

dos lados, la dilatación torácica era muy apreciable á la vista; cuando indicaba una diferencia menor, no se la debía tener en cuenta, porque podía depender de un error al medir. La mensuración comparativa del perímetro de las dos mitades del tórax, desde el apéndice xifoides hasta la apófisis espínosa correspondiente, señala diferencias que pueden llegar á 5 ó 6 centímetros; pero como lo ha hecho notar Woillez, hay normalmente una diferencia de 2 ó 3 centímetros en favor del lado derecho; por otra parte, el perímetro relativo de los dos lados, varía de un día á otro y de un modo muy irregular en el curso de una misma pleuresía, y así es menester preferir la mensuración del perímetro total del tórax, medida que se hará todos los días y de la que se formará un trazado como para la temperatura. Estos serán, pues, los datos que sobre la marcha del derrame podrá dar la mensuración, más bien que sobre la existencia de aquél.

La *cirtometría*, según Woillez que la inventó, tiene entre sus ventajas la de indicar: «1.º, el perímetro torácico; 2.º, todos los diámetros horizontales del pecho; 3.º, en trazados sobre el papel, la forma de la curva circular del tórax en los diversos días de enfermedad»; pero excelente desde el punto de vista de los resultados científicos, puede, según su mismo inventor, ser reemplazada en la práctica por la mensuración diaria del perímetro total al nivel del apéndice xifoides valiéndose de una cinta métrica.

El perímetro torácico cambia de forma, como ya hemos visto, y en los derrames de cierta abundancia, el esternón está desviado hacia el lado enfermo. Esta deformación es fácil de comprobar: en un sujeto sano y normalmente conformado, un hilo extendido desde la horquilla esternal á la sínfisis pubiana, pasa al nivel de la punta del apéndice xifoides; en caso de derrame pleural, el apéndice está, por el contrario, rechazado hacia la derecha ó la izquierda de la línea media y el eje del esternón forma, con la línea representada por el hilo tenso, un ángulo de abertura variable: esto es lo que Pitres ha descrito con el nombre de *signo del cordón*.

Palpación. — Hecha con las dos manos, permite darse cuenta de la inmovilidad, de la ampliación y del cambio de forma del lado enfermo.

Palpando cuidadosamente con el índice los diversos espacios intercostales, se aprecia que se dejan deprimir con menos facilidad que en el estado normal, que su *tensión* está aumentada (Gourbeyre).

Tarral señala como signo del derrame pleurítico la *fluctuación intercostal*, que Corvisart había encontrado en el hidropericardias; para apreciarla, es menester, según el consejo de Monneret y de Fleury, palpar con un solo dedo en un espacio intercostal, en tanto que un dedo de la otra mano se aplica en el mismo espacio: este signo no se percibirá sino excepcionalmente en los derrames abundantes y en los enfermos cuyos espacios intercostales son muy anchos.

Tripier ha descrito otro fenómeno, con el nombre de *fluctuación vibratoria*: es una especie de vibración, de estremecimiento, percibido por la mano bien aplicada sobre el tórax, mientras que se golpea de plano en el punto opuesto con la otra; este signo existirá en los derrames de cualquier clase, siempre que no sean enquistados, pero sobre todo en los derrames serosos abundantes.

El edema de la pared, considerado por Chomel y Andral como peculiar al

de la pleuresía purulenta, ha sido encontrado por Traube, Damaschino, Homolle, etc., en las pleuresías serosas, pero en este último caso es más limitado que en el primero, menos marcado, y no existe más que cuando el derrame es abundante.

Tiene importancia, sobre todo, la palpación, para apreciar un signo valioso: *la disminución ó la desaparición de las vibraciones torácicas*, indicada la primera vez por Reynaud (1829) y comprobada por Andral (1834) y Monneret (1848). Es necesario tener en cuenta, que el *fremitus* vocal es normalmente más fuerte en los sujetos de voz grave, más débil en los individuos de voz aguda, y por consiguiente en la mujer, y particularmente en los niños, más débil aún en las capas musculares, en las mamas, y en los sujetos con mucho tejido adiposo; además, se debe siempre palpar con cuidado, comparando los dos lados del pecho en puntos simétricos. Las vibraciones están disminuídas ó abolidas en el sitio ocupado por el líquido y reaparecen bruscamente por encima del nivel de éste, como es fácil de comprobar palpando sucesivamente de abajo arriba, no con la mano aplicada de plano, sino con el borde radial del índice; están abolidas más ó menos por completo, según sea el derrame abundante ó escaso, y pueden aún continuar faltando largo tiempo después de la desaparición completa del líquido si existen falsas membranas ó neo-membranas espesas que impiden al estremecimiento llegar hasta la mano.

