

Los cuatro primeros fallecidos, lo fueron de tuberculosis pulmonar. En cuanto á la causa de las defunciones en los otros 28 casos fue :

Tisis pulmonar confirmada.....	10
— — probable.....	1
Coxalgia.....	1
Meningitis tuberculosa.....	1
Tuberculosis aguda.....	1
Pleuresía.....	3
Hidropesía.....	2
Hidropericardias.....	1
Causa desconocida.....	8

No tomando en consideración sino los casos de muerte manifiestamente causados por la tuberculosis, hallamos que de 62 pleuríticos tratados en la enfermería de Leeds, 22 murieron al cabo de seis años con alteraciones notoriamente tuberculosas.

Las estadísticas precedentes comprenden, en su mayor parte ó en su totalidad, sujetos asistidos en el hospital. Se puede preguntar, si la tuberculosis es igualmente común en las personas que no concurren á los hospitales.

Hé aquí lo que nos enseñan las estadísticas recogidas en estos medios :

El Dr. Ricochon (1) ha tratado, en trece años, 21 pleuríticos (pleuresías secas ó pleuresías sero-fibrinosas). Estos 21 enfermos fueron después tuberculosos ; 11 habían muerto ya y 10 presentaban signos ciertos (3 tuberculosis pulmonares, 3 tuberculosis de las sinoviales ó de las vainas tendinosas, un absceso frío, una peritonitis, uno estaba probablemente tuberculoso, y otro que no lo estaba, había tenido hijos tuberculosos). La clientela de Ricochon se componía de habitantes del campo.

La estadística de Bowditch (2), sin indicar una frecuencia tan grande de la tuberculosis después de la pleuresía, da, sin embargo, cifras bastante altas.

Este médico ha procurado averiguar, en 1889, la suerte de los enfermos tratados de pleuresía, por su padre, desde el año 1849 al 1879.

En el primer período decenal Bowditch, padre, había asistido á 30 enfermos.

- 11 viven todavía en buena salud, á excepción de uno que tose ;
- 2 han suministrado algunos datos ; uno de ellos ha sido tratado por una tuberculosis, catorce años después de la pleuresía ;
- 12 han muerto de manifestaciones tuberculosas ;
- 5 de lesiones no tuberculosas.

En el segundo período decenal hubo 19 pleuríticos :

- 7 viven sanos ;
- 9 han muerto tuberculosos ;
- 3 han muerto de otra afección.

(1) Ricochon, Pleurésie et tuberculose, *Etudes sur la tuberculose*, 1887.

(2) Bowditch, Comparative Results in ninety cases of pleurisy with special reference to the development of Phthisis pulmonalis, *Medical News*, t. LV, 1889.

En el último período hubo 41 enfermos :

- 25 viven y no parecen tuberculosos ;
- 1 vive y está evidentemente tuberculoso ;
- 9 han muerto tuberculosos ;
- 6 han sucumbido á otras enfermedades.

La proporción de los tuberculosos, para los enfermos del primer período, ha sido de 43 1/3 por 100 ; para los del segundo, 47 por 100 ; para los del tercero, 24 por 100.

El tiempo transcurrido en este período, puede ser insuficiente para que la tuberculosis se manifieste en todos los sujetos que hayan de padecerla.

En efecto, entre los del primer período, 4 han presentado los primeros signos más de diez años después de la pleuresía, y entre los del segundo, 3.

Los DATOS SUMINISTRADOS POR LA ANATOMÍA PATOLÓGICA han sido ya consignados en el capítulo anterior, y se ha visto cuán frecuentes y variadas son las alteraciones tuberculosas de la pleura.

El EXAMEN MICROSCÓPICO Y LOS CULTIVOS han sido motivos de investigación, pero, sin éxito (1). En los derrames sero-fibrinosos, manifiestamente ligados á la tuberculosis, no ha sido posible descubrir el bacilo de Koch, y los cultivos han resultado también infructuosos.

En cambio, la INOCULACIÓN DE LA SEROSIDAD PLEURÍTICA en el peritoneo de los cávías, puede suministrar datos importantes para determinar el papel de la tuberculosis en la etiología de las pleuresías.

