

B-66

Morfología Normal y Patológica.
Sec. B, Vol. 8, Págs. 225-240. 1983.

**LA ANATOMIA PATOLOGICA EN LA OBRA DE GASPARD LAURENT
BAYLE (1774-1816)**

**PATHOLOGICAL ANATOMY IN THE LAURENT BAYLEY'S WORK
(1774-1816)**

ESTEBAN RODRIGUEZ OCAÑA

Morfología
Normal
y Patológica

Morfología Normal y Patológica.
Sec. B, Vol. 8, Págs. 225-240. 1983.

**LA ANATOMIA PATOLOGICA EN LA OBRA DE GASPARD LAURENT
BAYLE (1774-1816)**

**PATHOLOGICAL ANATOMY IN THE LAURENT BAYLEY'S WORK
(1774-1816)**

ESTEBAN RODRIGUEZ OCAÑA

Departamento de Historia de la Medicina.
Universidad de Granada. Granada. ESPAÑA.

RESUMEN

El presente trabajo es un acercamiento a la figura y obra de G.L. Bayle (1774-1816), miembro de la generación de médicos de París que estableció los supuestos del primer sistema médico auténticamente moderno: la medicina anatomoclínica. Se estudia su formación en las Escuelas de Montpellier y París, así como los principios orientadores de su actividad médica: la medicina hospitalaria, la observación clínica, la nosotaxia *more botanico* y el vitalismo. G.L. Bayle realizó una importante contribución a la constitución de la Anatomía Patológica como ciencia específica en el ámbito biomédico al cifrar en ella la única base objetiva de la medicina y convertir la lesión orgánica en fundamento de la denominación de las enfermedades y en unidad elemental de clasificación nosológica. Incluimos un amplio fragmento, en castellano, de un texto escasamente conocido de dicho autor sobre las relaciones entre la Anatomía Patológica y la Medicina, originariamente aparecido en el *Dictionnaire des Sciences Médicales* (Paris, 1812).

SUMMARY

This is a study of G.L. Bayle (1774-1816), member of the medical generation in Paris, which developed the principles of the first truly modern medical system (anatomoclinical medicine) and his work. We review his formative period both in Montpellier and Paris Medical Schools and study the basic lines of his medical activity: hospital medicine, clinical observation, nosotaxy *more botanico* and vitalism. His important contribution to the development of Pathological Anatomy as an individual discipline in the biomedical field depends on his understanding of anatomopathological activity as the only objective basis of medicine. Furthermore, organic lesion becomes with Bayle the ground basis for naming diseases and elementary unit in any nosography. A broad fragment of a little known text from Bayle is included, on the relationship between Pathological Anatomy and Medicine, in Spanish, which appeared formerly in the *Dictionnaire des Sciences Médicales* (Paris, 1812).

Palabras clave: *Medicina anatomoclínica, nosotaxia, Anatomía Patológica, Escuela de París.*
Key Words: *Anatomoclinical medicine, nosotaxy, Pathological Anatomy, Paris Medical School.*

Introducción

Es sabido que la medicina contemporánea se origina en el proceso de confluencia de distintas maneras de entender y afrontar la enfermedad surgidas a lo largo del siglo XIX, las llamadas por Laín mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica. La primera de ellas, mentalidad anatomoclínica, cristalizó en el París postrevolucionario de las primeras décadas del siglo, distinguiéndose por contemplar toda la patología como *anatomía patológica*, ciencia que, a su vez, aspiró a elevar a la categoría de *anatomía clínica*, según la clásica formulación de Baas (1891). Con ella se convirtió en obligación rutinaria para el médico la búsqueda de la *lesión* anatómica como objeto del diagnóstico. Dicha búsqueda terminó centrándose en el hallazgo de *signos físicos* objetivos (ruidos percutorios o auscultatorios, por ejemplo) reveladores de lesión, en el vivo, y su verificación mediante *necropsia*, arma summa del diagnóstico médico.

La construcción de estos postulados anatomoclínicos, básicamente vigentes aún hoy día, fue una obra colectiva, donde las distintas aportaciones personales no cobran su auténtico valor sino en el marco global del movimiento renovador asentado en la «Escuela de París». Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) perteneció a la generación príncipe de dicha escuela, la que, siguiendo los pasos programáticos de Xavier Bichat (1771-1802), puso las bases esenciales de la nueva metodología. La contribución de Bayle sirvió de antecedente inmediato a la fundamental de R.T.H. Laennec (1781-1826), de quien fue compañero, amigo y maestro.

I. La formación médica de G.L. Bayle

1.1. Montpellier

Nacido en Provenza de una familia acomodada¹, la dedicación profesional de nuestro hombre a la medicina fue un acto fortuito. Sucesivamente había intentado la carrera eclesiástica y la de leyes, cultivando desde su adolescencia una notable predilección por las Ciencias Naturales. Su actividad política

¹ La biografía de Bayle se encuentra resumida en Dezeimeris, Ollivier y Raige-Dellorme (1828). La reseña biográfica más extensa es la realizada por su sobrino A.L. Bayle (1841). Los autores modernos toman sus datos de una o de ambas de las obras citadas, como en el caso de Ackerknecht (1967), Huard, P.; Imbault-Huard, M.J. (1975) o Rousseau, A. (1971).

frente a la Convención republicana determinó que su familia, temerosa por su libertad, le enviase secretamente a Montpellier con el encargo de estudiar Medicina. Corría el año de 1793.

A lo largo del siglo XVIII, Montpellier albergó, sin disputa, la más célebre escuela médica de Francia. Los principales médicos de la Corte, los más celebrados prácticos de París provinieron sistemáticamente de sus aulas: J.B. Sénac, A. Portal, Lieutaud y Lassone (médicos de Luis XVI), Vicq d'Azyr, Barthez, Pinel y tantos otros².

El momento que vivió Bayle en sus primeros contactos con el mundo de la medicina fue particularmente agitado. Pese a que desde el 12 de agosto de 1792 la Asamblea Nacional había ordenado la clausura de todos los centros tradicionales de formación médica, Montpellier había conseguido soslayar los efectos de tal prohibición gracias a los oficios del decano, G.J. René (1734-1807), las peticiones de los estudiantes, el apoyo de la Asamblea municipal y el altruismo de los propios profesores, que aceptaron impartir sus enseñanzas sin recibir remuneración alguna. De todas formas, los acontecimientos se dejaron notar en la disminución del número de alumnos, la instauración de un cierto caos en el *curriculum* exigible para el doctorado (reducido a 2 escasos años de escolaridad)³ y, de manera positiva, por la ampliación de las disponibilidades docentes mediante la apertura de un curso clínico en el Hospital de Saint-Eloi, regido por el antiguo profesor de la Universidad y notable republicano J.B. Baumés (1756-1828)⁴.

Esta situación de interinidad, prolongación de la vivida desde el momento de la revolución de julio de 1789, acabó en 1794. En diciembre de dicho año se decretaba el establecimiento de otras tantas *Escuelas de Salud* en París, Montpellier y Estrasburgo, con objeto de proporcionar los profesionales necesarios para la asistencia médica al ejército. Es la primera iniciativa positiva de la Revolución, con amplia trascendencia en la medicina: dichos centros suprimirán las diferencias educativas entre médicos y cirujanos (la titulación que otorgaban, en un principio, era exclusivamente la de «oficiales de salud»), e incluirán la enseñanza clínica de modo destacado en

² Una amplia relación de médicos notables provenientes de Montpellier se encuentra en Dulieu, L. (1958). Las vinculaciones entre la escuela de Montpellier y París han sido señaladas por Ackerknecht, *op. cit.*, pág. 26.

³ Granel, F. (1962) y (1965).

⁴ Girbal, A. (1858) *Essai sur l'Esprit de la clinique médicale de Montpellier*, págs. 7-11, cit por Foucault, M. (1966), pág. 103.

su docencia, para lo que se vertebrarán, en consecuencia, alrededor de los Hospitales⁵.

La Escuela de Salud de Montpellier se inauguró, oficialmente, el 25 de enero de 1795. Su cuadro de profesores se componía de antiguos miembros del claustro, casi todos de posición adquirida tras 1789, responsables de nueve asignaturas de las que cinco eran expresamente clínico-hospitalarias: Nosología, por J.B. Baumés; Práctica quirúrgica, por A.L. Montabre; Clínica médica, por H. Fouquet; Clínica quirúrgica, por J. Poutignon y Obstetricia, por J.B. Laborie⁶.

De la estancia de Bayle en la ciudad universitaria conocemos muy pocos datos ciertos. Nada más que se prolongó durante tres años, que concluyó con la obtención del título de oficial de salud (incorporándose seguidamente al ejército en calidad de tal) y que sus mayores preocupaciones durante ese tiempo fueron la filosofía y la teología. Su principal biógrafo nos indica que desarrolló

«... un vasto plan de lecturas... (las cuales) le llevaron al convencimiento más profundo en la verdad de la religión católica y a la asunción de los deberes que la práctica de la misma impone».⁷

No parece, pues, que fuese un alumno aventajado, ni siquiera que sintiese el estímulo de los cursos de enseñanza clínica, ya que, según nos dice de nuevo su biógrafo, fue precisamente durante el servicio militar cuando

«...comenzó un estudio al que hasta entonces no había podido dedicarse, el de la *observación clínica*...»⁸

La imprecisión de fechas no excluye que nuestro Bayle estuviera entre los seis alumnos de último curso enviados por la Escuela de Salud de Montpellier al Ejército del Mediterráneo, en 1797, tras la correspondiente petición por parte del cirujano-jefe del cuerpo médico del mismo, el futuro barón Desgenettes (1762-1837)⁹. Consta, eso sí, que Gaspard Bayle prestó sus servicios a las órdenes del

⁵ Sobre los avatares de la enseñanza superior en Francia tras la Revolución de 1789 continúa siendo indispensable la consulta de Puschmann, T. (1891), pág. 537 y ss. También son de interés los siguientes trabajos: Coury, C. (1970) y D'Irsay, S. (1935).