Percusión. — Antes de la formación del derrame, la sonoridad es normal; en ciertos casos han señalado Skoda, Gueneau de Mussy, etc., una timpanitis pasajera, como la que se observa alguna vez al principio de la pulmonía.

Después, á medida que se produce el derrame, la sonoridad normal ó exagerada, es sustituida por una *macicez* más ó menos absoluta; aparece desde que el espesor de la capa líquida es de dos ó tres centímetros y aumenta con ésta, ó más claro, es tanto más completa, cuanto más declive es el punto en que se percute; va acompañada de resistencia al dedo, pérdida de la elasticidad, y cuando es absoluta esta macicez — llamada hídrica — es semejante á la que da la percusión en el muslo.

El límite superior de la macicez pleurítica, indica el límite superior del líquido; por encima de ella se halla la sonoridad pulmonar más ó menos alterada: algunas veces, sin embargo, al nivel de los derrames de poco espesor existe una zona intermedia francamente timpánica (Jaccoud).

La forma de la línea de macicez, es la de una parábola en los derrames pequeños y medianos (Damoiseau) (1); el eje de la parábola corresponde, con corta diferencia, á la línea de los ángulos posteriores de las costillas; su vértice al ángulo inferior del omoplato, su rama posterior viene á juntarse bastante baja á la columna vertebral y la anterior á la extremidad inferior del borde izquierdo del esternón; esta línea de nivel asciende conservando su forma á medida que aumenta el derrame; cuando alcanza su vértice la espina del omoplato, próximamente, las ramas se elevan más pronto que el vértice y la línea de nivel acaba por llegar á ser horizontal (Damoiseau).

La forma parabólica de la línea de nivel, es un efecto de la ley de gravedad

(1) Damoiseau, Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchements pleurétiques; Arch. de méd., 1843.

con lo que no está conforme Garland (1), que la considera como un efecto de la retracción pulmonar y situa el vértice de la parábola en la axila, lo que la clínica y la experimentación (Ferber) (2) han demostrado que es inexacto; se observa, en efecto, que cuando el enfermo permanece acostado durante los primeros días de la enfermedad el líquido se acumula en la gotiera costo-vertebral, que es en esta posición la parte declive del tórax. Cuando no guarda cama el paciente, la línea de nivel es, por el contrario, horizontal. En cuanto á la persistencia de la forma primitiva del derrame, es debida á su naturaleza sero-fibrinosa. Potain cree que se sostiene aquella por la falsa membrana en que se enquistá el líquido; Peter cree que la viscosidad de éste basta para retenerlo, en parte, en la gotiera; el derrame sero-fibrinoso se acumula en los puntos declives estando echado el enfermo, pero desde que se incorpora, «la parte serosa del derrame se desliza hacia la base del pecho y sobre el diafragma, dejando, como el agua cenagosa cuando se retira, una espesa capa de limo en los puntos que abandona» (3), en tanto que el derrame enteramente fibrinoso conserva su forma en todas las posiciones del enfermo, y el seroso del hidrotórax, por su mayor movilidad, tiene una línea de nivel que varía según las posiciones.

Laënnec niega la posibilidad del cambio de lugar de la línea superior de macidez en los derrames pleuríticos, señalada por Avenbrugger; Piorry la considera constante; Woillez, Potain y Vidal la admiten, pero insistiendo en la rareza y poca extensión que no excederá de la altura de un espacio intercostal.

