

bronquial, broncofonía, desviación de los órganos vecinos, pero las vibraciones se conservaban más ó menos débiles en toda la extensión de la macidez; estas vibraciones se trasmitían por numerosos tabiques que iban del pulmón á la pared torácica. En estos casos de pleuresía multilocular, los síntomas son los de las pleuresías crónicas y los enfermos soportan mal la toracentesis. Reynaud y Woillez admiten el primer tipo, pero hacen notar respecto al segundo, que la persistencia de las vibraciones no podía ser un signo diagnóstico cierto de la formación de tabiques, pudiendo, por una parte, ser difícil de comprobar el estado de aquellas (Raynaud) y no siendo, por otra, completa la falta de las mismas sino 12 veces de cada 80 pleuresías no multiloculares (Woillez).

**Pleuresía areolar.**— Su diagnóstico es aún más difícil: la punción, que no da más que algunas gotas de líquido, es el único signo que las caracteriza.

**Pleuresía latente y pleuresía crónica.**— Estas dos expresiones, no son sinónimas; existen pleuresías latentes de evolución aguda, y pleuresías crónicas que no son latentes.

La pleuresía latente aguda, tiene la marcha de una pleuresía aguda en la que los signos funcionales faltan, lo que le permite que pase inadvertida, si no se examina el pulso del enfermo; es una variedad de la pleuresía de los reumáticos y de la pleuresía de los enfermos del corazón.

La forma común de la pleuresía latente, es una pleuresía crónica; el carácter latente es primitivo, ó se establece después de un principio brusco; en este último caso, el enfermo experimenta de pronto un escalofrío con fiebre, dolor de costado, disnea; se mitigan luego los síntomas, el paciente se cree curado poco después y vuelve á sus ocupaciones ordinarias; en el primer caso, no pasa esto, pero el enfermo aqueja diversas incomodidades pasajeras, caracterizadas por dolores torácicos vagos, ligera fiebre vespertina, y anorexia. Después de cierto tiempo, en los dos casos se presentan los mismos síntomas: debilidad, anemia, decaimiento, digestiones difíciles, anorexia y una ligera opresión que hace á los enfermos creerse asmáticos; si se les ausculta, se encuentran todos los signos de un gran derrame, que puede ser abundantísimo.

La evolución de esta forma, se verifica como la de las pleuresías crónicas que han comenzado por una fase francamente aguda.

La curación es lenta y deja deformaciones torácicas persistentes; casi todos estos enfermos están destinados á sucumbir á consecuencia de lesiones tuberculosas del pulmón, originadas ya al principio de la pleuresía, ya en el período de estado, lo cual ha hecho creer, durante largo tiempo, en la influencia tisiógena de la pleuresía (1).

**Pleuresía tuberculosa.**— Sin insistir aquí sobre lo que hemos dicho del papel de la tuberculosis en la producción de la pleuresía sero-fibrinosa, parecen útil indicar algunas diferencias clínicas entre las variedades de pleuresías tuberculosas.

En ciertos casos, la pleuresía sobreviene en el curso de una tuberculosis pulmonar evidente, de la que aquella no es más que una complicación: que sea seca, que sea sero-fibrinosa, simple ó doble, su principio es brusco ó insidioso,

(1) Pidoux, Du pronostic de la pleurésie latente et des indications de la thoracentèse; Société médicale des hôpitaux, 1850.

su marcha es siempre crónica. El diagnóstico de estas pleuresías y el de su naturaleza tuberculosa, no presenta ninguna dificultad.

Otras veces, la pleuresía no es sino el principio de una granulía que no tarda en desarrollarse y dominar la escena, dejando á la pleuresía en segundo lugar (Empis).

En una tercera variedad, la tuberculosis está localizada exclusivamente en la pleura; el principio es insidioso ó brusco, el derrame adquiere pronto grandes proporciones, permanece seroso ó se hace sero-purulento ó hemorrágico; la fiebre es intensa, los sudores profusos, la demacración rápida, la diarrea tenaz; el líquido se reproduce en algunos días, después de cada punción. En esta forma, el enfermo no puede resistir, y muere en un mes ó seis semanas, sin presentar tubérculos en ningún otro órgano.

En otra variedad, el derrame pleurítico hace su evolución de igual manera, pero se complica con la tuberculosis en el pulmón del lado opuesto, que ayuda á determinar la caquexia y la muerte; el pulmón del lado correspondiente, no presenta otra lesión que una atelectasia pronunciada.

