

pio brusco, disnea considerable y dolor de costado poco intenso, la existencia de una zona de submacidez con atenuación de las vibraciones por encima de una zona de macidez con abolición de las mismas, la existencia de la broncoegofonía en esta última zona, de soplo con broncofonía en la primera, es decir, por encima del derrame, y algunas veces también estertores finos y húmedos; por último, los esputos gomosos, la atenuación repentina de los síntomas y la rápida disminución del nivel del líquido, son signos que corresponden á la congestión; el líquido pleural se absorbe luego más lentamente.

Ningún síntoma, á no ser el suministrado por la *punción exploradora*, permite afirmar con certeza que el *líquido es sero-fibrinoso*, hemorrágico ó purulento. La pectoriloquia afona y el edema de la pared, sobre los que se había insistido mucho, se les observa con más frecuencia en la pleuresía purulenta, pero se les halla también en la pleuresía hemorrágica y la sero-fibrinosa; igualmente sucede con la fiebre intensa ó remitente y el aspecto caquéctico: sin embargo, si á estos signos se agregan los escalofríos con sudores profusos, la diarrea, el edema de los pies, la hinchazón de la cara y un estado general grave, habrá razón bastante para pensar en la purulencia; y se podrá casi afirmar, si con todos estos signos, la pleuresía sobreviene en el curso de una piohemia, de una caquexia, en la convalecencia de una escarlatina, en un albuminúrico ó en un niño.

En presencia de una pleuresía sero-fibrinosa, es menester siempre preguntarse *cuál es su naturaleza*; las condiciones etiológicas tales como el reumatismo, una afección cardíaca, hepática, etc., la determinan alguna vez, así como la existencia claramente confirmada de una tuberculosis pulmonar. La dificultad no existe sino para las pleuresías llamadas *a frigore*, que no parecen estar bajo la influencia de ninguna otra causa etiológica; de aquellas, un gran número son tuberculosas; unas, las menos, son tuberculosis pleurales primitivas, caracterizadas por la abundancia del derrame, su persistencia, su reproducción rápida después de cada punción, por la aparición de síntomas generales graves, demacración, sudores nocturnos, diarrea, etc., que conducen á la caquexia tuberculosa y á la muerte. Las otras se desarrollan en tres ó cuatro semanas y curan por completo, pero si se examina con cuidado el vértice del pulmón correspondiente, se pueden comprobar desde esta época modificaciones importantes. Cuando el pulmón subyacente está sano, se encuentra en el vértice una notable respiración suplementaria indicada por el

Esquema núm. 1..... { Sonido +
Vibraciones +
Respiración +

Si al contrario, se encuentra en las condiciones que ya hemos expuesto en la sintomatología, el

Esquema núm. 2... .. { Sonido +
Vibraciones +
Respiración — débil, débil y áspera, áspera,

se puede afirmar que el vértice del pulmón es asiento de una congestión pulmonar, cuya naturaleza tuberculosa será casi cierta si los antecedentes y al-

gunos síntomas generales vienen á corroborar la existencia de los signos físicos.

En algunos casos de pleuresía, se encuentra en el vértice del pulmón el

Esquema núm. 3 { Sonido +
Vibraciones —
Respiración —

Este esquema no tiene el valor diagnóstico del precedente, sólo indica que, estando comprimidos los gruesos bronquios, las vibraciones y la respiración están disminuidas, sin que por esto haya alteración del tejido pulmonar.

En un gran número de casos, el examen del vértice del pulmón permitirá sospechar, y con frecuencia afirmar, la naturaleza tuberculosa ó no de la pleuresía: es un medio clínico que puede servir de mucho, y que no se deberá nunca descuidar.

VII

Pronóstico.

El *pronóstico inmediato de la pleuresía no es grave*, y Louis insistía en la particularidad de que la pleuresía cura casi siempre; las complicaciones mortales son, en efecto, excepcionales, y la mayor parte de ellas, resultantes de la abundancia del derrame, pueden evitarse en la actualidad con la toracentesis.