Por encima de la línea de macidez, la percusión da la sonoridad pulmonar casi normal hacia atrás, donde las diferencias son más difíciles de percibir y claramente modificada por delante, donde produce el *ruido skódico*, el *skodismo*. Ya había notado Avenbrugger, en los derrames medianos, una «resonancia mayor en la parte no ocupada por el líquido», pero Skoda fue el que llamó particularmente la atención sobre esta modificación de la sonoridad que denominó «sonido timpánico sordo» (timpanismo no es para él, como para Woillez, sinónimo de exageración de la intensidad del sonido). El *skodismo* no es una modificación de la sonoridad bien definida, y Woillez que ha estudiado cuidadosamente «las sonoridades subclaviculares de la pleuresía» distingue cinco variedades, según que haya exageración simple de la sonoridad (timpanismo), exageración con tonalidad más baja (timpanismo grave), con tonalidad más alta (timpanismo agudo), elevación de la tonalidad sin exageración de la intensidad y elevación de la tonalidad con aumento de la intensidad y carácter amplio del sonido. Es menester, además, incluir en la tercera variedad el timpanismo agudo con timbre particular metálico, que constituye el ruido de olla cascada, el ruido hidro-aéreo, que Stokes (1837) y después Nota (1850) habían encontrado debajo de la clavícula en los derrames pleuríticos, y que Woillez, Jaccoud y Peter han observado también, con posterioridad, cerca del borde del esternón.

(1) Garland, Some experiments upon the curved line of dullness with Pleuritic effusions; *Boston Med. Journ.*, 1874.

(2) Ferber, Die physicalischen Symptome der Pleuritis. Habilitationsschrift. Marburg, 1875.

(3) Peter, Leçons de clinique médicale.

Estas modificaciones de la sonoridad, que no son especiales de la pleuresía, no se extienden por debajo de la cuarta costilla (Woillez), pero pueden ser muy limitadas, porque la superficie, en la que se escuchan, disminuye tanto más, cuanto más aumenta el derrame; desaparecen dando origen á la macidez completa, cuando el líquido llena del todo el fondo del saco superior de la pleura.

En su parte inferior, la macidez pleurítica se confunde á la derecha con la del hígado y cesa á la izquierda en una línea que varía con la cantidad del derrame. Normalmente, la parte inferior izquierda del tórax, es una región en la cual da la percusión sonido timpánico. Esta región tiene una figura semilunar; está limitada hacia abajo por el borde del tórax, y hacia arriba por una línea curva de concavidad inferior. El espacio así formado, comienza hacia adelante, por debajo del quinto ó sexto cartílago costal izquierdo, y se extiende hacia atrás á lo largo del tórax, hasta la extremidad anterior de la novena ó décima costilla. Su mayor anchura es de tres pulgadas á tres y media (9 á 11 centímetros) (1). Este es el *espacio semilunar*, *espacio de Traube*, cuya altura vertical en la línea mamaria mide, por término medio, 10 centímetros, que corresponden al seno pleural costo-diafragmático, y más profundamente al estómago y al colon, al nivel del cual, «en el estado de vacuidad del estómago y estando sanos todos los órganos de la región, se debe apreciar á la percusión un timpanismo agudo, la falta de vibraciones vocales á la palpación y el ruido respiratorio á la auscultación (2)». Bajo la influencia de un derrame pleurítico, el espacio de Traube disminuye de arriba abajo, tanto más, cuanto más abundante es el líquido, pudiendo llegar á desaparecer completamente; á la sonoridad timpánica sucede la macidez y faltan siempre las vibraciones, el soplo, el ruido respiratorio, y la región está abombada é inmóvil, ó es asiento de una retracción inspiratoria y de una proyección espiratoria (Jaccoud).

El derrame pleurítico submamario no es, como creía Traube, la única condición patológica que puede hacer que desaparezca el timpanismo del espacio semilunar; la adherencia ó sínfisis freno-costal produce el mismo resultado, ocasiona los mismos síntomas, con la diferencia patognomónica de «que se ve á cada inspiración una depresión activa de los espacios intercostales inferiores, á partir del sexto ó séptimo, la que coincide con una desviación de las costillas mismas hacia la línea media» (Jaccoud); las adherencias débiles y fraccionadas insuficientes para determinar una sínfisis freno-costal, pueden modificar la sonoridad del espacio semilunar y hacer aparecer una submacidez muy acentuada; aquellas se distinguirán fácilmente del derrame, por la existencia de frotos (Jaccoud).

Si se ausculta el pecho, al mismo tiempo que en un punto del lado opuesto se percute con dos monedas, se oye donde quiera que existe líquido, un sonido claro argentino; este *signo de moneda*, descrito por Sieur (3), puede ser útil en algunos casos.

Auscultación.—El signo más constante suministrado por la auscultación, es

(1) Traube, *Gesammelte Beiträge*, II.

(2) Jaccoud, *Cliniq. de la Pitié*, 1884.