En esta última forma, la aparición de tubérculos en el pulmón del lado opuesto al de la pleuresía, permite hacer el diagnóstico clínico de pleuresía tuberculosa, que la cronicidad del derrame, su abundancia y su resistencia á las punciones sucesivas, sólo podían hacerla sospechar. En la siguiente, este diagnóstico etiológico puede ser establecido en el principio de la pleuresía mediante el examen atento de los signos suministrados por la percusión, la palpación y la auscultación del vértice del pulmón desviado por el derrame. Aquí la pleuresía tiene el principio y la marcha de la pleuresía llamada franca; sigue su curso en cinco ó seis semanas, termina por la curación completa, y sin intermedio, ó después de un tiempo variable entre algunas semanas y algunos meses, aparecen en el vértice del pulmón del mismo lado signos evidentes de una tuberculosis, que sigue la evolución ordinaria; después de haber sido un pleurítico, simple aparentemente, el enfermo resulta un tuberculoso común. La tuberculosis pulmonar y la tuberculosis pleural, tienen un origen contemporáneo y una evolución sucesiva, tratándose desde el principio de una tuberculosis pleuro-pulmonar (1). Si en el curso de la pleuresía se examina el vértice del pulmón en la región subclavicular, se encuentra el esquema núm. 2 de Grancher (2) (esquema de congestión):

Sonido +, timpánico.

Vibraciones +.

Respiración—, es decir, débil, ó débil y áspera ó áspera.

Para que este esquema tenga valor, no es necesario que el derrame pase de la tercera ó á lo más de la segunda costilla, sin que las anomalías de la respiración pudieran depender de una compresión directa del lóbulo superior ó de la existencia de falsas membranas en su superficie, sin que haya habido lesiones anteriores del pulmón. Este esquema, en el cual la debilidad de la respiración tiene más valor que su aspereza, no indica, por otra parte, sino que hay congestión, pero no forzosamente congestión tuberculosa; es un signo de

(1) Netter, Diagnostic précoce d'une forme de tuberculose pleuropulmonaire á début pleurétique; Thèse, 1883.

(2) Soc. méd. des hôp., 1882. — Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.

presunción que puede, en bastantes casos, tener el valor de un signo de certeza.

Fernet (1), Boulland (2) y O. Vierordt (3), han llamado más especialmente la atención sobre una variedad de *tuberculosis*, en la cual las lesiones recaen á la vez en la pleura y en el peritoneo. De ordinario, la serosa invadida primero es la peritoneal, pero puede empezar por la pleura. La marcha de estas afecciones puede presentar remisiones, que cuando son demasiado largas, suelen hacer creer en la curación.

Todas estas formas de pleuresía tuberculosa no tienen, fatalmente, una evolución mortal; pueden detenerse, retroceder y terminar por una curación más ó menos permanente. Villemin (4) había formulado muy bien este pronóstico de las tuberculosis de las serosas: « La tuberculización de las serosas cura bien, al menos por cierto tiempo ».

**Pleuresía reumática.** — La pleuresía es, después de las lesiones cardíacas, la más frecuente complicación del reumatismo; sobreviene, por lo regular, en el curso de un ataque de reumatismo articular agudo, y coincide muy á menudo con la desaparición de los dolores, pero puede aparecer algunos días antes de los fenómenos articulares.

La invasión es algunas veces latente, y Chomel aconsejaba examinar todos los días el pecho de los reumáticos, así como su corazón; pero con mucha frecuencia empieza bruscamente por un dolor de costado vivísimo y extenso, que puede ser doble (Andral), desaparecer para reaparecer en seguida, resistiendo, por lo demás, á la terapéutica. Lasègue, que hacía de la pleuresía reumática una pleuresía parietal de los planos fibrosos subyacentes, insistía sobre la intensidad y la extensión del dolor de costado. La disnea es intensa, la tos rara, la expectoración nula y la fiebre alta.

El derrame se forma siempre rápidamente y alcanza su máximum en algunas horas; ocupa rara vez toda la serosa, pero la mitad de la pleura situada sobre todo en la parte postero-inferior, tiene una disposición « en galleta » que Lasègue oponía á la « pleuresía giratoria » no reumática. Desaparece tan pronto como aparece, en tres ó cinco días, sin dejar huellas, ni retracción, sin supurar jamás; algunas veces es reemplazado por un derrame en el otro lado, cuya evolución, por lo demás, es idéntica.

