

mayor ó menor extensión. Este período de sequedad, es con frecuencia muy corto; ordinariamente es de dos á cinco días, y por excepción dura quince.

Después, el derrame líquido se verifica con rapidez y abundancia variables; aumenta de una manera continua ó con detenciones ú oscilaciones durante quince días próximamente, algunas veces bastante menos, rara vez durante más de veinte ó veinticinco días, á no ser que después de una larga detención ó de una marcada regresión, no adquiera un nuevo impulso.

A este período de incremento, sucede en pocos casos, según Woillez, un período de estado de uno á tres días, durante los que ni aumenta, ni disminuye el líquido.

Luego, haya habido ó no estado estacionario, comienza la resolución acompañada alguna que otra vez de sudores críticos ó excepcionalmente de diuresis; la absorción es muy rápida durante los dos ó tres primeros días, más tarde continúa lentamente, algunas veces con oscilaciones que hacen temer recaídas. Los signos físicos del derrame líquido desaparecen progresivamente de arriba á abajo; la macidez es reemplazada por la submacidez en los puntos que ocupaba el líquido, submacidez debida á la persistencia más ó menos larga de las falsas membranas; reaparecen las vibraciones, pero atenuadas aún por esta misma causa, si bien el punto en que se comienza á percibir las, no puede indicar de una manera evidente el límite superior del derrame líquido; el soplo, la egofonía y la pectoriloquia afona, son reemplazados por los ruidos de frote, por lo común, ásperos (ruido de cuero nuevo, de escofina); los órganos desviados, vuelven á su posición normal; la mensuración circunferencial ó simplemente la del perímetro total del tórax, es, según Woillez, el mejor medio de seguir, desde el principio hasta el fin de la enfermedad, la marcha del derrame. Los síntomas generales, y en particular la fiebre, desaparecen ordinariamente al empezar el período de resolución, mas la fiebre puede haber descendido cuando el derrame todavía sigue aumentando, ó persistir cuando éste ha sido absorbido en gran parte.

La duración media del período de resolución es casi igual á la del período de aumento, lo que da á la enfermedad una duración total de treinta á cuarenta días; pero esto no es sino un término medio, muy aproximado, que puede variar bajo la influencia de numerosas condiciones, desde algunos días, hasta algunos meses.

En este último caso, y más exactamente cuando después de los veintiocho ó treinta días no ha comenzado aún el período de resolución, se dice que la pleuresía ha pasado al estado crónico: los signos físicos continúan como antes, y los síntomas generales se mitigan un tanto; la fiebre no se observa más que por las tardes ó de cuando en cuando, con motivo de una fatiga, de una transgresión del régimen ó sin causa apreciable; el apetito casi se recobra, pero las digestiones se hacen mal, y el estómago queda muy susceptible; la respiración es corta y fatigosa. Esta pleuresía crónica, cuya frecuencia es difícil de fijar, termina también por resolución después de un tiempo que varía entre algunas semanas y dos años.

Entraña, generalmente, después de la curación, la retracción del lado correspondiente del tórax (Laënnec). La diferencia perimétrica entre uno y otro lado, puede llegar hasta 3 ó 4 centímetros; las costillas se vuelven hacia dentro, se

imbrican, y el tórax resulta cóncavo en la región axilar, en vez de convexo; el hombro se baja y la tetilla se deprime y descende; « la columna vertebral conserva ordinariamente su rectitud, aunque algunas veces, y á la larga, se dobla un poco por el hábito que el enfermo adquiere de inclinarse siempre hacia el costado enfermo. Este hábito da á la marcha, cierto aire de claudicación » (Laënnec). La retracción torácica parece que se debe atribuir, por una parte, á la pérdida de elasticidad del pulmón, que, comprimido durante mucho tiempo por el derrame, no puede recuperar su volumen normal, ni resistir tanto á la acción de la presión atmosférica sobre el tórax; y, por otra parte, á la retracción de las neo-membranas y de las gruesas adherencias que unen el pulmón á la pared. Estas mismas causas, carnización del pulmón y adherencias pleuríticas, explican la persistencia muy larga ó indefinida de la macidez, de la debilidad de las vibraciones y del murmullo vesicular del lado retraído. En fin, esta retracción del lado enfermo es siempre, menor de lo que parece á simple vista, y menor en realidad de lo que indica la mensuración: esta última diferencia es debida á la atrofia de los músculos de la pared, especialmente á la del gran pectoral, que tienen la mitad del volumen de los del lado opuesto.