(3) Sieur, *Thèse Paris*, 1883.

la *atenuación del ruido respiratorio*. La respiración está debilitada en una extensión más ó menos considerable correspondiente al derrame, tanto mayor, por lo general, cuanto más se acerca á la base, donde con frecuencia es nula por completo; en los mismos derrames abundantes falta en toda la altura del tórax, salvo hacia la columna vertebral, en una extensión de tres traveses de dedo (Laënnec), ocupada por el pulmón retraído. La respiración débil, puede observarse en todo derrame en que el dolor impide que la excursión torácica se verifique normalmente; se observa casi siempre mucho tiempo todavía después de la absorción completa del derrame, á causa de las falsas membranas persistentes.

La disminución, mayor ó menor, que puede llegar hasta la abolición del ruido respiratorio, es algunas veces el único signo de la pleuresía. Ordinariamente, sin embargo, en los 5/8 de los casos, según Woillez, va acompañada de un soplo variable, así en su asiento, como en su intensidad.

Cuando el derrame es poco abundante, aparece hacia el segundo ó tercer día un *soplo suave, velado, distante*, que se aprecia en la espiración ó solamente en las grandes espiraciones; no se le percibe en toda la extensión de la macicez, sino en el límite superior de ésta, por encima de la respiración débil y coincide con la egofonía. Este soplo pleurítico, es debido á la mezcla de un resto del murmullo vesicular y del ruido bronquial; su carácter dulce y velado debe ser atribuido á la presencia de la delgada capa de líquido, que hace el oficio de lengüeta membranosa (Jaccoud).

Si el derrame aumenta, se suprime completamente el murmullo vesicular; el *soplo*—que no es más que la transmisión, por el pulmón condensado, del ruido bronquial puro—*adquiere los caracteres del soplo tubario*: es fuerte, rudo, como metálico, y se oye en los dos tiempos de la respiración, ó solo en uno; se le percibe en una extensión más ó menos grande, pero sobre todo en el espacio inter-escápulo-vertebral, y, en todo caso, nunca delante de la línea axilar anterior, ni tampoco como la variedad precedente; coincide de ordinario con la bronco-egofonía.

El *soplo*, en fin, en los *derrames considerables*, puede tomar el carácter *cavernoso ó anfórico*, percibiéndose, sobre todo, casi exclusivamente también en el espacio inter-escápulo-vertebral; si va acompañado de estertores cavernosos ó anfóricos, puede hacer creer en la existencia de una cavidad espaciosa. Rilliet y Barthel lo atribuían á la coexistencia de una pneumonía y de una pleuresía y Barth á la torsión de un grueso bronquio que se encuentra «transformado en una verdadera cavidad de orificio estrecho muy propia para la producción de un soplo cavernoso»; Jaccoud lo explica por el aplastamiento completo de las vesículas pulmonares y de los bronquios de todas clases, quedando sólo permeable un grueso bronquio cuyo ruido percibimos; si este bronquio se obstruye también, no se halla más que un silencio absoluto en el costado enfermo.

El soplo de la pleuresía, sea velado, tubario, cavernoso ó anfórico, desaparece á menudo poco después del principio de la enfermedad. Existe rara vez en los derrames antiguos; este hecho de observación clínica, se explica por la disminución gradual del calibre de todos los conductos bronquiales cuyos ruidos se transmitían desde luego.

Cuando se hace hablar al enfermo mientras se le ausculta, la voz llega al

oído con ciertas modificaciones bien descritas por Laënnec, con el nombre de *egofonía* y de *bronco-egofonía*. «La egofonía simple, consiste en una resonancia particular de la voz, que acompaña ó sigue á la articulación de los sonidos; parece que una voz más aguda que la del enfermo y en cierto modo argentina, repercute en la superficie del pulmón; semeja el eco de una voz, más que la voz misma...; por otra parte, tiene un carácter constante, de donde se ha creído que ha tomado el nombre del fenómeno; es temblorosa y por sacudidas, como la de la cabra, y su timbre se aproxima igualmente al de la voz de este animal». La egofonía no existe algunas veces sino para ciertas palabras; la palabra *oui*, por ejemplo, no se aprecia sino auscultando sobre ciertos puntos, lo que la diferencia de la voz gangosa de las viejas y de los niños, que se percibe en todo el tórax. La egofonía no se produce cuando el derrame es muy débil (Andral); aparece ordinariamente dos ó tres días después del principio de la pleuresía; se encuentra donde existe el soplo áspero, en el límite superior del derrame; es sobre todo clara, cuando éste alcanza el ángulo inferior del omoplato; después se transforma si el derrame aumenta, para desaparecer cuando se hace abundante; y reaparece algunas veces (*egofonía redux*), pero no siempre, cuando disminuye.