Hemos recurrido á esta exploración (2) después de diversos autores, entre los cuales hay que citar, desde luego, á los Dres. Chauffard y Gombault (3). Si el resultado positivo de una inoculación prueba que la pleuresía está evidentemente bajo la dependencia de la tuberculosis, el resultado negativo dista mucho de tener el mismo valor. Una pleuresía claramente tuberculosa, puede dar resultados negativos después de la inoculación. Hemos encontrado numerosos ejemplos, y también, antes que nosotros, los han apreciado los doctores Kelsch y Vaillard, Gilbert y Lion, etc.

De 12 pleuresías notoriamente tuberculosas, solo 7 han determinado la tuberculosis en el cávia, y si prescindimos de 5 casos, en los que se trataba de hidro-pneumotórax, todos con resultados positivos, no quedan más que 2 eficaces entre 7.

Las mismas inoculaciones practicadas con el exudado de pleuresías fibrinosas, en apariencia primitivas, esenciales, *a frigore*, nos han dado 8 resultados positivos entre 20 casos, ó sea el 40 por 100.

Así, el 40 por 100, por lo menos, de las pleuresías llamadas primitivas, es imputable á la tuberculosis. Decimos por lo menos, porque las pleuresías marcadamente tuberculosas no dan resultado por la inoculación en un 41,6 por 100 del total de éstas, y en un 71 por 100 después de eliminados los hidro-pneumotórax.

(1) Gilbert et Lion, De la recherche des microorganismes dans les épanchements pleuraux ; *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.

(2) Netter, Recherches expérimentales sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses ; *Société médicale des hôpitaux*, 17 Abril, 1891.

(3) Chauffard et Gombault, Étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine ; *Société médicale des hôpitaux*, 9 Abril, 1886.

Hemos dejado á un lado todo un grupo de derrames sero-fibrinosos, que no tienen relación alguna con la tuberculosis; aquellos en los que la inflamación de la pleura se explica perfectamente por otra enfermedad local ó general. Nueve casos de este género han sido el punto de partida de inoculaciones, y todos los animales sacrificados estaban exentos de lesiones tuberculosas.

Esta constancia de los resultados negativos en este grupo, es una prueba de las buenas condiciones en que operábamos y permite asegurar que los resultados experimentales son imputables de un modo exclusivo á las cualidades del líquido inyectado.

Después de nuestra primera comunicación sobre este punto, hemos examinado, además, por el mismo método 14 pleuresías, de las que 5 eran, en apariencia, primitivas, 4 recaían en sujetos inficionados de tuberculosis y 5 en individuos cuya pleuresía era atribuible á una causa conocida y ciertamente distinta de la tuberculosis.

De 5 pleuresías en apariencia primitivas, 2 han transmitido la tuberculosis al cávia; precisamente la cifra obtenida en la primera serie, 40 por 100.

De 4 pleuresías, tuberculosas, y que no comprendían ningún caso de pneumo-tórax, una sola ha dado la tuberculosis, ó sea 1 de 4 ó 25 por 100.

Por último, las 5 pleuresías, notoriamente no tuberculosas, no han ocasionado accidente alguno en los cávias.

Las INYECCIONES DE TUBERCULINA (1), han suministrado un argumento más en favor de la naturaleza tuberculosa de un gran número de pleuresías sero-fibrinosas. El valor diagnóstico de estas inoculaciones, no se pone en duda, y si se ha renunciado á su empleo en la terapéutica humana, ha encontrado una feliz aplicación, hay que recordarlo, en la medicina veterinaria.

Las cifras oficiales de las clínicas del Gobierno prusiano, señalan los efectos de las inoculaciones en 15 pleuríticos; 13 han presentado á la vez una reacción local y general, ó sea una proporción de 87 por 100. Las mismas cifras nos indican que en los sujetos manifestamente tuberculosos, se ha observado la reacción 96 veces de 100; en los sujetos sospechosos de tuberculosis, 59 por 100; en los enfermos no tuberculosos, 27,2 por 100, y en los sujetos sanos, 8,5 por 100.

Los pleuríticos son, pues, mucho más sensibles á las inyecciones de tuberculina que los sujetos sospechosos de tuberculosis, y casi tanto como los sujetos manifestamente tuberculosos.