El pronóstico de esta pleuresía es, pues, benigno; y lo sería más aún, si esta localización del reumatismo no fuese acompañada algunas veces de pericarditis y no indicase cierta tendencia á las manifestaciones serosas.

**Pleuresías de los cardiópatas.** — Bucquoy ha demostrado que al lado del hidrotórax bilateral, caquéctico, no fibrinoso, existen en los cardiópatas, pleuresías unilaterales, sero-fibrinosas, que se observan en todos los períodos de la afección cardíaca, un poco más á menudo, tal vez, en las enfermedades del orificio aórtico que en las del orificio mitral. Estas pleuresías reconocen ordinariamente por causa, los infartos hemorrágicos del pulmón.

El principio es insidioso, los síntomas funcionales se reducen por lo co-

(1) Fernet, De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë; Société médicale des hôpitaux, 1884.  
 (2) Boulland, De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement; Thèse Paris, 1885.  
 (3) Vierordt, U. d. Tuberkulose der serösen Häute, Zeitschrift für klinische Medicin, t. XIII, 1888.  
 (4) Villemin, Études sur la tuberculose, 1868.

mún á una ligera disnea ó á un aumento de las palpitations; rara vez llega el derrame á ser grande y se absorbe con mucha lentitud. Sin embargo, la curación es bastante frecuente.

**Pleuresía de los niños.** — La pleuresía sero-fibrinosa es, con corta diferencia, lo mismo en el niño, que en el adulto. El principio es el mismo, así como los signos funcionales y físicos; en los niños de corta edad, se revela algunas veces por las convulsiones; la macidez es fácil de comprobar, no así el estado de las vibraciones, que se conservan en ciertos casos, aun con un derrame abundante, ni tampoco la egofonía que apenas si puede apreciarse antes de la edad de siete años; por el contrario, los soplos están á menudo exagerados.

Más estas son dificultades que se encuentran en todas las afecciones torácicas de la infancia; lo que presenta sobre todo de particular la pleuresía en esta época de la vida, es su benignidad extrema, lo corto de su evolución, que se verifica próximamente entre ocho y dieciséis días y también la falta de retracción torácica en la convalecencia.

Las causas de la pleuresía de la infancia, son las mismas que en el adulto; y tanto más, cuanto más se acerca á esta edad; en los niños pequeños la bronco-pneumonía, la pulmonía y, por su mediación, un gran número de enfermedades infectivas, parecen ser las causas habituales; tal vez en estas consideraciones pueda encontrarse la razón de la benignidad.

**Pleuresía de los ancianos.** — En los viejos es debida la pleuresía, por lo regular, á un infarto del pulmón, á una pneumonía, á una tuberculosis evidente, á un cáncer del pulmón, á la enfermedad de Bright, á una afección cardíaca; es rara, y hasta excepcional, fuera de estas causas bien determinadas. Es más frecuente en el hombre, que en la mujer.

Su principio es insidioso: no hay escalofrío, ni dolor de costado, sino simplemente un poco fiebre ó algo de disnea que pasan por lo regular inadvertidos. Los signos estetoscópicos son los de la pleuresía del adulto; el derrame no es, de ordinario, muy abundante. La marcha es lenta y la duración de siete á ocho semanas. El pronóstico es, en general, grave, efecto de la enfermedad causal, sobre todo, pero también porque la pleuresía es una complicación que dificulta la función normal del corazón y de la hematosis.

## VI

### Diagnóstico.

Antes de la aparición de los signos físicos, el diagnóstico de la pleuresía es imposible; así, los antiguos, que sólo conocían los signos funcionales, confundieron la pleuresía, la pneumonía y las otras afecciones pulmonares agudas. Por el contrario, este diagnóstico es fácil luego que se aprecia el ruido de frote, indicador del exudado pseudo-membranoso, y bien pronto todos los signos de un derrame líquido.

La *pleurodinia* presenta signos funcionales análogos á los de la pleuresía, pero faltan completamente los signos físicos.

En la *congestión pulmonar*, los signos funcionales son también los de la pleu-

resía, pero existe una expectoración gomosa muy abundante; hay submacicez, más bien que verdadera macicez, y aun así, poco circunscrita; la egofonía y la bronco-egofonía se presentan alguna vez, pero menos claras que en la pleuresía; la respiración débil y el soplo bronquial son raros. Por otra parte, todos estos signos son móviles, variables de un día para otro, y no subsisten sino poco tiempo después del descenso de la temperatura, lo que sucede bruscamente hacia el quinto ó sexto día, y alguna vez más pronto.

