

LA LESION VITAL EN EL PENSAMIENTO NOSOLOGICO DE G. L. BAYLE

Delfín García Guerra

El ocuparse del pensamiento patológico de una de las grandes figuras de la Escuela anatomoclínica de París, cuya importancia justifica la atención que le ha prestado la historiografía médica, exige una aclaración previa. Como es bien sabido, la contribución fundamental de Bayle, el concepto de especificidad lesional, que aparece explícitamente formulado en sus *Recherches sur la phthisie pulmonaire* de 1810, ha sido objeto de valiosos estudios. Recordemos en este sentido las fundamentales aportaciones de Laín Entralgo en torno a la constitución y desarrollo del método anatomoclínico, que han puesto de relieve lo que constituyó la labor más importante de la Escuela de París; el estudio de las lesiones orgánicas y el desarrollo de una semiología, basada en la utilización de signos físicos, que permitieran la «visualización» de dichas lesiones en vida del enfermo.

Ahora bien, el propio Laín ha señalado, en el caso de Laennec, que su dedicación al estudio de las lesiones orgánicas, que constituyó su labor predominante a lo largo de toda su vida, no impide distinguir entre un Laennec «patólogo» y un Laennec «investigador». El primero entenderá la enfermedad, al modo galénico, como un desorden de las funciones. De ahí su afirmación de que «las lesiones vitales constituyen, propiamente hablando, el estado de enfermedad». Si bien estas lesiones vi-

tales dependerían, en el caso de las enfermedades orgánicas, de las lesiones estructurales de los sólidos, junto a ellas existirían otras que consistirían en alteraciones de los líquidos y, por último, habría que considerar un grupo de enfermedades en que el trastorno de las funciones constituiría toda la enfermedad.

Algo similar puede afirmarse de G. L. Bayle. También en este caso, su decisiva contribución al desarrollo de la mentalidad anatomoclínica, el concepto de «especificidad lesional», no impone que haya aspectos de su pensamiento nosológico en que el papel de la lesión anatómica se nos muestra mucho menos relevante. El objetivo de este trabajo es analizar su concepto de enfermedad y, en especial, el papel que en él ocupan las «lesiones vitales» que, como vamos a ver, adquirirá un protagonismo especial en sus trabajos póstumos, cuya lectura permite afirmar la existencia de un «último Bayle» que va a revisar los planteamientos del más importante de sus trabajos, las *Recherches* de 1810.

Recordemos que Bayle muere en 1816, el mismo año en que Laennec descubre la auscultación mediata. Durante la última etapa de su vida prepara dos artículos destinados al *Dictionnaire des sciences médicales*. Uno de ellos, subtítulo «Consideraciones generales sobre las ayudas que la anatomía patológica puede proporcionar a la medicina», apareció en 1818 en el volumen segundo del diccionario, en la voz *Anatomía Patológica*, juntamente con un trabajo de Laennec. El otro, dedicado a la tisis pulmonar, permaneció inédito por entonces, si bien fue publicado en el volumen de 1838 de la *Encyclopédie des Sciences Médicales* que recoge los trabajos de Bayle juntamente con los de Corvisart (1). El análisis de estos trabajos póstumos nos permite comprobar que su pensamiento se muestra por entonces instalado en un eclecticismo nosológico. El primero de ellos contiene una doctrina general sobre la enfermedad y el papel de la lesión anatómica, en tanto el segundo, a pesar de tratarse de un estudio monográfico sobre la tisis, hace posible una comparación entre sus planteamientos con los que había defendido Bayle anteriormente. Resulta factible de este modo aclarar la evolución de su pensamiento y la convivencia de su doctrina anatomoclínica, lo más conocido e importante de su obra, con otras visiones de la enfermedad.

