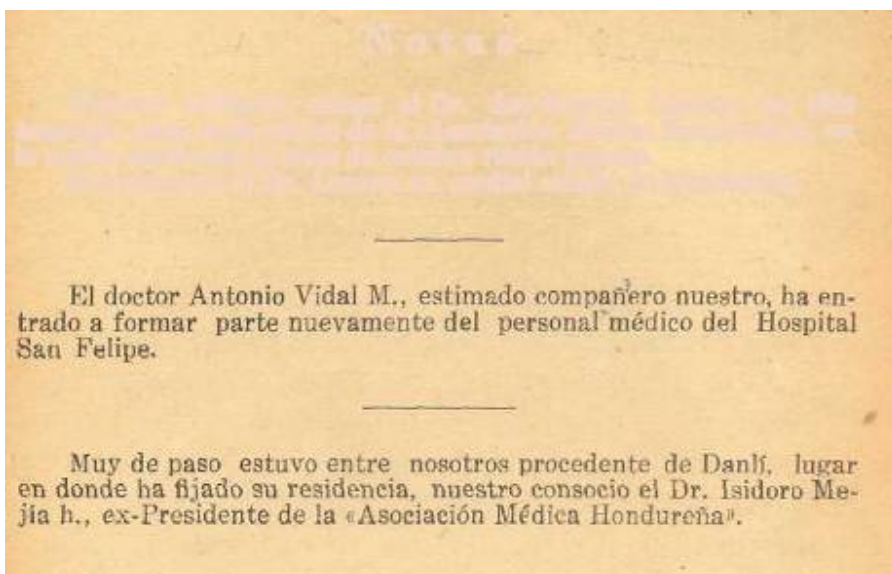
| | |
|---------------------|----------------------------|
| PRESIDENTE..... | Dr. Ramón Valladares |
| VICEPRESIDENTE..... | Dr. Marcial Cáceres Vijil |
| VOCAL 1º..... | Dr. Gustavo A. Zúniga |
| VOCAL 2º..... | Dr. Carlos M. Gálvez |
| VOCAL 3º..... | Dr. J. M. Dávila |
| SECRETARIO..... | Dr. Humberto Díaz |
| PRO-SECRETARIO..... | Dr. Raúl Enrique Zúniga |
| TESORERO..... | Dr. Martín Bulnes Bustillo |
| FISCAL..... | Dr. H. D. Guilbert |

Personal de la Revista

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| DIRECTOR..... | Dr. Antonio Vidal M. |
| Redactor 1º..... | Dr. Manuel Cáceres Vijil |
| Redactor 2º..... | Dr. Carlos M. Gálvez |
| Redactor 3º..... | Dr. Juan A. Mejía M. |
| Secretario de Redacción..... | Dr. Humberto Díaz |
| Administrador..... | Dr. Martín Bulnes Bustillo |

Este nuevo personal, tomará posesión de sus respectivos cargos en la sesión que será celebrada el día 4 de noviembre del corriente año.

Nueva Junta Directiva de la "Asociación Médica Hondureña"



Notas

Nuestro estimado colega el Dr. don Ramiro Lozano, ha sido aceptado como socio activo de la «Asociación Médica Hondureña», en la sesión celebrada el siete de octubre recién pasado.

Presentamos al Dr. Lozano un cordial saludo de bienvenida.