Al lado de estas observaciones, de las que se deduce que el mayor número de los pleuríticos reaccionan con la linfa de Koch, como tuberculosos, señalaremos las de Debove y J. Renault (2), que han demostrado la existencia de tuberculina en el exudado de los pleuríticos. Este líquido, esterilizado ó filtrado, cuando se inyecta á un sujeto que padece lupus, determina una reacción local y general.

Hemos indicado que la tuberculosis es la causa más común de la pleuresía

(1) Netter, Effets de la tuberculine sur les pleurésies séro-fibrineuses. Société médicale des hôpitaux, 31 Julio, 1891.

(2) Debove y Renault, De la présence de la tuberculine dans les liquides des épanchements pleurétiques. Société médicale des hôpitaux, 24 Julio, 1891.

sero-fibrinosa. Cosa curiosa, y á la que no se ha prestado mucha atención: esta frecuencia es bastante menor en las pleuresías purulentas; ya tendremos ocasión de insistir sobre este contraste.

B. — PLEURESÍAS SERO-FIBRINOSAS DEBIDAS Á UNA CAUSA INDEPENDIENTE DE LA TUBERCULOSIS

Si bien la tuberculosis desempeña el principal papel, su influencia en la producción de las pleuresías no es en modo alguno exclusiva, y es necesario tener en cuenta diversas causas, entre las que hay que citar, desde luego, el reumatismo, la pneumonía, las afecciones del corazón, las nefritis, etc.

La existencia de una pleuresía sero-fibrinosa en el curso ó consecutiva á la pneumonía lobular, ha sido sostenida por numerosos autores, entre los que conviene citar á Troisier (1).

Estos derrames pueden llegar á ser considerables y hacer necesaria la punción.

Este caso, creemos que es el más raro; la pleuresía de cierta importancia que sigue á la pneumonía, es ordinariamente purulenta (18 pleuresías purulentas meta-pneumónicas por 4 pleuresías sero-fibrinosas).

Las pleuresías sero-fibrinosas que aparecen en el curso de la pneumonía, son probablemente causadas por el pneumococo, el cual ha sido encontrado por Talamon, Levy (2), Loriga y Pensunti (3). Pero estos exámenes bacteriológicos positivos recaen casi exclusivamente sobre un líquido recogido en el curso mismo de la pneumonía. Cuando el derrame sero-fibrinoso dura más que la pulmonía, el cultivo del exudado es de ordinario estéril. Esto es, al menos, lo que parece deducirse de nuestras observaciones personales (4).

Talamon señala la existencia de pleuresías sero-fibrinosas debidas al pneumococo é independientes de toda pneumonía. La pleuresía se observa también, aunque con menos frecuencia, después de la bronco-pneumonía y puede ser que por el intermedio de ésta se produzcan las pleuresías que complican á las fiebres eruptivas, la tos ferina y la bronquitis en los niños.

La pleuresía va acompañada casi siempre, en las enfermedades del corazón, de un infarto superficial. Ordinariamente ligera, la inflamación pleurítica puede llegar hasta producir un derrame más ó menos importante.

La pleuresía en el curso de la nefritis, es bastante común. Háse atribuído la irritación, á la acción de la urea y de los materiales extractivos insuficientemente eliminados. Es preciso, sin duda, conceder una gran importancia á la intervención de los microbios.

El reumatismo es, después de la tuberculosis, una de las causas más comunes de la pleuresía; su influencia etiológica parece demostrada por las relacio-

(1) Troisier, Des pleurésies métapneumoniques. Société médicale des hôpitaux, 11 Enero, 1889 y 1.º Abril, 1892.

(2) Levy, Bacteriologisches und Klinisches über pleuritische Ergüsse, Arch. f. experimentelle Pathologie, 1890.

(3) Loriga y Pensunti, Sulla etiologia delle pleurite; Rivista d'igiene e sanità pubblica, 1892.

(4) Netter, De la pleurésie séro-fibrineuse consécutive á la pneumonie; Société médicale des hôpitaux, 7 Abril, 1892.

nes que existen entre la fluxión pleural y las fluxiones articulares; por lo regular la pleuresía sobreviene en el curso del reumatismo articular agudo, algunas veces le precede algunos días, y otras, en fin, los dolores articulares desaparecen en el momento en que se produce la pleuresía, para reaparecer cuando aquélla ha curado.

Se han señalado también, pleuresías sero-fibrinosas en el curso del *reumatismo blenorragico*.