Es sobradamente conocido el nuevo concepto de tisis pulmonar acuñado por Bayle en 1810, que constituye la aportación fundamental de su obra (2). Frente al «carácter artificial» o sintomático de la tisis que establecían hasta entonces las nosologías —tos, dificultad para respirar, marasmo, fiebre héctica, y a veces expectoración purulenta— habría que considerar como más importante el *carácter esencial*, según el

cual «se debe denominar tisis pulmonar a toda lesión del pulmón que, abandonaba a sí misma, produce una desorganización progresiva de esta víscera, a consecuencia de la cual sobreviene su ulceración y finalmente la muerte» (3). Así definido el «género» tisis pulmonar, la anatomía patológica permitiría también establecer sus «especies»: tisis tuberculosa, tisis granulosa, tisis con melanosis, tisis ulcerosa, tisis calculosa y tisis cancerosa. La novedad de este planteamiento es puesta de relieve por el propio Bayle al decir que todos los médicos que se habían ocupado de la tisis habían distinguido sus diversas especies «según los síntomas que las acompañan, según las causas que las determinan o que aceleran su marcha, y también algunas veces según las complicaciones con otras enfermedades» (4). Pronto veremos que este criterio, rechazado por Bayle en 1810, volverá a ser asumido por él seis años después, por más que en su trabajo inicial reitera que «en el estado actual de la ciencia, me parece más conveniente distinguir las especies de tisis según los diversos caracteres de la lesión del pulmón que según la diferencia de los síntomas» (5).

Esta aportación fundamental de Bayle, el concepto de *especificidad lesional* —la correlación entre «especies morbosas» y «especies anatómicas»— parece expresar, en principio, que la mentalidad nosológica de Bayle es en 1810 rigurosamente anatomoclínica, si bien no debemos olvidar que Bayle se está ocupando de una *enfermedad orgánica*. Con idéntica claridad lo expresará dos años después, en una memoria presentada en el Ateneo de Medicina de París (27 de junio de 1812) (6). Los planteamientos son idénticos a los de las *Recherches* de 1810. Las «especies» de la tisis pulmonar son «especies anatómicas», en tanto que los síntomas permiten aislar las «variedades». Al comentar el tratamiento, Bayle nos da otra muestra de su pensamiento anatomoclínico al afirmar que el objetivo de la terapéutica no podría ser otro que «destruir» la lesión orgánica que daba consistencia real a la enfermedad:

La terapéutica no ha avanzado lo suficiente para proporcionarnos los medios capaces de prevenir o de curar las degeneraciones orgánicas que constituyen las diversas especies de tisis pulmonar; de suerte que el tratamiento capaz de combatir con éxito cada especie es un descubrimiento por hacer. Este descubrimiento es de la mayor importancia; porque es forzoso admitir que para curar cada especie de tisis será indispensable poner remedio a la lesión orgánica que la constituye. Es por tanto a descubrir los medios de prevenir y de curar la lesión

orgánica que constituye cada especie de tisis a lo que deben apuntar las investigaciones de los médicos que desean consagrar sus trabajos al perfeccionamiento de la terapéutica de la tisis pulmonar (7).

Más adelante insiste en que es necesario «tratar cada especie por medios particulares destinados a combatir la lesión orgánica, a detener su marcha, a atenuar sus efectos», para concluir que «el arte es impotente para destruir las lesiones orgánicas a las que habrá que poner remedio para curar a los tísicos» (8).

El artículo de 1816 nos permite comprobar que Bayle, abandonando en parte sus postulados anatomoclínicos, adopta unos planteamientos más eclécticos en su modo de entender la enfermedad. En lugar de distinguir entre los conceptos «esencial» y «artificial» de la tisis, opta por una definición que va a compaginar ambos puntos de vista, el sintomático y el anatómico. Tras recordar que «tisis» significa etimológicamente «consunción» o «marasmo», afirma que «se ha definido generalmente la tisis pulmonar como una consunción determinada por la ulceración de los pulmones» (9). La ambigüedad de la expresión «se ha definido» no nos permite afirmar, de momento, que Bayle haga suya esta definición; de ser así, cuestión que intentaremos aclarar posteriormente, resultaría evidente que el acento habría cambiado de lugar. Más que en una específica lesión pulmonar, la tisis consistiría en una «consunción» *determinada* por una ulceración de los pulmones. En lugar de la esencia de la enfermedad, la lesión sería, al modo galénico, su causa inmediata. Veremos más adelante cómo se pronuncia Bayle sobre el problema de la relación, en cuanto a prioridad, entre la lesión anatómica y el trastorno de las funciones.