La retracción torácica no es efecto solo de las pleuresías crónicas; puede observarse también á consecuencia de las pleuresías agudas; comienza ya inmediatamente después de la absorción del líquido, y la mensuración en este caso indica la no interrumpida disminución del perímetro, después de una detención de algunas semanas; dicha retracción es siempre menos pronunciada después de las pleuresías crónicas; por lo común, es persistente, pero puede disminuir con lentitud, y después de tres ó cuatro meses, volver el tórax á su volumen normal (Woillez).

Tanto á consecuencia de las pleuresías agudas, como de las crónicas, persisten también adherencias, que aunque no tan notables en el primer caso, disminuyen la sonoridad, las vibraciones y el murmullo vesicular del lado enfermo.

Estas adherencias suelen ser dolorosas durante un año ó dos, y es difícil en ciertas ocasiones persuadir á los enfermos de que el dolor que experimentan es sólo debido á la recidiva de su antigua pleuresía.

En cuanto á la atrofia muscular, que es de regla en la pleuresía crónica, podrá producirse en las pleuresías agudas, y será también siempre precoz; asentando en los músculos inspiradores y acompañada de paresias, será una de las causas de la inmovilidad del lado enfermo; después de la absorción del derrame, constituirá un factor muy importante de la deformación torácica, pues los músculos afectados no podrán resistir á sus homónimos del lado sano (Bernard, Desplats).

La pleuresía puede terminar, aunque rara vez, por la muerte súbita ó más ó menos rápida.

La muerte súbita, ya observada por Lancisi, Morgagni y Stoll, ha sido desde luego atribuída á un síncope. Chomel, y después Trousseau, creen que no se produce sino en los derrames abundantes del lado izquierdo y explican el síncope por la torsión de los gruesos vasos del corazón cuando este órgano se ha desviado; Bartels (1868), partiendo del mismo principio, atribuye la muerte súbita al acodamiento de la vena cava inferior; desgraciadamente para estas

teorías, la muerte súbita puede observarse en las pleuresías derechas y en los casos de mediano derrame. En 40 observaciones de muerte súbita reunidas por Dieulafoy (1), el derrame en los dos tercios de los casos era del lado derecho, y no pasaba por lo comun de 1800 gramos ó dos litros; por otra parte, la desviación del corazón no entraña la torsión de los gruesos vasos, como se ha demostrado anatómicamente.

Raro con relación á otras causas de muerte súbita (dos veces de 12 casos, Goupil) (2), el síncope debe atribuirse tal vez á la compresión de la aurícula derecha por un derrame abundante del mismo lado (Garland) y más probablemente á la degeneración granulo-grasosa del corazón (Raynaud) ó á las alteraciones del miocardio producidas por la compresión y la inopexia (Sée, Comby).

Bastante á menudo (7 veces de 12), el enfermo siente una gran ansiedad, disnea extrema y un dolor pungitivo en el epigastrio; el cuerpo está cubierto de sudor, el pulso es pequeño, irregular y los latidos del corazón sordos y tumultuosos; la voz se debilita, « el enfermo dirige como aterrado algunas miradas á su alrededor, se agarra con fuerza á las ropas de la cama y cae muerto sobre las almohadas » (Blachez); la escena ha durado á lo más diez minutos. En la autopsia (3) se encuentra un coágulo que oblitera una gruesa rama de la arteria pulmonar, émbolo desprendido de un coágulo del ventrículo derecho ó trombo extendido desde el ventrículo derecho hasta las ramas de tercero y cuarto orden de la arteria pulmonar (Blachez) (4), trombosis cuyas condiciones de producción son posiblemente la dificultad de la circulación pulmonar por compresión del pulmón y falta de la aspiración torácica.

Al lado del síncope y de la trombosis del corazón ó de la arteria pulmonar, que apenas se producen antes de los veinte ó cuarenta y cinco días de la pleuresía (Goupil), hay que colocar la pericarditis, á la que pueden atribuirse la cuarta parte de los casos de muerte, y que de ordinario la produce súbitamente hacia el décimo ó el duodécimo día.