La *fiebre tifoidea* puede, rara vez ciertamente, ir acompañada ó seguida de un derrame pleural, pero este derrame es ya purulento (Rendu, Valentini), ya hemorrágico, ya sero-fibrinoso (Talamon). En cinco casos de pleuresía sero-fibrinosa tifoidea, Levy no ha encontrado nunca el bacilo de Eberth, pero sí en dos de ellos el estafilococo blanco. Loriga y Pensanti lo han hallado de dos veces, una. El Dr. Fernet (1) ha encontrado aquel bacilo en una pleuresía sero-fibrinosa, en el curso de la cual sobrevinieron los síntomas de la fiebre tifoidea y que fue seguida de curación. Charrin y Roger (2) han hallado una vez el mismo bacilo en un derrame hemorrágico sobrevenido en un enfermo que, clínicamente, presentaba los síntomas de la fiebre tifoidea, pero que en la autopsia no presentó las lesiones anatómicas de ésta. Kelsch (3) ha observado también el bacilo de Eberth en una pleuresía hemorrágica, y en este caso, como en el de Charrin y Roger, existían tubérculos en el pulmón.

Chantemesse y Widal (4) han observado la pleuresía sero-fibrinosa, simple ó doble, en el período secundario de la *sífilis*, al propio tiempo que un brote de roseola; la pleuresía siguió en su marcha la de la erupción cutánea y la influencia del tratamiento mercurial, se hizo sentir á la vez en los dos órdenes de accidentes. Esta manifestación de la *sífilis* sobre la pleura, ha sido asemejada por Duponchel á las endocarditis y pericarditis que ha observado en el mismo período de la *sífilis*.

La pleuresía y la *pericarditis* se complican con frecuencia entre sí, sobre todo, la pleuresía izquierda; es probable que haya que ver en dicha complicación el resultado de la proximidad de la flegmasía, ó por el contrario, dos efectos de una misma causa.

Por *irritación de vecindad* obran, en todo caso, las contusiones del tórax, las fracturas de las costillas, las afecciones de la mama, los abscesos de la pared, los aneurismas de la aorta y los tumores del mediastino capaces también de producir el simple hidrotórax por dificultad de la circulación intra-torácica; lo mismo sucede—y aquí las comunicaciones linfáticas entre la pleura y el peritoneo, permiten mejor explicar el mecanismo de la propagación—con las afecciones del hígado, los quistes hidatídicos especialmente con las del bazo y el peritoneo, la tífritis y la peritífritis, los quistes del ovario (Demons), la salpingitis, etc. Cierta número de pleuresías de origen útero-ovárico resultarían, según Potain, de una acción refleja; se producen en el momento de una fluxión del útero ó de los ovarios y desaparecen con ella.

(1) Fernet, Un caso de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth; Société médicale des hôpitaux, 15 Mayo, 1891.

(2) Charrin et Roger, Société médicale des hôpitaux, 1891.

(3) Kelsch, *Semaine médicale*, 1892.

(4) Chantemesse y Widal, Société médicale des hôpitaux, 1891.

III

Síntomas.

SÍNTOMAS FUNCIONALES.—La pleuresía sero-fibrinosa empieza ordinariamente por un escalofrío seguido de fiebre, dolor de costado y disnea; estos signos funcionales, que faltan alguna vez, presentan grandes diferencias de un enfermo á otro.

El *escalofrío* falta por lo común menos veces al principio de la pleuresía, que en el de la neumonía; cuando existe, es por lo general el primero de todos los síntomas, aunque bien puede no aparecer sino después del dolor de costado, ó sobrevenir en medio de un malestar general que continúa dos ó tres días. Menos intenso que el de la pulmonía, no dura sino una hora ó dos, pero se repite algunas veces durante cinco ó seis días.