En el artículo póstumo de Bayle es muy patente la pérdida de jerarquía nosológica por parte de las seis lesiones orgánicas que constituían para él en 1810 las especies anatómicas de la tisis. Los tubérculos, las granulaciones miliars, la melanosis y las concreciones calcúlosas, la degeneración cancerosa y las ulceraciones primitivas ya no constituyen las especies del género tisis, sino sus «gérmenes». Lo que define, en último extremo, la enfermedad, es un trastorno de las funciones nutritivas, la aparición del adelgazamiento:

Los individuos portadores de un germen de tisis pueden no padecer ninguna indisposición, o estar muy ligeramente indispuestos. Hasta entonces no se les puede contemplar como afectados de la tisis pulmonar; esta última no comienza sino en el instante en que la úlcera

primitiva o consecutiva determina un ligero adelgazamiento. (...) Un enfermo que tiene el pulmón ulcerado y que no adelgaza no tiene una tisis pulmonar, al igual que aquel que adelgaza sin tener el pulmón ulcerado (10).

Este concepto de tisis apoyado en dos pilares, el anatómico y el sintomático o, si se prefiere, el lesional y el funcional, se nos muestra todavía más patente en otras partes del trabajo póstumo de Bayle. Al estudiar las lesiones orgánicas que se hallan en el pulmón de los tísicos, comienza afirmando que la ulceración del parénquima pulmonar no es casi nunca primitiva y simple sino que casi constantemente es consecutiva a lesiones orgánicas antecedentes de naturaleza diversa. «Estas degeneraciones —continúa— son solamente los gérmenes de la tisis, y esta no se presenta hasta el momento en que la ulceración primitiva o consecutiva se acompaña de adelgazamiento» (11). Es, sin embargo, en la sección destinada a estudiar las enfermedades que simulan la tisis pulmonar donde Bayle nos ha dejado las consideraciones más importantes y más claras sobre el cambio de sus planteamientos. Entre las distintas enfermedades que pueden confundirse con la tisis pulmonar coloca, bajo la denominación de «gérmenes de la tisis», a sus antiguas *especies anatómicas* e, insistiendo en que sin alteración del estado general un enfermo no puede ser catalogado como tísico, hace una serie de afirmaciones que se sitúan claramente al margen del pensamiento anatomoclínico. Después de recordar que en sus *Recherches* de 1810 había adoptado un punto de vista distinto, afirma:

Pero aquí no se trata de nuestra opinión particular, se trata de exponer los hechos, y estos serán tanto mejor conocidos cuanto menos nos apartemos de la doctrina generalmente aceptada. (...) *En tanto que las lesiones orgánicas del pulmón no determinan ninguna lesión en las funciones, no deben ser consideradas como enfermedades, sino solamente como lesiones orgánicas* (12).

La lesión orgánica, por tanto, no constituye la «esencia» de la enfermedad, tal como había afirmado Bayle hacía un lustro; retomando el concepto galénico, al igual que se ha señalado en Laennec, la enfermedad consistiría en la «lesión de las funciones». Pero Bayle irá todavía más lejos al afirmar que

cuando ellas (las lesiones orgánicas) alteran las funciones, conviene examinar si no determinan más que un desorden local, o si ocasio-

nan un desorden general; si el desorden es local, la enfermedad comienza a manifestarse por algunos síntomas, como la tos, el malestar de la respiración, una expectoración más o menos sospechosa, etc. En este caso, no hay todavía tisis, sino solamente la amenaza de la tisis. Esta no comienza hasta que la lesión del pulmón no determina a su vez las lesiones generales, tales como el adelgazamiento, la fiebre, etc. (13).

Llegados a este punto, hay que admitir que un análisis riguroso del texto obliga a plantear una cuestión importante. Bayle afirma que pretende exponer «el estado de la ciencia», «la doctrina aceptada», lo cual podía avalar la opinión de que, al ir destinado su artículo a un Diccionario de Ciencias Médicas, su pretensión no es otra que hacer una puesta al día del tema, destinada al médico práctico, independientemente de sus interpretaciones personales. Algunos pasajes de su artículo apoyan este punto de vista. Así, al plantearse la cuestión de la transformación de los gérmenes de la tisis, por ejemplo los tubérculos, en ulceración pulmonar —en verdadera tisis— se pregunta si esto no supone una parcelación artificial puesto que, en rigor, ambos estados se debían considerar como una misma enfermedad en dos épocas diferentes, aunque con frecuencia no se podría distinguir un estado del otro hasta la apertura del cadáver. En todo caso, observamos que la «tisis tuberculosa» y la «tisis ulcerosa» ya no son para él dos especies morbosas diferentes.