⁶ El cuadro de profesores montepesulanos es ofrecido por Granel (1965).

⁷ Bayle, A.L. (1841), pág. 887.

⁸ *Ibid.*

⁹ Granel, F. (1965), pág. 14.

mencionado Desgenettes en el Hospital militar de Niza. Comenzaba así su contacto con el mundo hospitalario en el seno de una corporación, la medicina militar, claramente dominada por la teoría y la práctica de la cirugía, hasta el punto de haberse solicitado, en 1793, la prohibición de la práctica de la medicina interna en su seno.¹⁰

1.2. París

En noviembre de 1798, concluida su vinculación con la milicia, llega Bayle a París. Inmediatamente comienza a asistir a cursos oficiales y privados, destacando su afición a los impartidos por J.N. Corvisart (1755-1821). Ingresó por oposición en la Escuela de Práctica Anatómica, adjunta a la de Medicina, en 1799, ganando posteriormente la plaza de ayudante del jefe de trabajos anatómicos, G. Dupuytren (1777-1835). Durante los tres años siguientes produce sus primeros trabajos, todos de tema anatomopatológico.

El prestigio de París comenzaba a dispararse en el terreno de la enseñanza médica: los 300 alumnos obligatoriamente asignados a dicha escuela por la ley de 1794 se habían convertido en 1.500 asistentes efectivos para 1799¹¹. El propio ejemplo de Bayle, retomando su formación desde el principio, ilustra el atractivo que los Pinel, Corvisart, Desault, Bichat, Hallé, Cabanis, etc. conferían a sus centros. Con todo, no se trataba exclusivamente de la calidad, excelentísima, del profesorado: París se estaba convirtiendo en el núcleo originario de una nueva medicina, aplicando al campo de la salud los presupuestos de la misma Revolución. Un alumno de Pinel rotuló expresivamente su tesis por estas fechas *Liberam profiteor medicinam*, actitud que Pinel ilustra con el propio ejemplo de Bayle.¹²

El régimen de enseñanza en París comprendía tres cursos —principiantes, iniciados y avanzados—, de los que el tercero se realizaba íntegramente en los Hospitales que nucleaban la Escuela: Hotel-Dieu, La Charité, Hospital de Perfeccionamiento¹³. Los cursos anteriores obligaban igualmente a la

¹⁰ Ackerknecht (1967), pág. 7.

¹¹ Cifras de Puschmann (1891). Ackerknecht (1967) estima en 1.190 los asistentes al curso 1799-80 (pág. 36).

¹² Recogido por Bayle, A.L. (1841), pág. 890.

¹³ El *Plan général de l'enseignement dans l'École de Santé de Paris* de 1795 está expuesto por Foucault (1966), págs. 107-108. Ackerknecht (1967) págs. 31-44, analiza el desarrollo de dicha Escuela, aunque haciendo especial hincapié en los profesores.

asistencia a los hospitales, aunque con menor intensidad y responsabilidad.

Bayle presentó su tesis doctoral en 1802, titulada *Considérations sur la nosologie, la médecine pratique et la médecine d'observation...* El impacto de la misma, atronadoramente aplaudida durante su defensa pública, forzaría a su maestro Ph. Pinel (1745-1826), máxima figura de la época en punto a nosología, a referirse de continuo a las opiniones de Bayle al tratar el tema «Nosographie» en el *Dictionnaire des Sciences Médicales* (1819).

Tras la creación de las Escuelas de Salud, la siguiente gran contribución republicana al campo de la docencia médica fue la *Regulación General del Servicio Sanitario en los Hospitales de París*, publicada el 23 de febrero de 1802. Por dicha orden se creaban las plazas de médicos en formación, en régimen de externado e internado, accesibles mediante oposición. El primer concurso tuvo lugar el 13 de septiembre de 1802,¹⁴ ganando Bayle la plaza de interno en La Charité, el hospital de Corvisart. En dicho centro se completó el ciclo formativo de nuestro autor y a él permaneció ligado el resto de su vida. Su dedicación y maestría profesional hacían que, tanto Dumangin como Corvisart, los dos médicos titulares de este centro, se hiciesen sustituir por Bayle en lugar de suplirse mutuamente como era la costumbre.¹⁵

Tras la retirada de Corvisart pasó a ocupar su puesto, primero de forma interina (1805-1807) y finalmente como titular, hasta su precoz fallecimiento, víctima de tuberculosis pulmonar.

II. La obra de G.L. Bayle

La contribución de Bayle a la instalación de la nueva medicina fue decisiva. Se valió para ello de un corto número de publicaciones, una activa participación en las más dinámicas agrupaciones científico-médicas del París de la época (Société d'Emulation, d'Instruction Médicale, de l'École de Médecine, etc.), así como, particularmente, de su posición como médico de la Charité, lugar clave por la afluencia de estudiantes a sus salas. En su tiempo, como conocemos por los discursos funerarios dedicados a su memoria, fue tenido por clínico eminente, igual o superior a Corvisart, en finura diagnóstica y seguridad en el pronóstico.

Su corta producción escrita, compuesta por una decena de artículos, un par de memorias de investi-

gación y otro par de monografías, de las que el *Traité des maladies cancéreuses* fue publicada póstumamente, se reparte casi a partes iguales entre dos temas: tisis y cáncer. Posiblemente el que su único libro publicado en vida, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (París, 1810), versara sobre ese único tema, así como su posición de precursor inmediato de las labores fisiológicas de Laennec, quien comentó extensamente sus opiniones en su famoso tratado, han hecho que sólo en este apartado se reconozca la importancia de su trabajo. Se han obviado, pues, su intensa preocupación y estudios sobre las enfermedades cancerosas, sin que tampoco se haya destacado en su justa medida su aportación global a la independencia de la Anatomía Patológica como ciencia médica fundamental.

Antes de profundizar en este sentido, es conveniente resumir los soportes básicos de la obra de nuestro autor: un ambiente único (el hospitalario de París), un método (la observación clínica) rigurosa-mente seguido desde una validación filosófica (la doctrina sensualista) y un marco teórico en Patología (la nosotaxia *more botanico*), todo unido por un componente genérico, el vitalismo, como modo globalizador de entender la vida y sus fenómenos, incluida la enfermedad.

2.1. La medicina hospitalaria

Gaspard Bayle tenía conciencia de su simbiosis con un ambiente muy concreto. Así reza el prólogo de su principal obra:

«...las investigaciones que ha llevado a cabo en el Hospital de la Charité hubiesen sido muy difícilmente realizables en otro lugar...»

Y, más adelante, insiste:

«...hubiera sido imposible conseguir tamaña colección (de hechos referentes a la tisis pulmonar) sin los ilustrados reglamentos de la Administración de los Hospitales de París, por los cuales se proporcionan a los médicos todos los medios de estudio sin que ninguna investigación concreta se vea obstaculizada».¹⁶

Esta peculiaridad del París primodecimonónico ha llevado a los historiadores de la Medicina, con Ackerknecht, a definir como *medicina hospitalaria* la correspondiente a la formulación de los principios anatomoclínicos. Tal definición condensa dos he-

¹⁶ *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, págs. XI-XII.

chos básicos, a saber, que los hospitales proporcionaron las bases materiales para la docencia y la investigación médicas y, en segundo lugar, que dichos centros representaban el marco físico de la influencia de la cirugía en la medicina interna. La primera de estas afirmaciones resumiría, a su vez, las nuevas condiciones sociológicas determinadas en la sanidad francesa por el cambio revolucionario, entre las que merecen destacarse las siguientes:

— La configuración definitiva de los hospitales como centros de asistencia, controlados por los facultativos, correspondiente al proceso de secularización impulsado por la revolución.¹⁷

— La organización racionalizada de los mismos, que supuso la centralización de las admisiones de enfermos para los hospitales de París (a través del Conseil Central des Hôpitaux, desde 1801) y su distribución por centros y salas según criterios nosológicos.

— La puesta a punto de una sistemática de trabajo (exploración-tratamiento-necropsia) mantenida por un servicio médico permanente: los internos.

La influencia de la cirugía en el pensamiento y la práctica médica¹⁸, que materializamos en el ámbito hospitalario, trasciende por supuesto a éste, particularmente por la propia biografía de muchos de los miembros de la Escuela de París, entrenados originalmente como cirujanos (Bichat, Broussais) o estrechamente relacionados con la cirugía al inicio de su carrera (Corvisart, Bayle, Laennec).

En lo que respecta a la interrelación cirugía-hospital, resaltemos que fueron cirujanos (militares) los primeros profesionales sanitarios en organizar y controlar hospitales, a lo largo del siglo XVIII.¹⁹ Igualmente fueron cirujanos los primeros profesionales en ser admitidos regularmente en el servicio de los hospitales civiles, administrados por religiosos, hasta el punto que el Hôtel-Dieu, en vísperas de la Revolución, contaba con una plantilla de más

¹⁷ Un interesante estudio de campo sobre este proceso, para el caso del Hôtel-Dieu, es el de Greenbaum, L.S. (1979).