En cuanto al *pronóstico remoto*, es bastante difícil de formular exactamente; no cuando se trata de pleuresías sobrevenidas en los tuberculosos ó de tuberculosis pleurales primitivas, con derrames abundantes y rebeldes, cuya gravedad todo el mundo conoce; ni tampoco de la pleuresía reumática, siempre benigna, de la pleuresía de los cardiopatas, de los viejos, etc., pleuresías evidentemente secundarias cuyo pronóstico está subordinado á la causa; pero, ¿se trata de pleuresías primitivas *a frigore*? 70 á 80 veces por 100, si no más, son de naturaleza tuberculosa; pero no es necesario fatalmente que una vez agotado el derrame, la tuberculosis haya de continuar desarrollándose en el pulmón, la pleura ó cualquier otro órgano; la curación puede, por el contrario, ser definitiva: *la pleuresía es, á nuestro parecer, una manifestación á menudo curable de la tuberculosis, que aun cuando esté curada, obliga al que la ha padecido á vivir siempre prevenido.*

VIII

Tratamiento.

Una ó muchas sangrías abundantes, seguidas de la aplicación repetida de sanguijuelas, de ventosas escarificadas sobre el lado enfermo, después uno, dos ó tres grandes vejigatorios y algunos diuréticos ó diaforéticos; tal era el tratamiento empleado contra la pleuresía por Andral, Lerminier, Louis, Cho-

mel y Cruveilhier, el tratamiento antiflogístico del cual Peter es, en el presente, uno de los pocos partidarios, agregan do un tratamiento general variable «según la constitución médica reinante, como también según la constitución del individuo».

Las emisiones sanguíneas están casi abandonadas en la actualidad, á excepción de las ventosas escarificadas, empleadas alguna vez contra el dolor.

El *vejigatorio*, que, con las emisiones sanguíneas, servía para yugular la pleuresía, impedir la producción del derrame ó hacer que en la primera quincena por lo menos, se absorbiese fácilmente, háse también abandonado casi por completo. Woillez lo condenaba ya, cuando decía que no había obtenido resultados favorables sino diez veces de ciento. «Yo creo, dice Dieulafoy, que los vejigatorios no ejercen acción alguna sobre los derrames de la pleura, y me abstengo de prescribirlos». Laborde (1), haciendo la crítica del vejigatorio y recordando los accidentes de intoxicación á que ha dado origen, lo acusa también de haber causado «en un cierto número de casos bien definidos, el aumento inmediato y rápido del derrame pleurítico, contra el cual iba precisamente dirigido», y G. Sée se expresa con idéntica severidad.

Los *calomelanos*, empleados en Inglaterra y Alemania, cual las fricciones mercuriales, como antiflogísticos, son apenas usados no más que la digital, que puede combatir, en ciertos casos, el elemento febril, ó los emeto-catárticos dirigidos contra el estado saburral ó bilioso del principio.

El *método derivativo* apenas favorece la absorción del derrame, del cual el método revulsivo no impide la formación. Los purgantes y las drásticos, usados otras veces al principio del período febril, son ineficaces contra el derrame. Los diuréticos, tales como la digital, la escila, el acetato y el nitrato potásicos y la cafeína son todavía administrados. «La leche, considerada como alimento, no debe olvidarse; como diurético, no tiene valor alguno en la pleuresía y está á la altura de los demás» (G. Sée). Los diaforéticos no son más eficaces, y frecuentemente el jaborandi y su alcaloide, la pilocarpina, casi no hacen más que fatigar al enfermo.

El *ácido salicílico* y el *salicilato de sosa*, han sido preconizados por Autrecht, Telz, Talamon, Engster; el salicilato de sosa, á la dosis diaria de 3 á 4 gramos, es posiblemente el más activo de todos los medicamentos antedichos y el único que nos ha parecido que da algunos resultados. ¿Obra como antiséptico y antipirético ó como diurético? (Engster). Importa poco.

Si toda esta terapéutica es, en la mayor parte de los casos, inútil en el período de aumento de la pleuresía, lo es aún más, si es posible, después de la defervescencia: la *toracentesis* es entonces el único tratamiento racional, como la expectación es el de la fase febril.