Aun admitiendo tales dificultades interpretativas, pensamos que la cuestión puede resolverse en favor de un cambio en los planteamientos nosológicos de Bayle. Pronto veremos su doctrina general de la enfermedad, pero observamos ya en este trabajo sobre la tisis de 1816 una notable pérdida de la relevancia de las lesiones anatómicas en el momento de sistematizar las especies de la tisis pulmonar. Basado en razones pragmáticas —las indicaciones terapéuticas—, Bayle considera de una importancia secundaria la distinción de las seis especies anatómicas que había establecido en 1810. En esta ocasión utilizará un criterio clasificador que es en parte clínico y en parte etiológico. Las distintas firmas de tisis consideradas desde este punto de vista, aunque a veces las califica como «variedades», aparecen denominadas como «especies» en un cuadro sistematizador. Si bien sigue afirmando que existen seis especies anatómicas, concluye que

todas las especies de tisis, simples o compuestas, están ligadas a lesiones igualmente incurables y, como la distinción de cada especie

es frecuentemente muy difícil, y algunas veces incluso imposible durante la vida, se puede, en la práctica, hacer abstracción de estas especies, y no considerarlas más que como una misma enfermedad ligada a lesiones orgánicas diferentes, que ocasionan todas tos, expectoración, fiebre héctica, consunción y la muerte. Se puede, por consiguiente, sin hacer mención de signos distintivos de cada especie, reunir las todas bajo la misma denominación de tisis pulmonar. Bajo este punto de vista, no hay más que una *tisis pulmonar* (14).

Podemos observar que la definición artificial o sintomática de la tisis ha retomado una importancia que había perdido en las *Recherches* de 1810. Ello explica que en el artículo que estamos considerando Bayle preste una atención preferente a los síntomas de la tisis. La importancia de la disfunción, de la «lesión vital» en el pensamiento nosológico de Bayle, se nos muestra muy patente en otro pasaje de este trabajo póstumo. Al hablar de las causas de la tisis, las clasifica en causas predisponentes, causas ocasionales y causas eficientes. Entre estas últimas menciona los tantas veces aludidos «gérmenes de la tisis» que «por sus progresos ulteriores entrañan la destrucción del parénquima pulmonar y ocasionan la consunción» (15), para añadir a continuación:

Pero estos *gérmenes de tisis*, siendo lesiones orgánicas, son producidos por lesiones vitales preexistentes y, según todas las apariencias, estas lesiones vitales están producidas por principios morbíficos distintos. Ahora bien, estos principios morbíficos, estas lesiones vitales, son las *verdaderas causas* de la tisis, sus *causas primeras*. Estas son las causas que habrá que combatir eficazmente para prevenir las lesiones orgánicas que entrañan la tisis pulmonar. Desgraciadamente, estas *causas primeras* escapan a nuestra débil vista; cuando creemos conocerlas, no forzamos más que hipótesis; en una palabra, nosotros no abrazamos más que fantasmas. Estamos forzados a reconocer, en este aspecto, nuestra ignorancia (16).

Compárese este texto con el de 1812 recogido más arriba. Si por entonces señalaba Bayle que las investigaciones debían dirigirse al intento de «destruir» la lesión orgánica, el objetivo se desplaza en 1816 hacia la necesidad de combatir las «lesiones vitales» preexistentes a la alteración estructural.