¹⁸ Las sugerencias de Temkin (1951) han sido asumidas por Ackerknecht (1967) y ampliamente documentadas por Gelfand (1973a) (1973b) y (1981).

¹⁹ Cfr. las opiniones contemporáneas de Chambon de Montoux, en Gelfand (1977). El primer, o uno de los primeros hospitales formalmente laicos de Francia, fue el promovido por el Colegio de Cirujanos de París (Gelfand, 1973b).

de 100 cirujanos.²⁰ Es reseñable, asimismo, que la primera regulación de la enseñanza clínica en Francia tuviera lugar en el contexto de los estudios de cirugía.²¹

2.2. La observación clínica

Los hombres de la Escuela de París rechazaron expresamente los distintos sistemas médicos imperantes a lo largo del siglo XVIII en tanto que especulativos. La única tradición que reconocen es la de

«...los médicos observadores de todos los siglos...»²²

Esto es, los Hipócrates, Sydenham, Morgagni, tan repetidamente citados por Bayle: únicos que, en su opinión, se han atenido estrictamente a los hechos. Entiéndase que los términos «observación» y «observador» hacen referencia, en este contexto, a un modo genérico de experiencia cognoscitiva enfrentado al modo «filosófico», «racional» o «sistemático» que tenía como supuesto básico la primacía del intelecto sobre los datos sensibles.²³

Esta insistencia metodológica antisistemática y radicalmente empírica que mostraba ejemplarmente nuestro Bayle al defender su tesis doctoral,

«...la naturaleza hay que observarla, no adivinarla; más vale confesar nuestra ignorancia en lo que no conocemos que levantar un edificio suntuoso sobre arenas movedizas»²⁴

es un rasgo de escuela que se corresponde con la influencia decisiva que sobre toda una generación médica alcanzó una particular teoría filosófica: el sensualismo de Condillac (+ 1780). Los seguidores de esta doctrina, una versión radicalizada del empirismo de J. Locke (1632-1704), se agruparon en el movimiento conocido como *Idéologie*, que tan relevante papel tuvo en los acontecimientos revolucionarios. Figura central entre los «idéologues» fue el

²⁰ Greenbaum (1979) pág. 247.

²¹ Cfr. el *Règlement pour les hôpitaux militaires de Strasbourg, Metz et Lille fait sur l'ordre de roi par F. Haudesierck* (1775), donde —art. XII— se obligaba a seguir un curso de práctica clínica anual, cit. por Foucault (1966), pág. 89.

²² Bayle, G.L. (1810), pág. XIV.

²³ Este es el sentido de la «physiologie d'observation» de Bichat frente a la «physiologie rationnelle», cfr. Albury, W.R. (1977).

²⁴ Recogido en Bayle, A.L. (1841) pág. 888.

¹⁴ Coury, C. (1970), pág. 150.

¹⁵ Bayle, A.L. (1841), pág. 893.

médico P.J.G. Cabanis (1757-1808), uno de los profesores de la inicial Escuela de Salud parisina y destacado reformador social.²⁵

Los rasgos fundamentales de la teoría del conocimiento sensualista eran la afirmación de las sensaciones como hechos psicológicos básicos (las ideas se forman a partir de la experiencia sensorial) y el empleo universal del método de análisis como vía de conocimiento (lo que consiste en ir descomponiendo los objetos del conocimiento en sus partes constituyentes, hasta conseguir las más simples). El método analítico, en opinión de sus propugnadores, se oponía naturalmente a la construcción de sistemas, basándose

«...en observar hechos con la mayor atención, en inferir de ellos sólo las conclusiones más ciertas, en nunca conceder a las hipótesis la estabilidad de los hechos, en proponerse no asegurar verdades a menos que estén naturalmente unidas sin fallos, en admitir francamente lo que uno desconoce y en preferir continuamente la ignorancia más absoluta a cualquier aserto que sólo sea probable...»²⁶

Compárese esta declaración programática de la *Idéologie* con las afirmaciones sustentadas por Bayle y expuestas más arriba y podrá tenerse idea del grado de identificación de nuestro autor con las tesis metodológicas del sensualismo.

En definitiva, el movimiento ideologista vino a reforzar la tendencia empírica en medicina. De este modo, el grueso de la obra central de Bayle, sus investigaciones sobre la tisis, está compuesto por la presentación de 54 historias clínicas,²⁷ incluyendo los protocolos de necropsia, que él denomina «observations». Dichas observaciones fueron redactadas, afirma,

«...con la exactitud más escrupulosa...»²⁸

atendiéndose estrictamente a lo ofrecido a los sentidos del patógrafo.

Mas esta práctica no es original, por sí sola no constituye un hallazgo novedoso. Hemos hablado de un refuerzo de las tendencias empíricas de la medicina, que ya en el XVII habían fructificado en los primeros conatos de enseñanza clínica y en un

²⁵ Rosen, G. (1946); Staum, M. (1980).

²⁶ De los *Elements d'Idéologie* (2ª. ed., 1804) de Des-tutt de Tracy, cit. por Rosen (1946).

²⁷ Se extienden entre las páginas 118 y 414, ocupando tres cuartas partes del texto total.

²⁸ *Op. cit.*, pág. 2.

importante acopio de datos anatomopatológicos. En este sentido, París corona una tradición que viene desde Padua, Leyden, Viena,... mediante:

1. La extensión al cadáver de los supuestos observacionales de manera sistemática.
2. La generalización del método ligada a los cambios básicos producidos en la estructura hospitalaria.

Si la necropsia no es un «descubrimiento» de la Escuela de París, sí lo es su universalización como requisito metódico imprescindible. Así, la más importante recolección de informes autópsicos del siglo XVII, el *Sepulchretum...* de Th. Bonnet (1679), incluía la descripción de 150 casos de tisis pulmonar,²⁹ el *De sedibus...* de Morgagni (1761) reunía en total unas 500 necropsias; su homólogo francés, la *Historia anatomicomedica...* de J. Lieutaud (1767) llegaba a las 1.200, tratándose en ambos casos de recopilaciones, mientras que de A.V. Haller (1708-1777) se conoce que realizó personalmente unas 350 necropsias durante sus casi 20 años de profesor de Göttingen.³⁰ Pues bien, las *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (1810) están basadas en la apertura de más de 900 cadáveres.

En el vivo, el objeto de la observación era cifrado por Bayle en conocer las manifestaciones externas de la enfermedad. Primordialmente los que llama *síntomas vitales*, puesto que los físicos u orgánicos son determinados por la necropsia. Por tanto, para el conocimiento de la amplia clase de enfermedades que cursan con ausencia de lesión orgánica (sólo como alteraciones de las funciones vitales) la observación clínica es la única arma que existe al alcance del médico. Con ella conocerá los síntomas, unirá bajo una misma denominación enfermedades de manifestaciones sintomáticas análogas y las considerará «en cierto modo, como individuos de la misma especie», compartiendo el pronóstico y el tratamiento. Mas no por ello deja de reconocer que ésta es una modalidad de conocimiento subjetiva y limitada, «poco positiva», según el texto que reproducimos más adelante.

2.3. La nosotaxia more botanico

Una de las vías de desarrollo del programa renovador de Thomas Sydenham aparecidas en el siglo XVIII es la sucesión de intentos por conseguir una clasificación de las enfermedades con valor univer-

²⁹ Coury (1972), pág. 80.

³⁰ Puschmann (1891), pág. 400.

sal. Los distintos intentos tuvieron un origen común, la necesidad de «describir como los pintores y ordenar como los botánicos» esa parcela del mundo natural que constituyen las enfermedades (consideradas al mismo nivel ontológico que los animales o las plantas) y una identidad también de objetivos, contribuir al desarrollo de la medicina y mejorar la aplicación de remedios terapéuticos. De manera colateral aunque importante, hay que señalar sus efectos sobre la enseñanza (unificación de nomenclaturas). El introductor en Francia de esta tendencia fue un médico de Montpellier, F. Boissier de Sauvages (1706-1767), quien adaptó los sistemas botánicos (clases, órdenes, géneros y especies) de clasificación. Para 1800, el número de nosografías era enorme.³¹

Un rasgo obligadamente común a las distintas «nosologías» o clasificaciones fue el estar fundadas sobre los caracteres externos (apariencias) de las enfermedades, lo cual, indirectamente servía de fomento a la observación clínica. Una vez conseguido delimitar, en la repetida observación de cuadros análogos, sus rasgos comunes, se definían las distintas especies morbosas, cuya combinación ordenada constituía cada «nosología». La multiplicación de éstas obedecía a la variación en las manifestaciones externas de las enfermedades, que impedía muchas veces el acuerdo entre distintos observadores; el segundo elemento de desacuerdo radicaba en el tipo de ordenación a que debían someterse las distintas especies. En cualquier caso, el lenguaje era el principal factor de ordenación de esa realidad natural a la que se enfrentaban los médicos ilustrados: de ahí su preocupación por la redacción de historias clínicas. La imagen prototípica del médico francés de la época bien puede ser el Leroy pintado por David: sentado en su gabinete escribiendo.³²

Condillac, el padre del sensualismo, se persuadirá de que las ciencias se reducen a *lenguajes bien contruídos*.³³

Para el médico práctico, en este contexto, la observación conduce al diagnóstico, es decir a la clave ideal que, al situar el particular padecimiento en su lugar correspondiente de la clasificación nosológica,

³¹ Un examen contemporáneo de las distintas nosografías es el contenido en el artículo homónimo de Pinel y Bricheteau (1819).

³² Gelfand, T. (1977), pág. 404.