El *dolor de costado* es un síntoma casi constante, pero falta, sin embargo, en las pleuresías de principio insidiosa, y, también, como lo había observado Laënnec, en ciertos casos de pleuresía agudísima. Aparece con el escalofrío ó lo sigue de cerca: al principio vago y fugitivo, se fija bien pronto en el lado enfermo en un espacio muy limitado bajo la tetilla, al nivel del quinto ó del sexto espacio intercostal; excepcionalmente asienta en ambos lados ó sólo en el sano, lo que puede suscitar dudas (Laënnec); otras veces asienta bajo el esternón, ó bajo la clavícula, en la axila, en la fosa supra-espinosa ó en la infra-espinosa, en el hipocondrio, ó bien ocupa todo un lado del pecho; no es completamente fijo y cambia mucho de lugar (Laënnec). Consiste en un dolor vivo, pungitivo, lancinante, ó al contrario, en una simple molestia; continuo ó intermitente este dolor, se exaspera por los movimientos del enfermo, por la tos, la respiración, por la palpación y la percusión; disminuye generalmente cuando se ha formado el derrame y permanece estacionario y después desaparece para no volver ó para reaparecer si se produce una exacerbación, ó un aumento rápido del derrame. Este dolor de costado, no pudiendo achacarse á la pleura, cuya sensibilidad es casi nula, ha sido atribuído por Piorry, Bouillaud y Beau, á la inflamación de los nervios intercostales contiguos á aquella serosa en su tercio posterior; existe, por otro lado, en el trayecto de estos nervios y en las apófisis espinosas correspondientes, como se comprueba haciendo con cuidado la palpación, y, según Beau, si el máximum del dolor asienta en la mama, es porque se refiere ordinariamente á las extremidades nerviosas. G. Sée cree que es menester asignarle como causa la inflamación de los planos fibrosos subyacentes á la pleura, los que se inflaman bajo la influencia de la pleuresía, como le pasa á los tejidos peri-articulares en las artritis.

La *tos* falta muy á menudo; cuando existe, aparece algunos días después de la invasión; es breve, como abortada, seca y rara vez por quintas; este último carácter ha sido observado por el Dr. Peter, quien lo atribuye al cambio de lugar del líquido bajo la influencia de los movimientos del enfermo y á la irritación de las terminaciones del nervio vago, puestas así en contacto

con el líquido; Fraentzel y Nothnagel no admiten esta opinión, fundados en que no han podido jamás determinar la tos quintosa por la irritación mecánica de la pleura. Sea cual fuere la explicación, el hecho es exacto: es frecuente observar una ó dos quintas de tos cuando se hace sentar, para examinarlo, al enfermo, habitualmente acostado, ó cuando después de una punción aspiradora, vuelve á tomar en el lecho su posición acostumbrada.

La expectoración, es nula generalmente. Algunas veces, sin embargo, el enfermo arroja cierta cantidad de esputos con el aspecto de una solución de goma, estriados de sangre ó simplemente parecidos á los de la bronquitis: la causa de esta expectoración no es, en tales casos la pleuresía, sino una congestión pulmonar ó una bronquitis coexistente.

La *disnea* es un síntoma casi constante, pero en diverso grado: ya es casi nula, imperceptible ó apenas perceptible para el enfermo, indicada solamente por una respiración más rápida, más breve y más superficial; ya es molesta, penosa, dolorosa; ya, en fin, llega hasta la ansiedad, hasta la ortopnea. Puede durar tanto tiempo como la pleuresía, ó cesar después de los cinco ó seis primeros días, y aun faltar durante toda la enfermedad; según Andral, la respiración sería sobre todo diafragmática en las pleuresías costo-pulmonares, y costal-superior en las diafragmáticas. Las causas de la disnea son múltiples: al principio, es el dolor el que refrena los movimientos inspiratorios (Lénnec), cuya frecuencia es, en parte, debida á la fiebre; más tarde, es ocasionada aquélla por la abundancia del derrame que impide ejecutar la función de una parte ó de la totalidad de un pulmón; es menester no olvidar, sin embargo, que hay derrames poco abundantes que van acompañados de una diarrea intensa, en tanto que otros muy abundantes, no determinan sino una simple dificultad respiratoria: la disnea, en fin, depende muchas veces de complicaciones, tales como el edema y la congestión pulmonar, la bronquitis, una pericarditis, etc.

El dolor y la dificultad de la respiración, son las condiciones que determinan el *decúbito*. En los primeros días, el enfermo se acuesta unas veces sobre el dorso, pero ligeramente inclinado hacia el lado enfermo (decúbito diagonal de Andral) para inmovilizarlo y evitar el dolor más ó menos vivo que en él causan los movimientos respiratorios; otras, sobre el lado sano, para evitar el dolor que la presión determina en el costado enfermo; más tarde, el paciente se echa sobre este último, á fin de dejar al otro la mayor libertad posible de expansión. Estas reglas no siempre se cumplen, pues hay enfermos que sólo pueden tomar una posición sin sentirse muy molestos, y otros que se acuestan con facilidad sobre el dorso, é indiferentemente de uno ú otro lado.