La *muerte rápida*, más bien que súbita, puede resultar de una embolia cerebral ocasionada por un coágulo desprendido de un trombo de las venas pulmonares (Vallin) ó del corazón izquierdo (Potain); puede resultar también de la compresión de las venas cavas superior ó inferior, compresión que se anuncia por la dificultad de la circulación, la cianosis, las hidropesías, el edema, la albuminuria, etc.

En fin, *la muerte puede sobrevenir á consecuencia de los progresos del derrame* y de la dificultad de la hematosi, sobre todo cuando la pleuresía es doble, ó simple, pero complicada con una congestión pulmonar del lado sano; la disnea aumenta, palidece la cara, que, cubierta de sudor, expresa la ansiedad, las extremidades se enfrían y el enfermo cae en el colapso y muere en uno ó dos días.

COMPLICACIONES. — Acabamos de ver las complicaciones mortales de la pleuresía.

(1) Académie de médecine, 1892.

(2) Soc. méd. des hôpit., 1864.

(3) Négrier, Mort subite dans la pleurésie; Thèse de Paris, 1864.

(4) Union médicale, 1862.

La pericarditis, que es una complicación bastante frecuente, no siempre reviste esta gravedad; cura en muchos casos, sobre todo cuando es, como la pleuresía, de origen reumático; el pronóstico de la pericarditis es más grave, cuando ésta resulta de la propagación de la flegmasía pleural al pericardio, y, más aún, cuando el derrame pericardiaco es debido á la compresión de las aurículas ó de la azygos por un derrame abundante ó un éxtasis de la circulación general.

La congestión pulmonar, fuera de la pleuro-congestión de Potain, es rara; cuando se produce, afecta por lo general al pulmón del lado opuesto de la pleuresía y constituye una causa de muerte por asfixia.

La pneumonía complica excepcionalmente á la pleuresía; se sabe, por el contrario, que al lado de la pleuro-pneumonía hay á menudo pleuresías consecutivas á la pulmonía.

La bronquitis es también una complicación rara, pero más común que la pneumonía.

Después de Gendrin, muchos se han ocupado de los abscesos peripleuríticos, y han sido bien estudiados por Leplat, Gaujot, Duplay y Kiener. Estos abscesos difieren de los empiemas de necesidad, en que no comunican con la cavidad pleural, sino que se desarrollan al lado de ella, y evolucionan como los abscesos fríos, pocas veces como los calientes. Después de haberlos considerado como resultantes de la propagación de la inflamación pleural al tejido pre-esternal ó sub-costal, se admite que son debidos á una periostitis costal (Duplay), y con mucha frecuencia, si no siempre, de origen tuberculoso (Kiener).

V

Formas.

Tal es la pleuresía sero-fibrinosa en su forma ordinaria, la más común; al lado de ella, es necesario describir algunas variedades dependientes del sitio del derrame, de la etiología de la enfermedad, y de la edad del sujeto; la pleuresía seca, merece un capítulo especial.

Pleuresía doble. — La pleuresía sero-fibrinosa es lo más á menudo unilateral; cuando es doble, es excepcional que las dos pleuras se afecten simultáneamente, siéndolo la segunda algunos días después que la primera, ó más rara vez, cuando ésta ya no contiene líquido. El principio de la segunda pleuresía no se señala, generalmente, por un nuevo dolor de costado, pero sí muchas veces por una sensación de constricción torácica, y un aumento de la disnea, al propio tiempo que por la fiebre más intensa.

Los signos físicos, indican la existencia del nuevo derrame, cuya cantidad es mayor unas veces, otras menor, y, raramente, igual á la del primero.

La marcha es más lenta, excepto en la pleuresía reumatismal, en la cual la curación puede completarse, en uno y otro lado, á los siete ú ocho días (Andral).

El pronóstico inmediato es más grave, como también si el derrame es esca-

so en un lado, y abundante en el otro, pero sobre todo si es copioso en los dos lados; el pronóstico remoto, es también más sombrío que el de la pleuresía simple, porque la retracción torácica es casi de regla, se produce en los dos lados, y ocasiona una gran dificultad permanente de la respiración.

Aparte de los raros casos en que es reumática y termina en algunos días, la pleuresía doble es siempre de origen tuberculoso.