³³ Pinel-Bricheteau (1819), pág. 262.

³⁴ Así pudo escribir Pinel que el problema básico que debían resolver los médicos era el siguiente: dada una enfermedad, encontrar su lugar apropiado en un cuadro nosológico.

garantiza el conocimiento de su esencia, de su pronóstico y su tratamiento.³⁴

Esta doctrina patológica encontró inesperada convalidación y un éxito (efímero) en la medicina hospitalaria. La ordenación racional de los hospitales a que antes nos hemos referido hizo necesario un sistema clasificatorio asimismo racional de las enfermedades.

El atenuamiento a los caracteres externos de la enfermedad (síntomas), fenómenos variables por su propia naturaleza, para construir los cuadros nosológicos, había terminado por convertirse en fuente de confusión. Las clasificaciones se multiplicaban, variando el número y localización de las especies morbosas, careciendo todas de un fundamento objetivo. Así, Richard Morton, definía 16 especies de tisis en 1689; F. Boissier de Sauvages llegaba a las 20 en 1732; Antoine Portal, en 1792, establecía 14, etc. Ante tamaña situación, Bayle, en 1802, opinaba así:

«Debería abandonarse esta parte de la medicina (nosología) si no hubiera medio alguno de dotarla de mayor precisión; el profesor Pinel parece haber sentido la necesidad de ello y sin duda desarrollará los medios pertinentes...»³⁵

Se refería, pues, a la *Nosografía filosófica*, cuya primera edición se presentó al público en 1799. Lo que nuestro Bayle alababa del intento de su maestro era, sin duda, la aplicación del método analítico, común a las ciencias, al caso de la Medicina, igualada así por vía de los hechos con ellas; por tanto, dotada «de mayor precisión». Esta aplicación del método analítico realizada por Pinel partía de los fenómenos observados clínicamente, a los que se relacionaba con sus fuentes orgánicas e, incluso, con los distintos elementos que componían estas. La reconstrucción inductiva del «todo» abocaba en *cinco clases* (fiebres, inflamaciones, hemorragias, neurosis y lesiones orgánicas), subdivididas en *órdenes* (según la localización orgánica o titular), éstas en *géneros* (bien por su duración, su localización específica o sus síntomas característicos) y *especies*. Mas, como ha señalado Foucault (1966), lo que Pinel localizaba no eran las enfermedades sino las manifestaciones sintomáticas, que actuaban a modo de señales manifestadoras de la esencia de las enfermedades.

Ya se advierte en el texto citado que no se pronuncia una alabanza incondicionada, sino que se se-

³⁵ Cit. por Fischer-Homberger (1970).

ñala una posibilidad, finalmente no realizada. En otros lugares de la misma obra de Bayle a que hemos referencia, su tesis doctoral de 1802, éste insistió en tres aspectos esenciales, a su entender, para el futuro de las «nosologías».

— Su carácter de construcciones abstractas.

— La necesidad de conseguir denominaciones de las enfermedades que estuvieran ligadas a sus manifestaciones permanentes (anatomopatológicas, en las enfermedades que cursan con lesiones orgánicas).

— La utilidad de tales clasificaciones para el médico práctico, es decir para diagnosticar, pronosticar y tratar.

En consecuencia, Bayle defendió, para conseguir la mayor objetividad, y, por tanto, utilidad práctica, a la nosotaxia, el empleo del *método analítico* (estudio monográfico de las unidades a combinar: las enfermedades particulares definidas por sus lesiones) y el uso de los sistemas anatómicos como base de la clasificación. Esto último en línea con la propuesta anterior de Bichat³⁶ y en expresa oposición a Pinel.³⁷

En la tensión generada por una teoría, la nosotaxia ilustrada, y el impacto del empirismo sensualista, la primera aparece como insuficiente y tremendamente alejada de la realidad, a la que pretendía ordenar en base a especulaciones. En ese punto, Bayle, pretendiendo aunar lo útil de la «nosología» con la nueva experiencia, *puso la anatomía patológica al servicio de la fundamentación objetiva de aquélla*. Su aportación básica, por la que sobrepasa a Pinel y los restantes autores del momento preocupados por adecuar la nosotaxia a los nuevos conocimientos,³⁸ radicó en *situar el elemento o unidad clasificatoria en el tipo de lesión orgánica*: no en su localización orgánica ni en los síntomas, sino en la *estructura íntima de las degeneraciones orgánicas, en su curso y modo de evolución*.³⁹

Por ello dedicó toda su vida al estudio de enfermedades, como la tisis y las cancerosas, donde la primera necesidad era la de definir las características de sus peculiares lesiones orgánicas. Por ello estimuló a que se dedicaran estudios monográficos, en el mismo sentido, a otros padecimientos — Ackerknecht ha hablado de la «era de las monogra-

³⁶ Cfr. Beclard (1829), pág. 15.

³⁷ Pinel y Bricheteau (1819), págs. 208 y 253.

³⁸ Cfr. Albury, W.R. (1978).

³⁹ Véase el texto de Bayle que reproducimos a continuación.

ñas» en la medicina de París—. Sólo después del riguroso conocimiento de éstas sería posible construir una clasificación de enfermedades acorde con la realidad.

De hecho, este programa supuso (Broussais, Laennec) la destrucción de los supuestos nosotáxicos, contribuyendo así al triunfo de la medicina anatomoclínica.

2.4. El vitalismo

Entiéndese por vitalismo la doctrina que asigna diferencias ontológicas, esenciales, a las fuerzas físico-químicas que operan en el mundo no viviente, frente a la fuerza «vital» exclusiva de los seres vivos. Unas y otras serían irreductibles entre sí. Dicha doctrina informó la medicina ilustrada como se practicó en el Montpellier del siglo XVIII, siendo parte fundamental (o por mejor decir, continente) de la obra de X. Bichat, como ha demostrado Laín.⁴⁰

El ejercicio de la observación clínica en Bayle se encontraba sometido a estos supuestos vitalistas, muy posiblemente transmitidos por magisterio de Bichat. Con éste, Bayle remitía la causa de las enfermedades al

«...desorden de las propiedades de la vida o de las funciones...»⁴¹

Dicha alteración (lesión vital) sólo sería cognoscible por sus efectos: los síntomas vitales (aceleración de la respiración, intermitencia del pulso...), los cuales no dejan huella en el cadáver, y los síntomas físicos (tumefacción, dolor, rubicundez), derivados de la existencia de lesión orgánica, cuya huella permanece tras la muerte. Los primeros son, pues, fugaces, mientras que los orgánicos son permanentes. Entiéndase que las lesiones orgánicas son fruto, siempre, del desorden vital.

La peculiar naturaleza de dichos trastornos vitales impide, según Bayle, su conocimiento científico. Así nos lo explica el prólogo de sus *Recherches sur la phthisie pulmonaire*:

⁴⁰ Sobre el vitalismo de Bichat, cfr. Laín Entralgo (1946) y (1948); Haigh (1975); Albury (1977).

⁴¹ Aunque Bichat no escribió sobre Patología, la idea de enfermedad que se desprende de la lectura de sus *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* es absolutamente similar a ésta. Por ejemplo: «...las funciones experimentan un cambio tan notable, cambio infinitamente variable, que produce las innumerables variedades de la enfermedad». *Op. cit.* (trad. española en Laín, 1946, pág. 229).

«...no ha pretendido explicar cómo actúa la naturaleza para producir la tisis. El autor ignora la mayoría de las leyes que rigen el cuerpo humano, en estado de salud como en estado de enfermedad, y aunque ha leído numerosos escritos sobre este tema, que denotan el mucho talento de sus autores, nunca ha sabido penetrar en los secretos que el Todopoderoso parece haberse reservado...»

Vitalismo, pues, profundamente religioso. La irreductibilidad de las fuerzas vitales al plano físico-químico relega la fisiología, y la fisiopatología, al ámbito de la especulación. La consecuencia es que *sólo la anatomía patológica es capaz de fundamentar científicamente la medicina*. Sólo los síntomas físicos son duraderos, sólo el conocimiento de la subyacente lesión orgánica puede alcanzarse de modo objetivo (mediante la indagación anatómica).

Y si su trabajo, como hemos reseñado en el punto anterior, remitía en principio dicha actividad anatomopatológica —siempre en el cadáver, por supuesto— a proporcionar la base de una nosotaxia, la propia práctica terminó por alejarlo de ella y otorgarle una razón en sí misma, contribuyendo de este modo a la constitución independiente de la Anatomía Patológica como disciplina propia. Es lo que se observa al comparar sus conclusiones sobre la tisis pulmonar de 1810 (una de cuyas especies era la «tisis cancerosa», nuestro cáncer de pulmón) y el texto de 1812 que incluimos a continuación (donde enfermedades cancerosas y tuberculosas aparecen absolutamente diferenciadas por la *peculiaridad de sus respectivas lesiones, independientemente de su ubicación en el organismo*).

III. El texto elegido: Consideraciones generales sobre los auxilios que la Anatomía Patológica puede proporcionar a la Medicina

El artículo «*Considérations générales sur les secours que l'anatomie pathologique peut fournir a la médecine*» apareció incluido en el epígrafe «*Anatomie Pathologique*» del *Dictionnaire des Sciences médicales* (vol. 2; París, 1812). Dentro del mismo epígrafe, y precediendo al texto de Bayle, aparecía la contribución de Laennec al mismo tema. Curiosamente, esta obra de Bayle no ha sido señalada ni comentada por ninguno de los autores contemporáneos que se han ocupado de él, hasta el punto de estar ausente de la bibliografía que ofrece Rousseau (1971).