Como apuntamos anteriormente, estos nuevos planteamientos, que podemos calificar de eclécticos, parecen expresar el intento de armo-

nizar unitariamente el pensamiento anatomoclínico con el de la «escuela fisiológica», en un momento en que las ideas de Broussais alcanzan relevancia. La influencia de la medicina fisiológica, aunque no aparece aludida explícitamente en el artículo póstumo de Bayle, se puede advertir en el capítulo dedicado a la terapéutica, aunque ya en el apartado etiológico menciona entre las causas ocasionales una serie de enfermedades que podían afectar «simpáticamente» al pulmón. Pero no será sólo este concepto de simpatía entre los diversos sistemas orgánicos el que incorpore Bayle a su pensamiento. El concepto central del sistema de Broussais, el de «irritación», aparece en forma muy explícita al ocuparse del tratamiento de la tisis pulmonar. Hay que señalar que los signos de la irritación pertenecen todos a la categoría de «síntomas vitales»:

Siempre que se observen los signos de una viva irritación, sin ninguna otra causa ocasional evidente, y sin complicación con que se pueda relacionar esta irritación, conviene combatirla por medios sedantes. Los signos que anuncian esta irritación son: un pulso vivo y frecuente, un ardor en el pecho, el calor y la sequedad de la piel, la tos seca y penosa, o más frecuentemente por quintas, el insomnio, un sentimiento de agitación, una sequedad de boca, etc. (17).

Bayle propone a continuación una serie de medios destinados a combatir tanto la «irritación general» como la «irritabilidad de los pulmones». Contrasta notablemente con el escepticismo terapéutico de los trabajos anteriores de Bayle la utilidad que concede a estos recursos cuando la enfermedad no está más que en sus primeros grados:

Independientemente de los medios de que hemos hecho mención hasta aquí, hay otros que tienden a disminuir la irritabilidad de los pulmones, y que se prescriben a menudo con éxito cuando la tisis no está más que en sus primeros grados y no hay los signos de excitación general de que acabamos de hablar. (...) Aunque estos medios no pueden producir más que un efecto pasajero cuando los pulmones están ya llenos de lesiones orgánicas, pueden todavía resultar útiles en estos casos lamentables, porque disminuyendo la excitabilidad del pulmón, retardan los progresos de la tisis (18).

Entre los procedimientos terapéuticos destinados a disminuir la irritabilidad pulmonar, no faltan la aplicación de las sangrías y las sanguijuelas, de tanta relevancia para la medicina fisiológica. Se ocupa

Bayle, por ejemplo, del tratamiento propuesto por Desault, médico de Burdeos, que conseguía buenos resultados en la tisis tuberculosa, siempre que no hubiera llegado a su último grado, utilizando purgantes y sangrías repetidas. Aunque, en general, se muestre escéptico sobre el resultado de esta modalidad de tratamiento en los estados avanzados de la enfermedad, recomienda medidas terapéuticas similares para prevenir o curar la tisis en aquellos casos en que determinadas alteraciones funcionales pueden jugar un papel etiológico. Así, en los casos de plétora, cuyos signos se presentan en algunos enfermos «que son, o que parecen ser, tísicos», se haría necesaria la utilización de medios encaminados a «disminuir la cantidad de sangre, y a desviar su impulsión hacia el pulmón; las sangrías, las sanguijuelas, empleadas a título de evacuantes y revulsivos, cumplen muy bien esta indicación, curando algunos enfermos y mejorando otros» (19).

El análisis del artículo de Bayle publicado en el *Diccionario de Ciencias Médicas* (20) nos permite comprobar que esta visión de la tisis pulmonar se corresponde con su doctrina general de la enfermedad. En una misma enfermedad existirían, ordinariamente, lesiones vitales, lesiones físicas, síntomas vitales y síntomas físicos. La importancia de las lesiones vitales será puesta de relieve una y otra vez por Bayle; por una parte, son ellas las que constituyen la enfermedad, que no se produciría en tanto no existiese dicha categoría de lesiones; por otro lado, las lesiones orgánicas, salvo que sean la consecuencia inmediata de una agresión externa, son siempre secundarias a lesiones vitales preexistentes; por último, una lesión orgánica, por sí sola, no constituye una enfermedad hasta que origina lesiones vitales consecutivas. Ello quiere decir que, en las lesiones orgánicas, el trastorno funcional ocuparía dos eslabones distintos, separados por la lesión estructural, en el proceso patogenético: la lesión vital sería la causa de la lesión orgánica, la cual, a su vez, produciría la enfermedad y, en ocasiones, la muerte, a través de nuevas lesiones vitales.