En la *pneumonía*, el principio es de ordinario más brusco que en la pleuresía, el escalofrío violento y único, el dolor intenso y la fiebre alta; la macicez, limitada á una extensión, variable, no tiene la forma de la de la pleuresía; las vibraciones están exageradas, el murmullo vesicular está al principio encubierto por los estertores crepitantes, y después reemplazado por el soplo tubario en el centro del bloc pneumónico, en cuya periferia persisten á menudo los estertores crepitantes; no hay egofonía, pero sí broncofonía; tampoco se presenta la pectoriloquia afona; en fin, los esputos son característicos. Parece imposible confundir esta afección con la pleuresía, pero las vibraciones pueden conservarse en ésta y los estertores faltar en la *pneumonía*, así como los esputos; el soplo tubario y la bronco-egofonía se observan en los derrames abundantes, y la bronco-egofonía y la pectoriloquia afona (Jaccoud) en ciertas *pulmonías*; el modo de empezar no tiene en sí mismo nada de característico; apenas varía la macicez: es absolutamente hídrica, *tanquam percussu femoris*, en la pleuresía, y va acompañada de pérdida de la elasticidad, caracteres que la distinguen de la macicez pneumónica. Este signo, á pesar de su valor, tiene necesidad de ser corroborado por otros, y en los casos de este género, sobre todo, es cuando hay que conceder más importancia al conjunto de los signos físicos que á cada uno en particular.

Si existe una *pleuro-pneumonía*, la presencia de una capa de líquido y de falsas membranas en la pleura contribuyen también á modificar los signos físicos y los caracteres de la macicez; el diagnóstico es posible, sin embargo, porque los síntomas de la *pneumonía* dominan, en general, á los de la pleuresía, ó están asociados de un modo bastante claro: alrededor de la egofonía, por ejemplo, existe una zona de estertores crepitantes, etc.

La *pneumonía maciza*, descrita por Grancher, presenta todos los signos de una pleuresía con gran derrame: macicez absoluta, falta de vibraciones, de soplo, de egofonía, de pectoriloquia afona, de estertores crepitantes, y, en una palabra, macicez y silencio absoluto, y ordinariamente nada de expectoración. Pero, el principio es violento y la marcha rápida; sólo al segundo ó tercer día de enfermedad, se encuentran ya tales signos, lo que no sucede en una pleuresía; puede, por otra parte, suceder, que el enfermo arroje un molde fibrinoso, como los de la bronquitis pseudo-membranosa, y que al silencio absoluto suceda la exageración de las vibraciones, el soplo tubario y la broncofonía: todos los signos de la pulmonía.

« Entre la congestión pulmonar y la *pneumonía lobular franca*, aparte de la bronco-*pneumonía*, existe, dice Grancher (1), un estado morbo del pulmón, una especie de *pneumonía sub-aguda que simula una pleuresía con mediano derrame*, y

(1) Soc. méd. des hôpitaux, 1882. *Maladies de l'appareil respiratoire*, 1890.

que merece una descripción y una denominación peculiares»; dicho autor llama esplenopneumonía á esta afección, pues la cree una «*pneumonía sub-aguda con esplenización*»; pero nos faltan todavía conocimientos anatómicos exactos sobre este punto, y los términos «*congestión pulmonar de tipo pleurítico, congestión pseudo-pleurítica*», que han sido propuestos, recuerdan simplemente el error en que se puede incurrir, complican «*la historia de las congestiones ya tan obscura*» y desnaturalizan la idea que se debe formar de la «*enfermedad de Grancher*» (1). El principio es brusco, marcado por escalofríos repetidos, dolor de costado y disnea; la tos es penosa, por quintas, y se acompaña al cabo de algunos días de una expectoración análoga á una solución de goma el pulso es frecuente y la fiebre llega á 39° ó 40°.

El lado enfermo, de ordinario el izquierdo, está en parte inmovilizado; su perímetro es, algunas veces, dos centímetros mayor que el del lado sano. En el tercio ó en los dos tercios inferiores, y hacia atrás, la macicez es absoluta y las vibraciones vocales están abolidas; se percibe un soplo espiratorio, áspero, de tonalidad aguda, egofonía y pectoriloquia afona; en ciertos casos, por último, no se percibe el choque del corazón, y la auscultación permite apreciar el máximo de los ruidos hacia la cuarta ó quinta articulación condroesternal izquierda.