El mencionado *Dictionnaire...* fue una obra universal, digno monumento al espíritu enciclopédico de la

Ilustración que pervivía entre los médicos del primer tercio del siglo XIX. Llegó a abarcar 60 volúmenes, editados entre 1812 y 1822. Fue vertido al castellano entre 1821 y 1827, reducido a 39 volúmenes. Su edición original corrió a cargo de una numerosa Sociedad de Médicos y Cirujanos que reunía a la práctica totalidad de las eminencias de la época, salvo a Broussais y sus seguidores inmediatos, contra cuyas opiniones adoptó una postura generalmente beligerante. En conjunto aparece como la contribución cumbre de la medicina del sensualismo.

En el artículo del que tratamos, Gaspard L. Bayle expone las ventajas y los límites que presenta el empleo de la anatomía patológica en el ejercicio médico; es decir, según lo expuesto, en orden a la «clasificación de enfermedades y la distribución de sus especies». Dicha tarea, según Bayle, proporciona la base del diagnóstico y del tratamiento, esencia de la actuación médica en donde hay que evitar los errores. A ello contribuye la anatomía patológica, cuyo cultivo riguroso, reflejado en sucesivas monografías, ha de ser la vía regia para el fortalecimiento de los saberes médicos. Mas por fuera de esta explícita subordinación a la nosotaxia, casi diríamos que a pesar del propio Bayle, se nos muestra la importancia que alcanza, por sí mismo, el conocimiento de la estructura íntima y el curso o evolución propios de cada lesión orgánica.

ANATOMIA PATOLOGICA. (Consideraciones generales sobre los auxilios que la anatomía patológica puede proporcionar a la medicina)

La anatomía patológica se ha cultivado poco antes de la mitad del siglo dieciocho. Es nueva en cierto modo, porque pocos médicos se han dedicado a ella como objetivo especial de sus investigaciones. Sus aplicaciones a la nosografía no están aún exactamente determinadas. Sus ventajas son objeto de controversia: demasiado generalizadas por algunos entusiastas, han sido muy limitadas por médicos muy instruidos, pero casi extraños a este ramo de la medicina, que no había constituido parte esencial de sus estudios, y que los médicos más célebres como Hipócrates, Galeno, Sydenham y Boerhaave no han conocido, o si acaso muy superficialmente. No será, pues, fuera de propósito discutir con alguna extensión los principios con cuyo auxilio se puede llegar a determinar las ventajas que la medicina puede obtener de la anatomía patológica y los lími-

tes a que se deban reducir las aplicaciones de esta ciencia a la nosografía y a las demás partes de la medicina. Si esta gran cuestión estuviese bien ilustrada distinguiríamos con exactitud: primero, las enfermedades en que el estudio de la anatomía patológica no puede servir de utilidad alguna; segundo, aquellas en que su utilidad es muy limitada; tercero, aquellas, en fin, cuyo conocimiento puede completarse o perfeccionarse por la atenta observación de las lesiones que se advierten después de la muerte en los órganos en que ha tenido su asiento la enfermedad.

Para proceder a un examen riguroso y a una discusión profunda de los principios, resultados y aplicaciones de la anatomía patológica, es indispensable presentar algunas ideas generales relativas a la naturaleza de las diversas enfermedades.

Las enfermedades se reducen a lesiones vitales, a lesiones orgánicas y afecciones compuestas de estos dos géneros de lesiones. Decimos lesiones vitales a las alteraciones de las propiedades vitales o de las funciones y llamamos lesiones orgánicas a los vicios de los sólidos, cuyas señales se pueden conocer aun después de la muerte. Los síntomas son las alteraciones manifiestas que inducen las enfermedades en el ejercicio de las funciones o de las propiedades vitales. Por los síntomas, pues, podemos reconocer las lesiones vitales. Así, la aceleración en el modo de respirar es un síntoma que nos hace descubrir la lesión de la respiración; la intermitencia del pulso nos hace advertir la lesión de la circulación; el enrojecimiento, la tumefacción y el dolor que acompañan al flemón, nos anuncian la lesión de las propiedades vitales de la piel y del tejido celular de la parte inflamada. Entre los síntomas, unos son momentáneos, fugaces, variables y unidos al ejercicio de las funciones o de las propiedades vitales y no dejan, después de la muerte, vestigio alguno de su existencia: a éstos llamaremos síntomas vitales. Otros tienen una duración permanente y dejan vestigios manifiestos después de la muerte; a éstos llamaremos síntomas físicos, reconociendo sin embargo que su origen debe atribuirse a la acción vital. En el cáncer de pecho, los dolores lancinantes son un síntoma vital; la tumefacción y la dureza de la parte enferma son síntomas físicos. El síntoma vital se distingue de la lesión vital, a mi modo de ver, en que el síntoma es una lesión manifiesta que hace presumir por ella otra que sólo es conocida por vía de conclusión. Tocando el pulso se distingue la fuerza, la debilidad, la igualdad de las pulsaciones arteriales, lesiones que son síntomas vitales; y éstos mismos indican el desorden de la circulación de la que sin embargo, no se han podido examinar más que

algunas modificaciones: luego este cambio es una lesión vital; pero, en realidad, esta última y el síntoma vital son casi siempre una misma cosa. En el mismo caso están la lesión orgánica y el síntoma físico: muchas veces son una misma alteración considerada bajo dos puntos de vista diferentes. Un cambio manifiesto, continuo y permanente, acaecido en una parte sólida, es un síntoma físico, cuando sirve para conocer una enfermedad. La lesión orgánica es este mismo cambio: ya la percibamos, o ya se escape a nuestras investigaciones, hecha abstracción de los auxilios que sacamos de ella para conocer las enfermedades. Así es como en un escirro ulceroso del estómago, el tumor, la dureza, la ulceración, son lesiones orgánicas; pueden ocultarse tan profundamente que no las podamos percibir; pero si tocamos la dureza y el tumor, la tumefacción y la induración son síntomas físicos que nos dan a conocer el escirro del estómago.

En una misma enfermedad hay muchas veces lesiones vitales, lesiones físicas, síntomas vitales y síntomas físicos. En un gran aneurisma del corazón, en su último grado, la alteración del pulso, las palpitaciones del corazón, la sofocación, la tos, etc. son síntomas vitales. El aumento del volumen del corazón que se advierte por el tacto, la infiltración del tejido celular, el infarto azulado de los labios, el abotamiento de la cara, son síntomas físicos. El desorden de la circulación y de la respiración, son lesiones vitales. Las alteraciones acaecidas en la estructura del corazón, el extraordinario grueso de sus paredes, el infarto seroso de todo el tejido celular, son lesiones físicas.

Estos preliminares, aunque muy extensos, son indispensables para difundir alguna luz sobre las ideas que debemos exponer aquí y para saber apreciar en su justo valor los auxilios que la medicina puede sacar de la anatomía patológica.

Hemos llamado lesiones vitales a todas las alteraciones de las propiedades de la vida y de las funciones y hemos designado con el nombre de lesiones orgánicas todos los cambios de textura o forma, cuyas señales pueden reconocerse después de la muerte. Las lesiones vitales pueden ser primitivas y espontáneas, y no producen siempre una degeneración orgánica, aún cuando ocasionen la muerte; pero las lesiones orgánicas siempre son consecutivas y no pueden hacerse mortales sino determinando lesiones vitales. No existen pues, hablando con propiedad, enfermedades orgánicas primitivas y espontáneas. Todas las lesiones orgánicas que observamos, ya sea durante la vida, ya después de la muerte, dependen de una lesión anterior de las propiedades vitales, de un desorden cualquiera en el

ejercicio de las funciones, o bien son efecto de una causa externa.

Las lesiones orgánicas se distinguen de las enfermedades orgánicas. Entendemos en este lugar bajo el nombre de lesiones orgánicas, no solamente las alteraciones orgánicas, sino también todas las alteraciones de volumen, de textura, o de color, etc., que son efecto de una enfermedad o de una causa externa y cuyas señales se encuentran bien manifiestas después de la muerte.

Se ha dado el nombre de enfermedades orgánicas a las afecciones crónicas que esencialmente dependen de una alteración física, grave y permanente de cualquier parte sólida de la economía animal. Las enfermedades orgánicas son efecto de las lesiones orgánicas y éstas últimas, como ya se ha dicho, son producto de una lesión vital preexistente o de una causa externa. Pero estas enfermedades y estas lesiones no producen dolores ni ocasionan la muerte, sino alterando una después de otra las propiedades vitales, modificando o haciendo cesar el ejercicio de las funciones.

Las enfermedades y la muerte no son jamás efectos inmediatos de las causas externas. Estas causas no pueden producir más que lesiones orgánicas; pero estas lesiones, como las que son el resultado de la perversión de las propiedades vitales, ocasionan enfermedades si alteran estas mismas propiedades y las funciones: producen la muerte si apagan las propiedades vitales y si hacen cesar el ejercicio de las funciones. De modo que, en estas circunstancias, la enfermedad y la muerte son consiguientes a la lesión de aquellas propiedades y de las funciones. *Todas las enfermedades son pues, en su esencia, lesiones vitales, es decir, que consisten en un desorden de las propiedades de la vida o de las funciones.* Esta consideración basta para determinar la utilidad de la anatomía patológica, y para fijar los límites más allá de los cuales no puede ya enseñarnos nada. Después de la muerte no se pueden ya reconocer las lesiones vitales; las inspecciones cadavéricas no pueden, por consiguiente, instruirnos más que de las enfermedades y de sus causas ocasionales y nunca nos descubrirán las lesiones vitales que constituyen la esencia de las enfermedades.