No existe, en realidad, ninguna contraindicación en la toracentesis, pero unas veces es inútil, otras útil ó bien urgente.

Es *inútil* durante todo el período de aumento de la pleuresía, á no ser cuando es urgente: el líquido se reproduce con mucha rapidez después de la punción y el enfermo no obtiene beneficio alguno.

Es *útil*, por el contrario, cuando la pleuresía ha llegado al fin del período de

(1) Acad. de médecine, 1892.

estado ó al período de declinación, que no está siempre, como se sabe, indicado por el descenso de la fiebre; en este momento la toracentesis, no solo subtrae cierta cantidad de líquido, sino que determina, por lo común, la defervescencia, si ya no se había producido, y apresura la absorción del resto del derrame. Es, pues, hacia el décimo quinto día en los niños y del décimo octavo al vigésimo primero en los adultos, cuando hay que practicarla; es necesario no diferirla más largo tiempo, si no se quiere ver persistir la atrofia del pulmón, ni producirse fuertes adherencias, ni dar origen á una acentuada retracción torácica.

La toracentesis es, en fin, *urgente* en ciertos enfermos. Verneuil y Hardy no admiten la urgencia sino en los casos de disnea intensa «de sofocación inminente». Pero, como lo ha demostrado después Dieulafoy, «la disnea es un signo infiel y un engañoso guía»; tal individuo, que no es en manera alguna disnéico, si bien tiene un abundante derrame, muere súbitamente antes de la toracentesis, que sin razón ha sido diferida para el día siguiente. El peligro inmediato de la pleuresía, estriba todo en la abundancia del derrame. «Desde que el líquido llega á los 1800 gramos ó pasa de ellos, poco importa que el enfermo tenga disnea ó no, la experiencia nos ha demostrado que su vida está en peligro y no cabe perplejidad posible: la toracentesis se impone» (Dieulafoy).

La punción del pecho fue practicada por los Asclepiades, que hacían una incisión en un espacio intercostal, ó la perforación de una costilla; pero estuvo abandonada durante siglos, y ni Ambrosio Pareo, ni Fabricio de Aquapendente consiguieron ponerla en boga; en el siglo último, Lourde reemplazó el bisturí por el trócar, pero la operación no por eso se generalizó más. Laënnec, que prefería el bisturí al trócar, no recurría con gusto á esta operación ni la consentía sino en los empiemas agudos muy abundantes ó en los casos de derrame crónico. Reybard, en 1841, inventando su cánula, suprimió la penetración del aire en la pleura, es decir, uno de los mayores motivos de discusión y de repugnancia, pero no empleó todavía la paracentesis del pecho sino en los derrames purulentos y crónicos; Trousseau fue quien, en 1843, la recomendó contra los derrames agudos no purulentos.

Se servía del trócar de Reybard y lo hundía en el sexto ó el séptimo espacio intercostal, en la línea axilar, después de haber incidido la piel por medio de una lanceta: el líquido corría por sacudidas á cada espiración; pero la aplicación á cada movimiento inspiratorio de la válvula de tripa sobre la extremidad libre de la cánula, impedía la penetración del aire. Este procedimiento imperfecto exponía también á algunos peligros, de los que no eran los menores la penetración accidental del aire, y la transformación purulenta ó pútrida del líquido; estos peligros desaparecieron con la aplicación de la aspiración á la toracentesis por Dieulafoy en 1869.

Pueden utilizarse los aparatos inventados por Dieulafoy, Potain y Debove: uno de los puntos importantes del *manual operatorio*, es el servirse de una aguja fina, tal como la número 2 del aparato Dieulafoy, cuyo diámetro es de 1,2 milímetros. Estando el enfermo sentado en la cama, con los dos brazos hacia adelante, se le introduce la aguja en el octavo espacio intercostal, en la prolongación del ángulo inferior del omoplato, pasando junto al borde superior de la novena costilla para no herir los vasos intercostales; además de que llega al

líquido por un punto de los más declives (Dieulafoy), la punción es más fácil de hacer á este nivel, porque se tiene menos que temer el obstáculo que resulta de la aproximación de las costillas bajo la influencia de la aprensión y del dolor, lo cual sucede siempre que aquella se practica sobre la línea axilar.