La temperatura oscila entre 39° y 40° en el primer septenario, entre 37°,5 y 39° en el segundo, 37° y 38° en el tercero, y después permanece normal; el tipo febril, sin embargo, no es siempre regular, no tiene un ciclo constante, pero tres signos se encuentran en todas las observaciones: la remitencia con oscilaciones diarias importantes, la elevación brusca al principio, y la remisión gradual en la convalecencia. La enfermedad dura, próximamente, cuatro ó cinco semanas.

La etiología está aún mal conocida: el frío, á menudo señalado como causa, no desempeña tal vez más que un papel secundario en esta afección, que se presenta sobre todo en los hombres, rara vez en las mujeres y los niños, y que con frecuencia no es, como la pleuresía, más que un primer estadio de la tuberculosis.

Si se agrega que frecuentemente se observa bajo la clavícula del lado enfermo el esquema de la congestión, se concibe cuántas dificultades rodean el diagnóstico de la esplenopneumonía, y cuán difícil es el diferenciarla de una pleuresía con escaso derrame. El espacio de Traube existe aún, pero también se le halla en una pleuresía con poco líquido. Por la auscultación se aprecian algunas veces, al nivel de la macicez, ciertos estertores sub-crepitantes discretos, superficiales, fugitivos en verdad, pero que tienen un gran valor, aunque pueden ser percibidos otros semejantes á través de una capa de líquido. En la pleuresía, las vibraciones reaparecen bruscamente por encima del límite de la macicez y están exageradas; en la esplenopneumonía reaparecen gradualmente y sin exageración; la egofonía es menos clara y el soplo menos agudo que en la pleuresía. El signo del cordón falta por lo común, aunque puede existir en algunos casos (2); en fin, la tos va acompañada á menudo de expectoración gomosa, que falta en la pleuresía. Estos son matices que pueden faltar

(1) Queyrat, *Gaz. des hôpitaux*, 1892.

(2) Bourdel, *De la spléno-pneumonie*; Thèse de Paris, 1885.

ó inducir á error; en bastantes casos, el diagnóstico no es posible sino por la punción exploradora mediante la jeringa de Pravaz, cuya aguja debe introducirse lentamente á ocho ó diez milímetros; si se hace el vacío en este momento, se extraen solo algunas burbujas de aire y algunas gotas de serosidad sanguinolenta.

En el curso de un *cáncer del pulmón*, pueden sobrevenir accidentes agudos que dan á la enfermedad el aspecto de una afección aguda, y la macidez con pérdida de la elasticidad, la egofonía, la bronco-egofonía y el soplo, hacen creer en una pleuresía; pero estos signos no tienen un límite regular, no aumentan de abajo á arriba como en la pleuresía, y por otra parte, la expectoración jalea de grosella, la existencia de infartos ganglionares sub-claviculares y axilares, los signos de compresión y la caquexia, resuelven todas las dudas.

Un *quistes hidatídico* del pulmón, da todos los signos de una pleuresía; y especialmente cuando asienta en la base, su diagnóstico no es posible sino con el examen del líquido, que en este caso es incoloro, no albuminoso, y contiene ganchos de equinococo.

Algunas veces, la *infiltración tuberculosa generalizada del pulmón* da una macidez absoluta sin ruido alguno respiratorio, y sólo el estado general sirve de guía al diagnóstico.

Un *tumor* ó un *quistes hidatídico del hígado*, desarrollado sobre todo hacia la cara superior del órgano, pueden rechazar el pulmón y dar una macidez completa con abolición de las vibraciones en una zona de variable altura, por encima de la cual se aprecia el soplo; mas en este caso, el hipocondrio está muy dilatado, la macidez convexa hacia arriba, se continúa directamente hacia abajo con la del hígado, los síntomas generales faltan y los funcionales son los de una enfermedad hepática.

En la *pericarditis con derrame*, la macidez tiene un sitio y unos límites que llaman la atención, los ruidos cardíacos son sordos y el error es difícil; pero la pleuresía en su período de sequedad, va acompañada á veces de ruidos de frote en la región precordial isócronos á los latidos cardíacos. Estos frotos disminuyen en las grandes inspiraciones y de ordinario coinciden con otros de otro sitio de la pleura.