Cuando con la pleuresía hay congestión pulmonar ó pulmonía, ó cuando el derrame alcanza cierto grado, la egofonía no permanece simple, va acompañada de una resonancia más ó menos marcada de la voz y á esta bronco-egofonía se le da el nombre de *voz de pitorro* (1), *voz de ficha* (la de un hombre que habla con una ficha colocada entre los dientes), *voz de pulchinela*, especialmente en los hombres de voz algo más grave (Laënnec).

Laënnec, que creía que la egofonía era patognomónica de un derrame líquido de la pleura, la atribuía al aplastamiento de los bronquios en forma de estrangul «de bajón ú oboe» en los cuales la voz tiembla resonando y á la transmisión de este ruido á través de una débil capa de líquido susceptible de ser agitada; pero la egofonía se escucha, aunque menos franca y clara, en la esplenopneumonía; la presencia de una capa de líquido no es, pues, indispensable para producirla, como tampoco el aplastamiento de los bronquios es suficiente.

Las modificaciones de la voz, siguen á las de la respiración; aquélla puede, en los derrames abundantes, ser percibida en los puntos en que se escucha el soplo con los mismos caracteres que éste y ser tubaria (broncofonía pura), cavernosa ó anfórica.

Si se hace hablar al enfermo en voz baja mientras se le ausculta, las palabras, que pronuncia son transmitidas distintamente al oído, como si el cuchicheo se produjese en el tórax debajo la oreja, en tanto que en el estado normal no se oye más que un ruido confuso, en el cual no se distinguen ni las palabras, ni las sílabas. Este signo descrito por Baccelli (de Roma), con el nombre de *pectoriloquia afona* y vulgarizado por Gueneau de Mussy, no es, como se había creído, patognomónico de los derrames serosos ó sero-fibrinosos; además de que no existe siempre en estos casos, se observa, aunque raras veces y menos claro, en las grandes cavernas pulmonares, la pulmonía, la esplenopneumonía.

(1) *Voix de mirliton*. *Mirliton*: pitorro, canuto de caña cerrado por sus dos extremos con una membrana delgada, juguete que usan mucho los niños. — (N. del T.).

pneumonía, la induración tuberculosa, el pneumotórax parcial, las pleuresías sero-purulentas y purulentas y las hemorrágicas.

El *ruido de frote*, es un síntoma muy frecuente de la pleuresía sero-fibrinosa; observado por Honoré y Laënnec, fue atribuído por este último al enfisema interlobulillar, y Reynaud fue el primero que consideró como un signo de la pleuresía. El ruido de frote, cuyo mismo nombre indica lo que es, presenta numerosas variedades: ya es el de un simple roce, análogo á la respiración áspera de la congestión pulmonar, ya un ruido parecido al de los estertores subcrepitantes oscuros (frote-estertor de Damoiseau), ya un ruido seco de escofina (ruido del cuero nuevo), compuesto de sacudidas desiguales, ya, en fin, una especie de rascamiento, semejante á la crepitación huesosa. El frote se percibe en los dos tiempos de la respiración, ó solamente en uno de ellos, y no está modificado, ni por los grandes movimientos respiratorios, ni por la tos; es algunas veces apreciable, mediante la palpación, y rara vez, sólo cuando es intenso, perceptible á distancia.

El frote existe al principio y al fin de la pleuresía, antes de producirse el derrame líquido, y después de la absorción. Al principio se le oye en la región posterior del tórax, después en la axilar, donde persiste algunas veces hasta que el derrame es muy abundante; más tarde, indica la absorción del líquido, y se le aprecia desde luego en las regiones que aquél abandona primero; después, en una extensión tanto mayor, cuanto menos líquido queda, y, en fin, sobre todos los puntos primitivamente ocupados por el derrame, donde persiste algunas veces, durante muchas semanas; el frote del período de absorción es, de ordinario, más fuerte, más intenso que el del período inicial, que á menudo no es sino un ligero roce.