Cuando la aguja se ha introducido de dos á tres centímetros, se comienza la aspiración, y se la continúa hasta haber extraído un litro de líquido; al siguiente día, ó al otro, se practica una nueva punción, si quedan muchos gramos aún, y si queda más, sólo se extrae un litro, para volver á empezar dos días después, y así hasta la evacuación completa. Ciertos autores prefieren la evacuación de todo el líquido, en una sola sesión, pero esta práctica expone á peligros y el método preferible consiste en la evacuación parcial y repetida.

La picadura de una costilla y la picadura del hígado, por lo demás sin grandes inconvenientes, son desde luego evitables, teniendo en cuenta las reglas del manual operatorio.

La picadura del pulmón, posible únicamente cuando á causa de adherencias ó de congestión, la superficie del órgano está cerca de la pared torácica, no expone al pneumotórax, como se había temido, y á lo más da origen algunas veces á una expectoración sanguinolenta pasajera.

Al final de la operación, y algunas veces al principio, sobreviene una tos por quintas, que se atribuye á la acción del aire que penetra en los lobulillos que estaban comprimidos, y que algunas veces no es sino el primer signo de la expectoración albuminosa. La suspensión del desagüe durante algunos segundos, basta con frecuencia para calmarla; pero si aunque se haya disminuído la rapidez de la efusión, se reproduce aquélla, es menester suspender la operación.

Ciertos enfermos acusan, durante la toracentesis, un dolor constrictivo torácico, á causa de la disminución de la presión intra-pleural; si este dolor es fuerte ó persistente, es menester también suspender la operación.

La «punción blanca», pequeño accidente de cuya posibilidad deberán estar prevenidos, el enfermo y los que le rodean, depende de causas diversas: bien porque no existan más que falsas membranas ó gruesas neo-membranas; que haya ó no derrame líquido, que la aguja haya entrado más arriba del derrame ó haya sido obstruída por un fragmento de falsa membrana y haya rechazado la pleura, á la que refuerzan sus pseudo-membranas, ó bien, en fin, porque sea areolar la pleuresía.

La *penetración del aire en la pleura*, que resulta de una falsa maniobra en el manejo del aparato, es algunas veces inofensiva, mas puede producir la transformación purulenta del derrame por la introducción de gérmenes piógenos.

La *expectoración de esputos albuminosos*, que hace veinte años ya era poco común (Terrillon en 1875 no había reunido sino veintidós casos), es desde luego excepcional. Sobreviene algunos instantes después de la operación, y presenta diversos grados: ya tan sólo consiste en la frecuente expulsión de un líquido espumoso y sanguinolento; ya experimentan los enfermos una molestia intra-torácica, como si el pecho se le llenase de líquido; sienten ansiedad, disnea, les acometen á menudo accesos de tos, seguidas de la expulsión por bocanadas de un líquido filamentosos, espumoso, y alguna vez sanguinolento; después de cinco, diez, quince horas, ó un día á lo más, todo entra en orden; en algu-

nos casos desgraciados (Dieulafoy sólo ha observado seis), el enfermo sucumbe en algunos minutos, en una hora, ó dos á lo más.

La cantidad de líquido extraído, varía entre cincuenta gramos y uno ó dos litros; por el reposo, se separa en tres capas: una superior, espumosa; una media, amarillenta, siruposa, viscosa; y una inferior, formada de esputos mucosos; la capa media es muy rica en albúmina, como lo han demostrado Besnier (1863) y Woillez.

La naturaleza albuminosa de los esputos, hizo pensar á Woillez y á Marotte que estaban constituídos por el líquido pleurítico, pasado á los bronquios por medio de una perforación pulmonar; pero de ser así, deberían ir acompañados de pneumotórax, lo cual no ocurre. También Hérard, Behier y Moutard-Martin, atribuyeron los esputos albuminosos á un edema agudo del pulmón, opinión admitida hoy.