La anatomía patológica no da a conocer más que lesiones físicas, y enseña a distinguir las alteraciones de la forma, del volumen, de la textura de las diversas partes de la economía animal. Si se examina la lesión de una arteria que presenta aneurisma formado espontáneamente, se encuentra un saco más o menos considerable lleno de capas sanguíneas y se nota una abertura en las paredes de la arteria. La enfermedad primitiva no era la abertura de la arte-

ria; era, sí, una perversión de las propiedades vitales de la arteria que, acarreado la abertura de la arteria, ha producido el aneurisma. La alteración de los pulmones que se observa en los sujetos que han succumbido a una tisis pulmonar constitucional, no es la enfermedad primitiva: esta alteración es una lesión orgánica. Al principio ha sido producida por una lesión vital cualquiera; pero llegada ya a cierto grado de desarrollo, la lesión orgánica ha producido a su vez lesiones vitales, como son un impedimento en la respiración, la tos, la calentura héctica, la alteración de la nutrición, etc.; en fin, ha hecho cesar el ejercicio de las funciones.

Muchas veces es imposible llegar hasta la causa primitiva de las lesiones vitales que han producido lesiones orgánicas. Solamente es fácil cuando se trata de enfermedades contagiosas. El principio contagioso afecta las propiedades vitales y las funciones; no se sabe exactamente en qué consisten esas lesiones vitales, pero se conoce que los principios contagiosos de la viruela, la sífilis, la peste, etc., alteran la salud, ocasionan desarreglos notables y producen con frecuencia numerosas lesiones orgánicas sólo a través de la inducción de una modificación particular en el ejercicio de las funciones. Un estudio profundo de las enfermedades ha dado a conocer que algunas son producidas por un principio contagioso que, en algunas circunstancias, es visible y palpable, mientras en otras no está al alcance de nuestros sentidos, aunque su existencia no se pueda poner en duda, puesto que voluntariamente podríamos propagar la enfermedad con el auxilio de los medios capaces de favorecer el desarrollo del contagio. La observación clínica nos da a conocer algunas lesiones vitales ocasionadas por las enfermedades. Esta misma observación y la abertura de los cadáveres nos hacen conocer las lesiones físicas que traen consigo ciertas enfermedades. Como tenemos conocimientos muy limitados para descubrir la verdadera causa o íntima naturaleza de la mayor parte de las enfermedades, estamos reducidos a observar sus síntomas y a estudiar con cuidado las lesiones orgánicas que producen. Considerando todas las enfermedades bajo este punto de vista, podríamos formar de ellas tres órdenes, cuya distinción facilitaría mucho las aplicaciones de la anatomía patológica.

1º El examen de los síntomas nos hace mirar como semejantes las enfermedades individuales que van acompañadas de los mismos síntomas y *colocamos estas enfermedades bajo un mismo nombre y las miramos, en cierto modo, como individuos de la misma especie.* Cuando ignoramos la primitiva

causa de las enfermedades, y al mismo tiempo ocasionan estas ninguna lesión orgánica, es imposible distinguirlas de otro modo más que por los síntomas fisiológicos que las acompañan.

2º Pero cuando tenemos nociones más positivas de la naturaleza de las enfermedades, cuando son contagiosas, no ponemos solamente la atención en los síntomas que las acompañan y en las lesiones orgánicas que producen, sino que examinamos principalmente la identidad de su origen y reunimos estas enfermedades bajo una misma denominación, aún cuando la mayor parte de sus síntomas sean diferentes en individuos diversos, o en ciertas estaciones. Así es que miramos como variedades de la misma especie las viruelas confluentes y las que sólo producen la erupción de un solo grano capaz de transmitir la enfermedad. Según este principio, también colocamos bajo una misma denominación dos hidrofobias ocasionadas por la mordedura de un perro rabioso, aunque uno de los dos enfermos haya tenido extraordinarias convulsiones, vómitos repetidos, furor maniático, vehemente deseo de morder, insuperable horror a los líquidos, etc. mientras que el otro ha muerto de la misma enfermedad sin haber experimentado casi ningún accidente, fuera de una especie de constricción en la garganta y algunos otros síntomas moderados, que no han producido ni furor, ni convulsiones universales, ni deseo de morder, ni imposibilidad de tragar agua.

3º Por último hay enfermedades que van acompañadas de lesión manifiesta de las propiedades vitales y de las funciones, al mismo tiempo que ocasionan lesiones orgánicas. Cuando estas enfermedades, cuyo origen y naturaleza nos son desconocidas, presentan los mismos síntomas al propio tiempo que determinan las mismas lesiones orgánicas, las incluimos en una misma denominación y las consideramos, sin duda, como de una misma especie. Las investigaciones de la anatomía patológica son muy útiles para dar un conocimiento exacto de las lesiones orgánicas que acompañan a este último orden de enfermedades; no son, ni con mucho, de tanta utilidad en el estudio de las enfermedades relativas a los órdenes precedentes.

Si el estudio de la medicina no presentase mayores dificultades que las de los ejemplos hasta aquí citados, la utilidad de la anatomía patológica estaría bien reconocida, sus límites estarían marcados y nunca sería necesario examinar si puede sacarse mayor partido de los auxilios que puede suministrar esta ciencia. Pero la clasificación de las enfermedades y la distinción de sus especies es algunas veces sumamente difícil. Por otra parte, se ofrecen en la

práctica de la medicina un gran número de casos muy confusos en los que no se sabe a qué especie atribuir una enfermedad que está a la vista. Es, pues, indispensable examinar si la anatomía patológica puede suministrar algunos auxilios para la distinción y clasificación de las enfermedades, así como si puede dar algunas luces en los casos particulares que parecen más embarazosos. Examinemos estas dos cuestiones importantes, tomando siempre por guía la exposición de los hechos que puedan servir para su resolución.

Se observan en diversos individuos enfermedades que presentan unos mismos síntomas, aunque no estén acompañadas de unas mismas lesiones orgánicas. Así es que, entre los que perecen de resultas de una diarrea crónica de vientre, los unos tienen intestinos ulcerados, al paso que estos órganos están intactos en otros. Entre los sujetos que padecen vómitos de un color obscuro, y mueren en un estado de marasmo, la mayor parte tiene un escirro ulcerado en el estómago, mientras que hay otros cuyo estómago no presenta ni induración escirrosa, ni úlcera. Por otra parte cierto número de enfermos mueren por efecto de una alteración orgánica semejante y, sin embargo, sus enfermedades habían presentado síntomas diferentes. Así es que, entre los sujetos que son víctimas de un escirro del estómago, hay un gran número que padecen vómitos oscuros, un tumor o al menos dolor epigástrico, etc.; al paso que otros no presentan ninguno de estos síntomas, que son casi generalmente considerados como característicos. Entre los enfermos que mueren con el pulmón ulcerado y lleno de tubérculos, la mayor parte tienen dolores de pecho, tos fatigosa, expectoración puriforme o sanguinolenta, calentura héctica, acompañada de sudores nocturnos, etc., mientras que otros no experimentan ninguno de estos síntomas o dejan de experimentarlos en los últimos momentos de su vida. En estas diversas circunstancias es en las que presenta grandes dificultades la clasificación de las enfermedades y la distinción de sus especies. Si se reúnen bajo una misma especie enfermedades que tienen unos mismos síntomas, será preciso reunir los vómitos espasmódicos crónicos con los escirros de estómago; el despeño crónico simple, con el que depende de ulceración de los intestinos; el catarro crónico del pulmón, con la tisis tuberculosa, etc., etc. Por otra parte si queremos atenernos exclusivamente a la lesión orgánica para la distinción de las enfermedades hay un gran número de éstas que no se podrán distinguir con certeza sino después de la muerte de los enfermos o después de su curación. ¿Qué debe hacer el médico situado entre dos escollos que a veces es imposible

evitar? Las lesiones orgánicas, así como los síntomas de las enfermedades, no dan a conocer su causa primaria, ni su esencia. Hablando con exactitud, es indispensable convenir en que los síntomas son efectos, lo mismo que las lesiones orgánicas; porque los síntomas son el resultado de la lesión de las propiedades vitales y de las funciones. La causa de esta lesión de las propiedades de la vida y de las funciones es la verdadera causa de la enfermedad y la enfermedad en sí misma no es sino la reunión de las lesiones vitales, cuyos síntomas son los efectos.

Se deberán pues distinguir los síntomas, como hemos indicado anteriormente, en dos órdenes. Se designarán los unos con el nombre de síntomas vitales o fisiológicos; los otros con el de síntomas físicos o mecánicos. Pero estos diversos síntomas, unos y otros, son el efecto de las enfermedades, y no las enfermedades mismas. No se puede, sin embargo, conocer estas últimas sino por los síntomas que las acompañan o por la causa que las produce. Mas cuando las enfermedades no son evidentemente contagiosas, y no se conoce la causa que las produce, se puede a lo más sospecharla, quedando expuestos a perdernos en el vasto campo de las suposiciones.

La mayor parte de las enfermedades no pueden conocerse más que por sus síntomas, es decir, por sus efectos. ¿Pero cuáles son entre los síntomas aquellos a que debemos atenernos principalmente para establecer las diversas especies de enfermedades? ¿Cuáles son los más constantes, los menos sujetos a equivocación y, principalmente, los más idóneos para hacernos conocer con exactitud las afinidades de las diversas enfermedades y sus caracteres difinitivos? En una palabra, ¿se dará preferencia a los síntomas físicos, que son de la jurisdicción de la anatomía patológica? ¿Se le dará a los síntomas vitales, que no tienen relación alguna con esta ciencia?