Pienso que la importancia del tema nos obliga a recurrir extensamente a las palabras del propio Bayle para aclarar estos conceptos. Veamos, en primer lugar, cómo entiende la relación entre lesiones vitales y lesiones orgánicas:

Hemos llamado lesiones vitales a todas las alteraciones de las propiedades vitales y de las funciones, y lesiones orgánicas a todos los cambios de textura o de forma cuyas huellas se pueden reconocer después de la muerte. Las lesiones vitales pueden ser primitivas y espon-

táneas; no siempre determinan una degeneración orgánica, incluso cuando ocasionan la muerte. Las lesiones orgánicas, en cambio, son siempre consecutivas y no pueden producir la muerte hasta que determinan lesiones vitales. No hay, propiamente hablando, enfermedades orgánicas primitivas y espontáneas. Todas las lesiones orgánicas que se observan, sea durante la vida, sea después de la muerte, dependen de una lesión anterior de las propiedades vitales, de algún desorden en el ejercicio de las funciones, o bien son el efecto de una causa externa (21).

Al definir las enfermedades orgánicas insistirá en su doble relación genética con las lesiones vitales, al tiempo que establece la diferencia entre *lesión orgánica* y *enfermedad orgánica*:

Se ha dado el nombre de enfermedades orgánicas a las afecciones crónicas que dependen esencialmente de una alteración física grave y persistente de alguna parte sólida de la economía animal. Las enfermedades orgánicas son el efecto de las lesiones orgánicas. Estas últimas, como hemos dicho, están producidas por una lesión vital preexistente o por una causa externa. Pero estas enfermedades y estas lesiones no determinan padecimientos y no constituyen causas de muerte hasta que alteran a su vez las propiedades vitales, modificando o haciendo cesar el ejercicio de las funciones (22).

No finalizan aquí las precisiones de Bayle en torno a las enfermedades orgánicas. En el párrafo que sigue se hace manifiesta la diferencia entre *lesión* y *enfermedad orgánica*:

En efecto, las enfermedades orgánicas son el efecto de una lesión orgánica. Dicha lesión se produce inicialmente por una causa externa o por alguna lesión de las propiedades orgánicas que ha llegado a cierto grado; ella se convierte a su vez en causa de diferentes lesiones consecutivas, y es solamente entonces cuando la enfermedad orgánica comienza. Hasta entonces hay una lesión orgánica, pero no hay todavía ninguna enfermedad orgánica; existe solamente el germen de esta enfermedad. (...) No es la lesión orgánica la que determina inmediatamente la muerte; pero, como hemos dicho anteriormente, altera las propiedades vitales, vicia las funciones, y estos diferentes desórdenes acaban por detener alguna de las funciones cuyo ejercicio ininterrumpido es indispensable para la continuación de la vida (23).

A partir de esta reiterada afirmación de que *todas las enfermedades son esencialmente lesiones vitales*, Bayle se ocupa del tema concreto de su artículo, «la utilidad de la anatomía patológica y los límites más allá de los cuales no puede enseñarnos nada más»:

Después de la muerte, no se pueden reconocer las lesiones vitales: las aperturas de cadáveres sólo pueden, por consiguiente, instruirnos sobre los efectos de las enfermedades y sobre sus causas ocasionales; no nos harán jamás descubrir las lesiones vitales que constituyen la esencia de las enfermedades (24).

El papel de la anatomía patológica permitiría distinguir tres grandes grupos de enfermedades; en primer lugar, aquellas en las cuales la autopsia no prestaba ninguna ayuda; en segundo lugar, las enfermedades en que la anatomía patológica, sin ser indispensable, era de cierta utilidad; por último, aquellas que no se pueden estudiar debidamente sin recurrir al auxilio de la anatomía patológica. El primer grupo estaría representado por las «enfermedades vitales», en las cuales la autopsia serviría únicamente para excluir una enfermedad orgánica como causa de muerte:

En las enfermedades puramente vitales, las investigaciones hechas después de la muerte no pueden enseñar nada; solamente son útiles para constatar que ninguna lesión orgánica ha determinado los síntomas que han precedido a la muerte. Es solamente, por tanto, la historia de los síntomas de la enfermedad la parte importante, e incluso la única necesaria, cuando se trata de afecciones que sólo consisten en lesiones vitales (25).