Se ha considerado á la aspiración, como causa de la expectoración albuminosa; pero Dieulafoy, repasando sus observaciones, ha demostrado que de 16 toracentesis seguidas de esputos albuminosos, en 4 solamente se había empleado la aspiración, y 3 veces en 6, que terminaron por la muerte. La mayoría de los enfermos, por otra parte, tenían pleuresías complicadas de lesiones aórticas ó mitrales, de hipertrofia del corazón, de adherencias pleurales, de lesiones tuberculosas del pulmón, etc.; en los otros casos se había extraído, en una sola vez, de 2 á 5 litros de líquido: se comprende, en estas condiciones, la producción de la congestión intensa del pulmón, que bruscamente deja de estar comprimido, y lo difícil que le es al enfermo el soportar esta congestión si ya estaba afectado de otras lesiones cardíacas ó pulmonares. «No es á la aspiración á la que se deben atribuir los accidentes, sino á la aspiración demasiado prolongada; es al empleo de trócares muy voluminosos» (Dieulafoy); además, debe hacerse la toracentesis con una aguja fina, y no abstraer en una sola sesión más de 1000 á 1500 gramos de líquido, sobre todo si la pleuresía es antigua.

La *muerte rápida, después de la toracentesis*, no es debida únicamente al edema agudo; ha podido ser atribuída algunas veces á una trombosis del corazón, de la arteria pulmonar, ó á una embolia del cerebro; causas que producen la muerte rápidamente, con independencia de la toracentesis, á la que no se debe culpar.

Es igualmente probable la muerte por síncope, poco después, durante la operación ó antes (Chaillou): á lo más, se podría preguntar si el temor á la operación ó el choque nervioso, producido por ella, habrían desempeñado el papel de causa determinante en un enfermo de pericarditis ó de miocarditis.

La *transformación purulenta* del derrame, es una de las grandes objeciones que han hecho á la toracentesis por aspiración, y recientemente, en la Academia de Medicina, Verneuil y Hardy la han sostenido de nuevo, aunque Dieulafoy había tenido el cuidado de refutarla: «Sean las que fueren las precauciones tomadas, y aunque esté el trócar todo lo aséptico que sea posible, al herir la pleura inflamada provoca la supuración», ha dicho Verneuil. Dieulafoy ha respondido con cifras: de 380 punciones que ha hecho, tanto en la ciudad como en el hospital, en derrames sero-fibrinosos ó hemorrágicos, no ha visto una vez sobrevenir la purulencia, y puede repetir: «si ocurre la trans-

formación purulenta, no es á la operación á la que, en todo caso, hay que acusar, sino al operador».

Agotado el derrame, cuando la pleuresía parece enteramente curada, todavía no ha terminado la misión del médico. Esto es evidente, trivial cuando se trata de pleuresías claramente secundarias de los verdaderos tuberculosos, de los cardiopatas, de los brighticos, etc. No es de éstas, por lo tanto, de las que queremos hablar, sino de la pleuresía llamada franca, aguda, *a frigore*, la que termina por la curación completa, en apariencia. Muchas veces hemos insistido sobre el hecho de que, frecuentemente, va acompañada de una congestión tuberculosa del vértice del pulmón, tuberculosis cuya evolución continúa, y que, después de un intermedio más ó menos largo, se manifiesta por sus signos ordinarios. Estos pleuríticos son tuberculosos pulmonares en el primer período, período de germinación (Grancher), como lo indica la persistencia de las alteraciones del murmullo vesicular; estos son, sobre todo, los que obtienen beneficio con la terapéutica, si es bien dirigida por el médico, y escrupulosamente seguida por los enfermos.

En el vértice que funciona mal, es menester hacer una revulsión continua, durante semanas ó meses, hasta que el murmullo vesicular haya perdido sus caracteres de debilidad ó de aspereza, que tanto tiempo duran; las embrocaciones con tintura de iodo, la cauterización punteada con el hierro candente, y, sobre todo, los pequeños vejigatorios volantes, frecuentemente repetidos, serán los medios empleados mientras se crean necesarios.