Además del frote isócrono con los movimientos respiratorios, se percibe algunas veces en la región precordial un ruido de frote, que coincide, de ordinario, con el sístole cardíaco, y más rara vez sigue inmediatamente al diástole (Voillez); es menester no confundirlo con el frote de la pericarditis; es debido al deslizamiento de las dos hojas de la pleura, una sobre otra, bajo la influencia de los movimientos cardíacos.

La *auscultación del pulmón del lado opuesto al derrame*, revela una respiración fuerte, respiración pueril, suplementaria; la respiración pueril, se propaga algunas veces al lado enfermo, hacia atrás, en una gran extensión, y puede impedir, desde luego, que se aprecie la falta ó la debilidad de la respiración de este lado; al contrario, el soplo pleurítico producido en el pulmón enfermo es, muy á menudo, transmitido al lado sano, pero basta estar prevenido de estas eventualidades para reconocerlas; los ruidos propagados van debilitándose en los dos casos, tanto más, cuanto más se alejan de la columna vertebral. Además de la respiración pueril, pueden encontrarse, con frecuencia, en el lado opuesto á la pleuresía, estertores roncós y sibilantes, y estertores subcrepitantes, señales de una bronquitis ó de una congestión bilaterales.

Cambios de lugar de los órganos vecinos. — El mediastino se deja rechazar con más facilidad por la pleuresía izquierda, que por la derecha; este cambio de sitio, determinado por los derrames abundantes, se revela por la línea de macicez anterior vertical, que se desvía lateralmente debajo del esternón, y, bastante mejor, por la desviación del corazón.

En las pleuresías derechas, el *corazón* está rechazado hacia la izquierda y abajo, de tal manera, que su punta viene á chocar á uno, dos ó tres traveses de dedo por fuera de la línea mamaria y en el sexto, y alguna vez, en el séptimo espacio intercostal. En las pleuresías izquierdas, la desviación puede ser mucho más considerable; la palpación, y mejor la auscultación permiten apreciar que la punta se aproxima cada vez más al esternón, después se la encuentra por debajo de éste en el epigastrio, y, en fin, en el costado derecho, algunas veces hasta debajo del pezón derecho (Voillez).

Esta desviación del corazón, va acompañada de cierto grado de compresión de las aurículas, que son menos resistentes que los ventrículos; la de la aurícula izquierda, dará origen al aumento de volumen del corazón derecho, al edema y al éxtasis venoso; y la de la aurícula derecha, á la disminución del volumen del corazón, y expondrá á la muerte súbita.

Los derrames del lado derecho, según su abundancia, empujan hacia abajo más ó menos al diafragma y al *higado*, el borde inferior de este último órgano descende uno, dos ó tres traveses de dedo por debajo de las falsas costillas; puede descender mucho más, y en ciertos casos excepcionales, llegar hasta el ombligo y aún á la arcada de Falopio, experimentando entonces la cara inferior un movimiento de báscula que la pone vertical.

El cambio de posición del *bazo* es más raro, y, por otra parte, más difícil de comprobar, observándosele sobre todo en los casos en que este órgano está aumentado de volumen.

IV

Marcha. — Duración. — Terminaciones.

La *invasión* de la pleuresía franca es brusca, en las tres cuartas partes de los casos. El enfermo experimenta, en medio del día ó de la noche, un escalofrío seguido de fiebre, quebrantamiento de huesos, dolor de costado y dificultad para respirar; todos estos síntomas, no obstante, son menos marcados que en la pneumonía.

Otras veces, la *invasión* es precedida de ciertos prodromos; ya es un dolor vago en un lado del pecho; ya una bronquitis que dura algunos días ó una ó dos semanas; ya un estado saburroso ó una angina aguda.

En ciertos casos, en fin, la *invasión* es insidiosa; el dolor de costado es débil, vago y hasta nulo; no hay escalofrío; un ligero movimiento febril que aparece por la tarde, algo de dificultad en la respiración y una anorexia bastante marcada, son los únicos síntomas que presenta el enfermo; si se le ausculta, se encontrarán todos los signos de un derrame, algunas veces muy abundante.

Cuando al principio brusco ó rápido sucede una primera fase, en la cual, no está formado el derrame líquido, ó no es apreciable, se dice que hay una pleuresía seca; está caracterizada por síntomas funcionales asociados de muy diversas maneras así en número como en intensidad, por una sonoridad normal ó timpánica, la conservación de las vibraciones y la existencia de frotos en