Pleuresia diafragmática. — Descrita y confundida por los antiguos con otras lesiones, con los nombres de parafrenitis ó frenitis, y, en el siglo último, con los de diafragmatitis ó diafragmitis, fue sobre todo bien estudiada por Laënnec, Andral, Guéneau de Mussy, Peter y Hermil (1).

Sin ser frecuente, es menos rara de lo que se ha creído otras veces. Sus causas son las de la pleuresía en general, y basta mencionar, además, su producción en el curso de los cánceres del hígado, del estómago y del bazo, y á continuación, de los abscesos de la región superior del abdomen y de las peritonitis localizadas ó generalizadas. De 59 casos reunidos por Hermil, en 23 la pleuresía era izquierda, en 20 derecha, y en 16 doble.

Ya coincide con una pleuresía costo-pulmonar, y pasa inadvertida, ó es reconocida por la intensidad del dolor, de la opresión, de la fiebre y la inmovilidad del diafragma; ya existe sola, y en tal caso, constituye la variedad que verdaderamente merece el nombre de pleuresía diafragmática. El principio es, por lo común, brusco. El dolor de costado, radica más bajo que en la pleuresía costo-pulmonar, al nivel del hipocondrio, en el vacío, ó en la parte infero-posterior de la región dorsal, con irradiaciones hacia el hueco epigástrico, ó hacia el hombro; es muy violenta, arranca gritos al enfermo (Andral), aumenta por la presión, sobre todo si ésta se hace empujando la pared abdominal de abajo arriba, por los movimientos, la respiración, y, sobre todo, por la tos, á la que teme el enfermo, el hipo y los vómitos. Por la presión, se provoca un dolor muy vivo en diferentes puntos del nervio frénico (Guéneau de Mussy, Peter): 1.º, entre los dos haces inferiores del externo-cleido-mastoideo, en el punto en que el nervio pasa sobre el escaleno anterior; esta presión determina, algunas veces, irradiaciones dolorosas en el hombro, el brazo, á lo largo del esternón, de la clavícula, del cuello, hasta la mandíbula inferior (irradiaciones en el dominio del plexo braquial y del plexo cervical); 2.º, á lo largo del borde del esternón, en los primeros espacios intercostales (trayecto del frénico); 3.º, en un punto «situado exactamente en la intersección de dos líneas, de las que una continuase la parte ósea de la décima costilla, y la otra prolongase el borde externo del esternón» (botón diafragmático, Guéneau de Mussy); 4.º, en la base del tórax, sobre la línea de las inserciones diafragmáticas (filetes de expansión del frénico); 5.º, en las apófisis espinosas de las primeras vértebras cervicales (orígenes del frénico y del plexo cervical). Estos dolores, que son los de la neuralgia diafragmática, indican un ligero grado de neuritis del frénico, neuritis que puede persistir después de la curación de la pleuresía.

El enfermo está sentado en la cama, encorvado hacia adelante, con las manos aplicadas sobre las falsas costillas, que procura inmovilizar, la cara con-

(1) Hermil, Étude sur la pleuresie diaphragmatique, Thèse Paris, 1879.

traída, expresando la ansiedad y temiendo las sacudidas de la tos. La disnea, á menudo excesiva, extrema, llega hasta la ortopnea (19 veces de 40, Hermil); la respiración es frecuente, corta, convulsiva, por sacudidas y costal superior (Andral). La tos es seca, penosa, la expectoración nula y la voz débil, apagada y entrecortada.

El hipo ha sido observado muchas veces (Andral, Hermil); se repite á menudo, sobre todo cuando la muerte está próxima.

Sobrevienen con bastante frecuencia náuseas extremadamente penosas, seguidas de vómitos, biliosos por lo regular. En cuanto á la risa sardónica, descrita por Boerhaave y Van-Swieten, es excepcional y parece depender del dolor.

La ictericia, observada por Andral en un caso de pleuresía diafragmática derecha, es un síntoma raro.

El abultamiento del estómago (Peter) es á veces marcadísimo; es debido á la propagación de la flegmasía pleural al peritoneo diafragmático, al peritoneo estomacal, de donde resulta una pérdida de tonicidad de las fibras musculares del estómago.