El segundo grupo lo constituirían las enfermedades contagiosas. Si bien en ellas lo fundamental sería el estudio de su causa específica, así como los síntomas característicos, las diversas formas clínicas y el tratamiento más útil para prevenirlas o curarlas, la anatomía patológica prestaría una ayuda relativamente importante «para proporcionar las nociones más completas y más precisas sobre las lesiones orgánicas producidas por el producto contagioso» (26). El tercer grupo, finalmente, era el de las enfermedades orgánicas:

No ocurre lo mismo en las enfermedades que están determinadas por una lesión orgánica grave, o acompañadas por esta lesión. La historia de los síntomas de la enfermedad sólo la hará conocer de una

manera incompleta y no será suficiente, en muchos casos, para evitar confundirla con afecciones completamente diferentes; es necesario, por tanto, añadir una descripción exacta de la lesión orgánica; porque es esta lesión lo que caracteriza la enfermedad; es ella lo que será necesario remediar para obtener la curación; es ella quien ha determinado la mayoría de los síntomas de la enfermedad; es ella quien puede entrañar más o menos inmediatamente el cese de las funciones vitales, es decir, que constituye verdaderamente la causa mediata de la muerte en los individuos que sucumben (27).

Esta importancia de la anatomía patológica para el estudio de las enfermedades orgánicas justifica el papel jugado por Bayle en el desarrollo del método anatomoclínico. Al igual que, como veíamos más arriba, ha señalado Laín Entralgo en el caso de Laennec, podemos distinguir también en Bayle el *patólogo* y el *investigador*. Si el patólogo entiende la enfermedad, al modo galénico, como un trastorno de las funciones, la dedicación de Bayle al estudio de una enfermedad como la tisis, con un evidente componente lesional, le llevó a profundizar en la correlación entre las lesiones orgánicas y su expresión sintomática y, por otra parte, a poner de relieve la necesidad de clasificar las enfermedades orgánicas según sus lesiones específicas. Los fundamentos del método y de la nosotaxia anatomoclínicos aparecen esbozados en el mismo artículo de Bayle que actualmente estamos analizando.

Reiterando unas ideas que ya aparecen en su tesis doctoral de 1802, Bayle señala que las nosotaxias basadas en el conjunto de síntomas resultaban a menudo muy artificiales, en especial para las enfermedades crónicas. En estas últimas, «las lesiones orgánicas son consideradas por la mayoría de los médicos como más decisivas que las lesiones vitales para indicar con precisión el carácter y las afinidades de las enfermedades» (28). De ahí la ventaja de utilizar las lesiones como criterio diferenciador específico en la clasificación de las enfermedades:

La preferencia dada a las lesiones orgánicas y a los síntomas físicos sobre los síntomas vitales para la distinción de las enfermedades, ha influido prodigiosamente sobre la clasificación de las enfermedades y sobre 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 inicialmente y las distinguieron casi exclusivamente según sus síntomas vitales; más no se tardó en reconocer los inconvenientes de esta manera de clasificar las enfermedades (...) Para remediar estos inconvenientes (...) se

ha llegado a dar un poco menos de importancia a la semejanza de los síntomas vitales para dar una atención especial a los síntomas físicos y las lesiones orgánicas. Desde entonces se ha intentado reunir, no precisamente las enfermedades que tienen la mayor analogía por sus síntomas más llamativos, sino aquellas que se asemejan más por las lesiones orgánicas que las acompañan (29).

Obviamente, este criterio clasificador basado en la especificidad lesional solamente tendría su aplicación en las enfermedades que se acompañaban de cambios materiales. Bayle recuerda que «esta manera de estudiar las enfermedades orgánicas no excluye un estudio profundo de sus síntomas, de su marcha y de su tratamiento» (30) y añade unas consideraciones sobre los fundamentos epistemológicos del diagnóstico. Partiendo del hecho de que en la enfermedad existen lesiones orgánicas y lesiones vitales, que se expresarían, respectivamente, a través de *síntomas físicos o mecánicos* y *síntomas vitales* —que «son unos y otros el efecto de las enfermedades, no las enfermedades mismas» (31)—, el carácter de exactitud y de precisión exigibles a una patología científica traería consigo una superior certidumbre de los síntomas físicos:

No se pueden conocer gran parte de las enfermedades sino por sus síntomas, es decir, por sus efectos. Mas, ¿cuáles son, entre los síntomas, aquellos que es preciso considerar para establecer las distintas especies de las enfermedades? ¿Cuáles son los más constantes, los menos sujetos a engañarnos, y sobre todo los más capaces de hacernos conocer con precisión las afinidades de las diversas enfermedades y sus caracteres distintivos? En una palabra, ¿daremos la preferencia a los síntomas físicos, que son de la incumbencia de la anatomía patológica? ¿Se la daremos a los síntomas vitales, que no tienen relación con esta ciencia? (32).

La respuesta no es dudosa para Bayle, al señalar que a partir de Morgagni y sus seguidores, que habían dado a la medicina un nuevo impulso, había que convenir que «en las enfermedades que no son evidentemente contagiosas y que se acompañan de una lesión orgánica, se ha llegado mucho mejor a establecer y a reconocer las especies según las lesiones orgánicas y los síntomas físicos que según los síntomas vitales» (33). Esta afirmación obliga a matizar el concepto de especificidad lesional acuñado por Bayle. Tal como vimos anteriormente, este criterio tendría aplicación únicamente en las enfermedades que

se acompañaban de lesiones orgánicas, pero no en todas. En las enfermedades contagiosas que se acompañaban de lesiones materiales debía ser sustituido por la especificidad etiológica y su expresión clínica. Obviamente, en las «enfermedades vitales» había que seguir utilizando el cuadro sintomático como criterio clasificador. Los sistemas nosotáxicos de la patología posterior se ajustarán, por lo general, a este planteamiento, si bien el desarrollo de la anatomía patológica hará disminuir cada vez más el catálogo de las «enfermedades vitales», en tanto que en las últimas décadas de siglo, la microbiología médica permitirá, como sugería Bayle, clasificar las enfermedades infecciosas según sus agentes etiológicos.

NOTAS

- (1) BAYLE, G. L. (1818), «Anatomie Pathologique. Considérations générales sur le secours que l'anatomie pathologique peut fournir à la médecine», en *Dictionnaire des Sciences Médicales*, Paris, II, 61-79; BAYLE, G. L. (1838), «Phthisie pulmonaire», en *Encyclopedie des Sciences Médicales*, Paris, 611-656.
- (2) V. LAÍN ENTRALGO, P. (1961), *La historia clínica*, Barcelona (2.ª ed.), 238 y ss.
- (3) BAYLE, G. L. (1838 a), «Recherches sur la phthisie pulmonaire», en *Encyclopedie des Sciences Médicales*, Paris, 362.
- (4) *Ibid.*, 366.
- (5) *Ibid.*, *ibid.*
- (6) BAYLE, G. L. (1838 b), «Mémoire sur la phthisie pulmonaire», en *Encyclopedie des Sciences Médicales*, Paris, 485-500.
- (7) BAYLE (1838 b), 490.
- (8) *Ibid.*, 500.
- (9) BAYLE, G. L. (1838), 611.
- (10) *Ibid.*, *ibid.*
- (11) *Ibid.*, 624.
- (12) *Ibid.*, 634. Subrayado nuestro.
- (13) *Ibid.*, *ibid.*
- (14) *Ibid.*, 640.
- (15) *Ibid.*, 642.
- (16) *Ibid.*, *ibid.* Subrayados originales.
- (17) *Ibid.*, 647-48.
- (18) *Ibid.*, 648.
- (19) *Ibid.*, 649.
- (20) Véase la referencia en la nota 1.
- (21) BAYLE (1818), 63.
- (22) *Ibid.*, 63-64.
- (23) *Ibid.*, 74-75.
- (24) *Ibid.*, 64.

- (25) *Ibid.*, 76.
- (26) *Ibid.*, *ibid.*
- (27) *Ibid.*, 77.
- (28) *Ibid.*, 68.
- (29) *Ibid.*, 69-70.
- (30) *Ibid.*, 73.
- (31) *Ibid.*, 68.
- (32) *Ibid.*, *ibid.*
- (33) *Ibid.*, *ibid.*