La *fiebre* aparece, por lo regular, desde el principio con el escalofrío; afecta bastante á menudo el tipo intermitente cotidiano, en el que se marca con un nuevo escalofrío cada acceso vespertino, y, después, pasados algunos días, presenta el tipo remitente, oscilando entre 38° por la mañana á 39° ó 39°,5 por la tarde; su duración es variable: ya descende á los ocho ó diez días, ya solamente al final de la tercera semana, cuando el derrame va á empezar á absorberse; ya, en fin, dura tanto como éste, y aun persiste después de él, pero entonces es debida á otra causa, á la evolución de una tuberculosis pulmonar coexistente.

Además del aumento de la temperatura general, existe una *elevación de la*

temperatura local al nivel del lado enfermo (Peter): la diferencia entre uno y otro lado, puede ser de 0°,5, de 1°, de 2° y más aún; varía con el derrame, al cual sigue en su curva, pues la hipertermia local aparece antes de la elevación de la temperatura general, aumenta pasajeramente después de la toracentesis, desaparece con el derrame, ó bien aumenta si de sero-fibrinoso, se hace purulento.

El *pulso* es frecuente, pequeño, contraído, duro: su frecuencia—de 130 á 140 pulsaciones—ha sido atribuída por Lorain á la dificultad circulatoria que hay en la pleuresía; su pequeñez y su dureza han sido achacadas al dolor, y, en efecto, desaparecen generalmente con él.

La *piel* está por lo regular seca, caliente, quemante, pero alguna vez trasudada ó cubierta de sudor.

La *lengua* está blanca, la boca seca, pastosa, el apetito es nulo y la sed intensa; unas veces hay diarrea y otras astringencia. La disfagia, que se ha observado alguna vez, no depende del mal estado gastro-intestinal, y sí probablemente es debida á cierto grado de compresión del esófago por el derrame, al cual se agrega un elemento espasmódico reflejo.

SIGNOS FÍSICOS. — *Inspección.* — El lado enfermo del tórax está inmovilizado; al principio, el dolor hace imposible la expansión torácica ó la limita considerablemente y el derrame líquido la hace más tarde inútil; por el contrario, esta expansión se encuentra exagerada en el lado sano y el contraste entre los dos, es muy sorprendente. Si el derrame resulta muy abundante, ocupa toda la pleura y la parte correspondiente del diafragma acaba por inmovilizarse; únicamente en el costado sano, se efectúan los movimientos respiratorios.

El lado enfermo aparece dilatado, al compararlo con el sano; para Laënnec, la ampliación torácica sería un signo frecuente de la pleuresía, existiría algunas veces desde el segundo día y nunca resultaría tan grande después de medida, como aparece á simple vista; Woillez, por el contrario, la considera rara, y como signo visible afirma que no puede producirse en los primeros días de la enfermedad y que se revela mucho mejor por la mensuración, que por la inspección; es necesario distinguir, según él, la ampliación patológica, que se hace al mismo tiempo hacia atrás, hacia fuera y hacia adelante, de las eminencias fisiológicas, que están limitadas « á la región anterior izquierda ó á la región posterior derecha del tórax, sin extenderse á la región externa »; va acompañada, á menudo, de la desaparición y excepcionalmente de la prominencia, de los espacios intercostales, lo que sería debido, según Fernet y Heilly, á la parálisis inflamatoria de los músculos intercostales. Al lado de esta ampliación de la circunferencia torácica, que aumenta y disminuye con el derrame, hay que señalar los abombamientos limitados que se observan al nivel de los derrames parciales, los cuales tienen también un gran valor diagnóstico.

La *amplexación* torácica, ó palpación bimanual del tórax, suministra en general buenos datos respecto á la ampliación del costado enfermo, á condición de que se palpe comparando los dos lados al mismo nivel.

Mensuración. — La *mensuración* que parece debe dar resultados más precisos, ha sido muy discutida. Laënnec, no la concedía sino un mediano valor; según él, cuando acusaba aquélla una diferencia de media pulgada entre los