De algunos años a esta parte, algunos médicos de un mérito eminente, como Morgagni, Stoll, y algunos médicos franceses que no nombro, porque aún viven, parece que hayan dado a la medicina un nuevo impulso, que ha decidido, por decirlo así, la cuestión de que tratamos. Todos convienen en que en las enfermedades que no son evidentemente contagiosas, y que constantemente están acompañadas de lesión orgánica, se pueden mucho mejor establecer y conocer las especies según esta lesión y los síntomas físicos, que con arreglo a los síntomas vitales; los médicos instruidos no dudan también en reconocer su error, cuando han tomado una peritonitis aguda por un cólico espasmódico, o bien la estrangulación de un intestino por un vómito es-

pontáneo bilioso. Se nota, pues, que en nuestros días, en las enfermedades que no son claramente contagiosas y cuya primitiva causa no se conoce, las lesiones orgánicas se consideran por la mayor parte de médicos como más decisivas que las lesiones vitales para indicar con precisión el carácter y las afinidades de las enfermedades. Podemos dar mayor grado de evidencia a nuestra aserción confirmando con otros ejemplos sacados los unos de entre las enfermedades crónicas y los otros de las agudas. Cuando dos enfermos han experimentado durante muchos meses sofocaciones, palpitaciones de corazón y un desarreglo notable en la regularidad de las pulsaciones arteriales; si acaban por ponerse hidrópicos y sucumben teniendo la cara abotagada y vetada y los labios lívidos, nos persuadimos que han sido víctimas de una misma enfermedad. Pero si abriendo el cadáver se encuentra en uno de los dos un aneurisma del corazón y una notable contracción de los orificios de esta víscera, cuyas válvulas están en parte osificadas; y en el otro no se advierte absolutamente alteración alguna del corazón, ni ninguna otra lesión orgánica, se reconocerá el error del diagnóstico y quedaremos convencidos de que estas dos enfermedades, cuya marcha y síntomas han parecido unos mismos, eran no obstante de naturaleza del todo diferente: la una era enteramente incurable, la otra hubiera podido terminarse por la curación; la una pertenecía a la gran clase de enfermedades orgánicas, la otra a la de las afecciones que únicamente son el resultado de las lesiones vitales. Cuando dos enfermedades se han presentado bajo la apariencia de un vómito espasmódico, si después de la muerte se encuentra que el estómago de uno de los enfermos estaba afecto de un escirro ulcerado, mientras el del otro estaba sano igualmente que los demás órganos, salimos del error, y estas dos enfermedades que se habían confundido durante la vida de los enfermos, se colocan en dos clases muy diferentes. Se ve por estos ejemplos cuánto importa conocer las lesiones orgánicas para referir a su especie ciertas enfermedades que tienen un carácter crónico. El diagnóstico de las enfermedades agudas se rectifica muchas veces también por el resultado de la abertura de los cadáveres. Así es como una perineumonía latente, una pericarditis aguda, desconocidas durante la vida, se les da el nombre que las conviene, y se las coloca en las enfermedades de su especie, cuando se ha abierto con cuidado la cavidad del pecho.

La preferencia que se da a las lesiones orgánicas y a los síntomas físicos sobre los vitales, para la distinción de las enfermedades, ha influido sobremanera en la clasificación de éstas y en la determinación

de sus especies. Cuando a imitación de los naturalistas los médicos quisieron distribuir las enfermedades en clases, órdenes, géneros y especies, las clasificaron desde luego y las distinguieron casi exclusivamente con arreglo a sus síntomas vitales; pero no se tardó mucho en reconocer los inconvenientes de este modo de clasificar las enfermedades que unía las afecciones más desemejantes, como la indigestión, *vomitus a crapula*, y el escirro del estómago, *vomitus a pyloro calloso*; mientras que ponía a gran distancia las enfermedades más análogas, como la hemoptisis causada por tubérculos y la tisis tuberculosa (Sauvages, *Nosol. meth.*). Para remediar estos inconvenientes se han estudiado mejor las relaciones de las enfermedades y, a medida que se ha perfeccionado la nosología, se ha acabado por dar algo menos importancia a la semejanza de los síntomas vitales, y se ha puesto más particular atención en los síntomas físicos y en las lesiones orgánicas. Desde entonces se ha procurado reunir no precisamente las enfermedades que tenían mayor relación por sus síntomas más evidentes, sino las que se asemejaban por las lesiones orgánicas que las acompañan. De este modo, y con el auxilio de la anatomía patológica, se ha perfeccionado muy particularmente la clasificación de la mayor parte de las enfermedades, y aun de aquellas que no forman parte esencial de la clase de enfermedades orgánicas. Se puede encontrar un ejemplo manifiesto en la clasificación de las enfermedades inflamatorias, que ciertamente van acompañadas de lesión orgánica, pero que no se consideran como enfermedades orgánicas, porque la mayor parte de sus síntomas no guardan relación evidente con desórdenes producidos en la economía por el órgano que es el asiento de la enfermedad. Hace mucho tiempo que se conocía la íntima afinidad que había entre las inflamaciones agudas; pero hasta la mitad del siglo XVIII la mayor parte de las inflamaciones crónicas no han sido bien conocidas, ni se han visto sus estrechas relaciones con las inflamaciones agudas. Así se ha perfeccionado y extendido la clase de las enfermedades conocidas con el nombre de flegmasías o enfermedades inflamatorias y distribuido en sus diversos géneros, cuya reunión difunde muchas luces sobre esta clase de enfermedades. También se han colocado en una misma clase todas las enfermedades orgánicas, es decir, todas las enfermedades que, no siendo contagiosas, y naciendo de una causa primitiva que se oculta a nuestros sentidos, producen lesiones orgánicas que a la vez obran sobre las propiedades vitales y sobre las funciones, turbándolas de un modo más o menos grave. Esta gran clase de enfermedades exige todavía muchas

investigaciones. En efecto, se ha reunido bajo el nombre de enfermedades orgánicas un número muy considerable de afecciones que no tienen entre sí casi ninguna relación. Esta reunión no presenta quizá grandes inconvenientes; pero es muy importante que los órdenes, géneros, y particularmente las especies de esta numerosa clase de enfermedades, no incluyan más que afecciones de una misma naturaleza. Luego, por un estudio profundo del órgano dañado y de la naturaleza particular de la lesión, se podrá señalar con precisión el sitio y naturaleza de las enfermedades orgánicas y por consiguiente distribuir las en órdenes, géneros, y especies. Esta distribución no quitará todas las dificultades: y no impedirá que sea algunas veces imposible evitar el error en el diagnóstico y curación de las enfermedades individuales; pero fijará de un modo ventajoso la atención del práctico y le conducirá a examinar cuidadosamente por qué medios se podrán en seguida distinguir, durante la vida, enfermedades de diversa naturaleza que exigen diferente curación, y que no se puede, en el estado actual de la ciencia, distinguir con precisión, sino después de la muerte, o bien después de la curación de los enfermos. En los casos más dudosos, será muy laudable convencerse de la existencia de ciertas enfermedades de diversa naturaleza que pueden confundirse durante la vida: este convencimiento hará a los médicos jóvenes más atentos y circunspectos y preservará a los prácticos maduros de la presunción y demasiada confianza, defectos muy comunes a la humanidad y que son muchas veces perjudiciales en la curación de las enfermedades.

Es fácil advertir, por los pormenores en que acabamos de entrar, que los síntomas físicos y las lesiones orgánicas han servido de base para la clasificación y distinción de diversos órdenes, de muchos géneros y de un gran número de especies de enfermedades, ya sean agudas como la mayor parte de las inflamaciones, ya crónicas como las afecciones colocadas en el día entre las enfermedades orgánicas: la anatomía patológica es, pues, indispensable para fijar el sitio, y asignar el carácter de las enfermedades acompañadas de lesión orgánica. Por desgracia esta ciencia aún está tan atrasada, que no ha progresado bastante para proporcionar la suficiente claridad sobre los diversos géneros de las enfermedades orgánicas: muchas degeneraciones que presentan una estructura diferente, están todavía confundidas y reunidas bajo una misma denominación. Será difícil en mucho tiempo remediar estos inconvenientes, porque pocos médicos se han visto en disposición de inspeccionar muchos cadáveres. La anatomía patológica, lo mismo que la anatomía de

órganos sanos, no puede conocerse sino por un constante estudio; el que no ha estudiado más que la estructura de las partes sanas, reconocerá con facilidad al abrir un cadáver, los órganos que están dañados y la forma de lesión; pero si se halla sin los conocimientos que proporciona el estudio profundo de la anatomía patológica, caerá muchas veces en error cuando quiera determinar el carácter preciso de la lesión que tiene a su vista y verdaderamente no serán de una utilidad directa para la ciencia, sino cuando describa con exactitud la lesión que ha observado; si se contentase solamente con nombrar la alteración orgánica sin describirla, contribuirá muchas veces a esparcir nuevos errores. De estas nociones vagas de la anatomía patológica trae origen la confusión que presentan algunos escritos, con cuyo auxilio se han querido establecer las distinciones y la clasificación de muchas enfermedades orgánicas: de aquí han nacido numerosos e inevitables errores. Aclaremos con algunos ejemplos lo que acabamos de sentar. Estableciendo los órdenes, los géneros y las especies de la clase de las enfermedades orgánicas, se ha tomado comúnmente por base de la distinción el sitio y, algunas veces, la naturaleza de la lesión orgánica; pero no siempre se ha conocido bien el carácter distintivo y especial de esta lesión; de donde ha resultado que se han reunido bajo una misma denominación enfermedades de naturaleza del todo diferente. Se pueden citar como un ejemplo muy notable bajo este aspecto, las numerosas enfermedades reunidas bajo el nombre de escirro y enfermedades escirrosas. Con esta denominación se han confundido todas la induraciones crónicas e indolentes; cuando entre ellas unas son inflamaciones crónicas, otras tumores cancerosos en el primer grado y otras muchas deben reducirse a degeneraciones fibrosas, tuberculosa, etc. Estas diversas alteraciones orgánicas ya no pueden confundirse más de aquí en adelante. Las induraciones escirrosas son las únicas que se terminan por ulceración cancerosa; las inflamaciones crónicas son susceptibles de resolución; los cuerpos fibrosos propenden a osificarse; las degeneraciones tuberculosas pueden supurarse, pero cuando no cambian de naturaleza, nunca forman la base de una úlcera cancerosa.