El *hidrotórax* resulta, ya de una dificultad de la circulación torácica, esto es, de una afección cardíaca ó pulmonar, ya sobreviene en el curso de una caquexia y coincide con otras hidropesías. Es de ordinario, pero no forzosamente, bilateral, y siempre más abundante en un lado que en otro; el líquido es menos denso que el líquido pleurítico y contiene poca fibrina; la línea de macidez no sigue una curva parabólica como en el derrame pleurítico, es horizontal y cambia fácilmente de sitio con los movimientos del enfermo; el derrame, en fin, se reproduce con persistencia extraordinaria y el líquido no contiene, ó contiene poca fibrina. No se prescindirá jamás de practicar la succión hipocrática, sin la que se estaría expuesto á tomar por una pleuresía, un caso de *hidro-pneumotórax*.

No es siempre fácil *determinar la cantidad de líquido contenido en la pleura*. Para llegar á esta evaluación, se han tenido en cuenta, ya los síntomas funcionales, ya la percusión, la auscultación, la mensuración y la desviación de los órganos; mas es menester, en realidad, no apoyarse en estos signos ais-

lados, sino en sus diversas agrupaciones (1). La fiebre puede descender durante el período de aumento; la disnea es grande algunas veces en los enfermos con un pequeño derrame y débil ó nula en otros con derrame considerable; la macidez no sirve para indicar las variaciones de un derrame que ocupe toda la pleura; en el período de aumento no asciende á medida que es mayor la cantidad de líquido, sino que se aplasta el pulmón más y más; la auscultación permite apreciar el soplo en los derrames abundantes; pero algunas veces también, en las mismas condiciones, es absoluto el silencio respiratorio; el hígado se desvía bajo la presión de un considerable derrame, pero puede quedar desviado después de la completa absorción del líquido (Woillez), etc.... Woillez insiste mucho en la necesidad de medir todos los días el perímetro torácico para seguir los progresos de la pleuresía; Dieulafoy concede una gran exactitud á las evaluaciones hechas, para el lado izquierdo, sobre el «punto del máximo del sistole cardíaco»; este punto se halla sobre el borde izquierdo del esternón en los derrames de 500 á 600 gramos, sobre el borde derecho si alcanza á 1200, y entre el borde derecho y la tetilla del mismo lado cuando es de 1800 á 2000 gramos. En general, es menester referirse, de preferencia, al conjunto de los signos.

Cuando el derrame es de menos de 1500 gramos, está limitada la macidez á la parte inferior y posterior, el vértice de la parábola corresponde al ángulo inferior del omoplato y la rama anterior apenas alcanza al borde del esternón; por encima existe el skodismo sub-clavicular, por debajo y á la izquierda la zona de Traube es sonora; la respiración es débil, el soplo pleurítico áspero, agudo, espiratorio, y la egofonía es clara, así como la pectoriloquia afona; si la pleuresía es del lado derecho, no está desviado el hígado, y si del lado izquierdo lo está el corazón, aunque poco.

En los derrames de 1500 gramos á dos litros asciende la macidez cada vez más; á los dos litros el vértice de la parábola llega á la espina del omoplato, en tanto que las ramas son casi horizontales, el skodismo sub-clavicular persiste, la zona de Traube es menor, la respiración es nula y está reemplazada por un soplo tubario, que se extiende á la parte inferior en los dos tiempos; la egofonía está sustituida por la bronco-egofonía, la desviación de los órganos es muy marcada, y el punto del máximo de los latidos cardíacos, si la pleuresía asienta á la izquierda, pasa al otro lado del esternón.

A los tres litros, la dilatación torácica es marcadísima, así como la desviación de los órganos; la macidez existe de alto á bajo; no hay skodismo sub-clavicular, ni sonoridad del espacio semilunar, las vibraciones están abolidas en la misma extensión, y por la auscultación se aprecia, ya el silencio absoluto, ya los signos pseudo-cavernosos.

Una de las mayores causas de error en la evolución del derrame, es la *coexistencia de una pleuresía y de una congestión pulmonar* del mismo lado: el pulmón congestionado, voluminoso, sumergido en el líquido, hace subir el nivel de éste y da los signos de un derrame abundante. Ciertos síntomas permiten reconocer esta pleuro-congestión (Potain, Serrand) (2), tales son el princi-

(1) Bouilly, Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement, *Arch. génér. de méd.*, 1876.

(2) Serrand, Étude clinique sur le rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement, These Paris, 1878.