El pulso es frecuente, contraído, duro; la temperatura oscila entre 39 y 40º; el delirio es más común que en la pleuresía costo-pulmonar, si bien lo es menos de lo que creían los antiguos, que hacían de él la característica de la afección. Sobreviene en los últimos días y termina de ordinario en un coma mortal.

Los signos físicos, son casi nulos. La inspección revela la inmovilidad del diafragma y de la base torácica del lado enfermo, el aplanamiento del hipocondrio y algunas veces su retracción á cada inspiración (parálisis del diafragma); en los casos de abundante derrame, el hígado (Stoll) y el bazo (Andral) pueden ser rechazados. La percusión no da ningún resultado, ó revela simplemente una ligera macidez limitada á la base del tórax, al seno pleural costo-diafragmático.

Las vibraciones están ligeramente disminuídas en el lado enfermo.

A la auscultación se encuentra: ya una debilidad de la respiración, debida, como la disminución de las vibraciones, á la inmovilidad del tórax; ya, en un pequeño espacio, estertores crepitantes reveladores de una congestión de la base del pulmón.

La pleuresía diafragmática puede permanecer limitada á la parte de pleura comprendida entre el diafragma y el pulmón, ó por el contrario, extenderse á la pleura costo-pulmonar; en este último caso, los signos físicos de la una, se agregan á los signos físicos y funcionales de la otra. Guéneau de Mussy, insiste sobre el descenso de la duodécima costilla del lado enfermo cuando se produce la asociación de estas dos pleuresías.

La evolución de la pleuresía diafragmática es, en general, más rápida que la de la pleuresía costo-pulmonar; se verifica en un tiempo variable entre dos y seis semanas.

Su terminación es muy diversa; las divisiones que se han establecido con este objeto, están faltas de bases bien fijas, pues las observaciones no son comparables por lo regular y no comprenden el examen del líquido derramado, aparte de los casos en que la enfermedad termina por la muerte.

Además de la forma atenuada de Jaccoud, forma seca que termina por la sínfisis freno-costal, Bucquoy (1) ha descrito una forma benigna, en la cual la pleuresía, interesando á la vez la pleura diafragmática y las partes inferiores de la pleura costo-pulmonar, es al principio unilateral y después se extiende al otro lado, á los tres ó seis días, para terminar luego con rapidez, desapareciendo sucesivamente de los dos lados en inverso orden del en que fueron afectados. Convendría, según Bucquoy, distinguir esta pleuresía doble de la que sobreviene á consecuencia de un enfriamiento, de la pleuresía de los reumáticos.

Al lado de esta forma doble, existe una simple, que cura también casi siempre de tres á seis semanas; es la pleuresía diafragmática aguda ó subaguda, la forma común, que comprende muchas variedades etiológicas, todavía mal determinadas, y que se llama primitiva.

En los casos seguidos de muerte, ésta sobreviene del cuarto al décimoquinto día, pero en la autopsia se encuentra, ya una pleuresía purulenta diafragmática ó al propio tiempo diafragmática y costo-pulmonar, complicada ó no de pericarditis, ya una pleuresía diafragmática con tuberculosis pulmonar avanzada ó miliar, con un pneumotórax, una pulmonía, un cáncer del esófago, una peritonitis consecutiva á un parto, á una epididimitis, etc., accidentes todos de los cuales la pleuresía no es más que una complicación.

La pleuresía diafragmática deberá distinguirse del reumatismo del diafragma, en que es apirético y no determina puntos dolorosos más que en las inserciones musculares; de la neuralgia diafragmática, apirética; de la pericarditis, en la cual el dolor asienta en el ángulo costo-xifóideo y no en el botón diafragmático (Guéneau de Mussy) y que va acompañada de signos físicos especiales; pero sobre todo de las peritonitis circunscritas á la parte superior del abdomen, que tienen tantos puntos de contacto con ella y que no se diferenciarán sino por un examen atento de todos los síntomas y la existencia anterior de las afecciones de los órganos de la región.

Pleuresía interlobular.— La pleuresía interlobular, es casi siempre purulenta; puede, no obstante, ser sero-fibrinosa.