Para remediar todos los inconvenientes que acabamos de señalar y perfeccionar la gran clase de enfermedades orgánicas, nada ofrecería más ventajas en el día que una monografía exacta de cada uno de los órdenes, o de los géneros que componen esta clase; sólo cultivando la anatomía patológica y haciendo uso de las luces que por ella podemos adquirir se alcanzará ese fin que nos proponemos. En efecto para tratar

como corresponde un objeto como éste, sería menester ante todo examinar con cuidado la naturaleza de las lesiones orgánicas que presenta cada una de las especies del orden de enfermedades que se hubiera elegido para constituir el objeto especial de un estudio profundo. La identidad de la lesión orgánica debe servir especialmente para probar la identidad de naturaleza entre las especies de un mismo género. Las lesiones que presentan enteramente una misma especie de alteración orgánica, deben mirarse como pertenecientes a enfermedades de un mismo orden, cualquiera que sea por otra parte el sitio de las enfermedades y la diferencia de sus síntomas. Tomaremos como ejemplo a este respecto las enfermedades cancerosas, las inflamatorias, las tuberculosas, etc. *Las enfermedades cancerosas presentan síntomas muy diferentes, tienen su asiento en diversos órganos; pero todas producen degeneraciones orgánicas, cuya estructura íntima tiene la mayor analogía; todas siguen poco más o menos un mismo curso; todas tienen una tendencia manifiesta a destruir la parte en que están situadas y a formar úlceras internas.* Estas enfermedades son, pues, evidentemente, de una misma naturaleza, pertenecen a un mismo orden y no deben colocarse en diversas clases ni siquiera distribuirse en diferentes secciones de una misma clase. Las inflamaciones guardan entre sí una íntima relación por la naturaleza de la lesión orgánica que las caracteriza; todas producen en la parte que ocupan alteraciones que tienen la mayor analogía; se consideran también como enfermedades que no deben distribuirse en diferentes clases; todas están reunidas bajo una denominación general, cualquiera que sea por otra parte su sitio. Lo mismo sucede con las enfermedades tuberculosas, y con los órdenes que componen la clase de enfermedades orgánicas. *Puesto que, como con el auxilio de la anatomía patológica se llega a reconocer la identidad o diferencia de naturaleza de todas las alteraciones orgánicas, es incontestable que aquella ciencia es quien principalmente debe conducirnos cuando queramos estudiar a fondo las enfermedades orgánicas, describir con exactitud su historia e indicar sus relaciones de un modo exacto.* En el estado a que la medicina ha llegado en el día, no es permitido ya formar la monografía de un orden o de un género de enfermedades orgánicas, sin aclarar las luces de la anatomía patológica. Los auxilios que esta ciencia suministra, aclaran y fijan las operaciones del práctico; hacen más seguro el diagnóstico y dan bases mucho más sólidas para su curación; porque esta es tanto más clara cuando más conocido es el carácter de la enfermedad.

[*Dictionnaire des Sciences Médicales* (Paris, 1812), vol. 2, págs. 61-73 (traducción española de 1821, revisada). Todos los subrayados son míos.]

Bibliografía

- Ackerknecht, E.H. (1967): *Medicine at the Paris Hospital (1794-1848)*. Baltimore.
- Albury, W.R. (1977): *Experiment and Explanation in the Physiology of Bichat and Magendie*. *Stud. Hist. Biol.*, 1: 47-131.
- Albury, W.R. (1978): *French Nosologies around 1800 and their relationship with chemistry*. En: Human implications of scientific advance. Proceedings of the XVth International Congress of the History of Science. Edinburgh 10-15 August 1977. (E.G. Forbes, editor) Edinburgh.
- Baas, H. (1891): *Outlines of the History of Medicine and the medical profession*. 2 vols. Huntington, (Reprint, 1971).
- Bayle, A.L. (1841): *Gaspard-Laurent Bayle*. En: *Biographie médicale*, vol. 2, París, 884-899.
- Beclard, P.A. (1829): *Anatomía Patológica. Último curso de Javier Bichat, según un manuscrito autógrafa de...* Madrid.
- Coury, C. (1970): *The teaching of Medicine in France from the beginning of the seventeenth century*. En: *The History of Medical Education*. C.D. O'Malley (ed.) Berkeley-Los Angeles, 121.
- Coury, Ch. (1972): *Grandeur et déclin d'une maladie. La Tuberculose au cours des âges*. Suresnes.
- D'Irsay, S. (1935): *Historie des Universités françaises et étrangères*. vol. 2 (du XVI^e siècle á 1860). París.
- Dezeimeris, Ollivier, Raige-Delorme (1818): *Gaspard-Laurent Bayle*. En: *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*. vol. 1, París.
- Dulieu, L. (1958): *L3 «Cancellaria» de Laurent Joubert*. *Monspeliensis Hippocrates*, nº 1: 17-26.
- Fischer-Homberger, E. (1970): *Eighteenth-Century Nosology and its Survivors*. *Med. Hist.* 14: 397-403.
- Foucault, M. (1966): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, (Ed. original en francés, 1963).
- Gelfand, T. (1973a): *A confrontation over Clinical Instruction at the Hôtel-Dieu of Paris during the French Revolution*. *J. Hist. Med.*, 28: 268-282.
- Gelfand, T. (1973b): *The Hospice of the Paris College of Surgery (1774-1793): «A unique and invaluable institution»*. *Bull. Hist. Med.*, 47: 375-393.
- Gelfand, T. (1977): *A clinical Ideal: Paris, 1789*. *Bull. Hist. Med.*, 51: 397-411.
- Gelfand, T. (1981): *Gestation of the clinic*. *Med. Hist.*, 25: 169-180.
- Granel, F. (1965): *Quelques souvenirs ser l'École de Santé et l'École de Médecine de Montpellier á la lumière des Registres des Délibérations (1794-1803-1808)*. *Monspeliensis Hippocrates*, nº 27: 7-21.
- Granel, F. (1962): *Un des derniers Docteurs de l'Université de Médecine de Montpellier: Joseph Roques (1772-1850)*. *Monspeliensis Hippocrates*, nº 16: 23-28.
- Greenbaum, L.S. (1979): *Nurses and doctors in conflict: Piety and medicine in the Paris Hôtel-Dieu on the eve of the French Revolution*. *Clio. Med.* 13: 247-267.
- Haigh, E. (1975): *The roots of the vitalism of Xavier Bichat*. *Bull. Hist. Med.*, 49: 72-86.
- Huard, P. y Imbault-Huard, M.J. (1975): *La clinique parisienne avant et apres 1802*. *Clio. Med.*, 10: 173-182.
- Lain Entralgo, P. (ed.) (1946): *Bichat*. Madrid.
- Lain Entralgo, P. (1948): *Sensualism and Vitalism in Bichat's «Anatomie Générale»*. *J. Hist. Med.* 3: 47-64.
- Pinel-Bricheteau (1819): *Nosographie*. En: *Dictionnaire des Sciences Médicales* (vol. 36). París.
- Puschmann, T. (1891): *A History of Medical Education*. New York (reprint, 1966).
- Rosen, G. (1946): *The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France*. *Bull. Hist. Med.* 20: 328-339.
- Rosseau, A. (1971): *Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816). Le Théoricien de l'École de Paris*. *Clin. Med.* 6: 205-211.
- Staum, M.S. (1980): *Cabanis. Enlightenment and Medical Philosophy in the French Revolution*. Princeton.
- Temkin, O. (1951): *The role of surgery in the rise of modern medical thought*. *Bull. Hist. Med.* 25: 248-259.

Recibido. Septiembre 1981.

E. Rodríguez Ocaña. Departamento de Historia de la Medicina.
Universidad de Granada. Granada. ESPAÑA.



Gaspard Laurent Bayle.
Né le 18 Août 1774, mort le 11 Mai 1816

22. Van Der Berg, J.S., Devine, C.J.Jr., Horton, C.E., Somers, K.D., Wright, G.L., Leffell, M.S., Dawson, D.M., Gleichman, S.H. y Rowe, M.J. (1982): Mechanisms of calcification in Peyronie's disease. *J. Urol.* 127: 52.

23. Wilson, J.L. y Marks, J.H. (1951): Calcification of the vas deferens: its relation to diabetes mellitus and arteriosclerosis. *New Engl. J. Med.* 245: 321.

Recibido. Mayo 1983

M. Nistal. Departamento morfología. Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma. c/Arzobispo Morcillo, 4. Madrid 34. ESPAÑA.