El comienzo y los signos funcionales, son los de la pleuresía en general: dolor, disnea, escalofrío y fiebre, pero el examen más atento no permite apreciar, al menos al principio, signos físicos; cuando el derrame es considerable, sin embargo, y alcanza á 200 ó 300 gramos, se encuentran ordinariamente, en una línea comprendida entre dos zonas normales, la macidez y el soplo. Esta línea se dirige de atrás adelante y de arriba abajo, cruzando la región axilar y corresponde á la cisura interlobular.

A menudo, sin embargo, la vómica purulenta es el único signo que permite hacer el diagnóstico; la pleuresía sero-fibrinosa no termina de este modo, sino por la absorción del derrame y adherencia consecutiva de los dos lóbulos por su cara contigua.

Pleuresía mediastínica.— Los derrames del mediastino comprobados en la autopsia, consisten en derrames purulentos, limitados de ordinario al mediastino anterior y excepcionalmente al posterior (Andral). Durante la vida, la

(1) In Thèse d'Hermil.

cara está contraída como en la pericarditis y la respiración es corta, entrecortada; el enfermo guarda el decúbito dorsal y se queja de un dolor vivo que asienta entre la tetilla y el esternón ó cerca de la clavícula, y que aumenta por la tos y los movimientos de la respiración. Como signos físicos, no se nota más que cierta macidez extendida desde el esternón hasta la mama, en una altura de tres traveses de dedo próximamente y al nivel de la cual la respiración es nula. Con frecuencia el derrame se vacía por una vómica y este es el momento en que se hace el diagnóstico.

Se comprende que la existencia de la pleuresía sero-fibrinosa que no termina de este modo, no puede ser sospechada, y esto hacía decir á Guéneau de Mussy, que en presencia de los signos funcionales de una pleuresía y faltando sus signos físicos, era necesario pensar en una pleuresía mediastínica ó interlobular.

En algunos casos, la pleuresía mediastínica, coincidiendo con una pleuresía costo-pulmonar, ha podido ser diagnosticada (1). El enfermo presentaba los signos físicos y funcionales de la pleuresía y, además, una desviación considerable del corazón, un tinte cianótico y una circulación torácica complementaria, que indicaban una compresión de las venas del mediastino y una macidez de la región esternal hasta la horquilla, que excedía de los bordes del hueso. Grancher no admitió, en un caso, el diagnóstico de derrame pleural muy abundante, porque la ampliación torácica era casi nula; en otro, el de pericarditis con gran derrame, porque el corazón estaba desviado por el líquido y no rodeado por éste. Se obtuvo la curación mediante una punción evacuadora en la región axilar. Se trataba de un derrame de toda la pleura, pero que había desviado el mediastino y no las costillas, como es la regla (Grancher).

Pleuresía parcial.— Andral ha observado dos casos de pleuresía parcial; en el uno, el líquido ocupaba el vértice del pulmón, y de la primera á la quinta y sexta costilla se hallaba macidez, abolición completa del ruido respiratorio y bronco-egofonía; en el otro la macidez, la falta del murmullo vesicular y la egofonía, indicaban un derrame extendido desde el mamelón, hasta la línea axilar de las cuatro primeras costillas. Estos derrames limitados, enquistados, pueden ocupar los diferentes puntos de la pleura, el vértice, la parte media ó la base y estar situados delante, en la región axilar ó detrás. Son de ordinario poco abundantes, aunque algunas veces, sin embargo, determinan un abombamiento á su nivel. Su evolución, por lo común, es lenta é insidiosa.

Pleuresía multilocular.— En contra de la opinión de Wintrich, que consideraba como imposible, sin ayuda de la toracentesis, el diagnóstico de las pleuresías multiloculares, Jaccoud ha descrito (2) dos tipos semeiológicos; en el uno, que no lo ha visto más que una vez, existían todos los signos físicos de un derrame total, pero las vibraciones vocales se conservaban en un espacio en forma de cinta semicircular, extendida desde el esternón al raquis; por encima y por debajo, no se percibían; había, como lo demostró la autopsia, dos cavidades separadas transversalmente por una cinta fibrosa. En el otro tipo que Jaccoud ha observado dos veces, existían también todos los signos de un derrame total; macidez absoluta, falta de timpanismo subclavicular, soplo

(1) Grancher, *Bulletin médical*, 1892.

(2) Acad. de méd., 1879.