En cuanto al tratamiento general, debe ser objeto de un especial cuidado: la gimnástica respiratoria, los ejercicios corporales, la vida al aire libre, la permanencia en climas cálidos durante el invierno, la alimentación forzada, «alimentación á dosis terapéuticas» (Debove), con la carne cruda reducida á pulpa y el polvo de carne, llegarán ordinariamente á detener, en su evolución, esta tuberculosis pulmonar incipiente.

En el conocimiento de la naturaleza de la pleuresía, hay pues, algo más que una cuestión de doctrina, ya por sí muy interesante, una cuestión práctica importantísima, puesto que pone al médico en guardia contra una confianza engañadora para él, y peligrosa para el enfermo.

CAPITULO II

PLEURESÍAS HEMORRÁGICAS

Con el nombre de pleuresías hemorrágicas, se comprenden todos los derrames pleurales de aspecto francamente hemorrágico: este aspecto es debido, no sólo, como el de los líquidos pseudo-hemorrágicos, á la disolución de la materia colorante de la sangre, sino á la presencia de los glóbulos sanguíneos, cuya forma, gracias á la composición del líquido, se conserva indefinidamente. Los glóbulos rojos se encuentran en todos los derrames pleurales, pero en número de unos 200 á 300 por milímetro cúbico, esto es, en escasa proporción para dar color á la serosidad, la que no toma un tinte rosado, sino cuando contiene poco

más ó menos de 5 á 6000 glóbulos rojos por milímetro cúbico (Dieulafoy); mas, en este caso, el líquido no se hace, por consiguiente, más francamente hemorrágico, tiene, por el contrario, grandes tendencias á volverse purulento; es el derrame histológicamente hemorrágico de Dieulafoy, distinto de las pleuresías hemorrágicas que no se convierten en purulentas.

En la pleuresía hemorrágica, el número de los glóbulos sanguíneos es siempre considerable; es, algunas veces, la décima parte del número de los glóbulos rojos de la sangre: el líquido tiene un tinte rosa, rojo, rojo-oscuro, ó rojo moreno. La presencia de los glóbulos rojos en el líquido pleural, es debida á una hemorragia de la pleura; la sangre se mezcla en cantidad variable á la serosidad ya exudada, ó, raramente, constituye todo el derrame, como si se tratara de un hemotórax traumático; se coagula rápidamente, y el coágulo fibrinoso contiene, desde luego, los glóbulos sanguíneos; mas sometido á cierto trabajo en cada inspiración, entre el pulmón y la pared, las mallas de la fibrina dejan escapar poco á poco los glóbulos sanguíneos, que nadan entonces en el plasma de la sangre y en la serosidad pleural, si la hay (Trousseau). Así se explican las diferencias en el contenido fibrinoso que se encuentran en los líquidos evacuados por la toracentesis, según que éste se halle constituido por sangre casi pura, ó mezclada á un exudado sero-fibrinoso pleurítico.

La pleuresía hemorrágica, es relativamente rara. En la clínica de Munich se ha observado, en seis años, 14 veces en un total de 227 pleuresías, de las que 69 eran secas, 114 con derrame sero-fibrinoso, y 30 con derrame purulento.

Los signos físicos de los derrames hemorrágicos, son idénticos á los que suministran los otros derrames; macidez absoluta con pérdida de la elasticidad, falta más ó menos completa de las vibraciones, disminución ó abolición del murmullo vesicular, soplos de caracteres variables según la cantidad de líquido, egofonía ó bronco-egofonía, pectoriloquia afona muy frecuentemente (Jaccoud, Dieulafoy), edema de la pared algunas veces (Dieulafoy, Barbe), desviación más ó menos considerable de los órganos próximos y deformación del tórax. Así, el diagnóstico cualitativo del derrame es casi imposible: se diagnostica según los casos de derrame sero-fibrinoso ó derrame purulento, basándose en signos tan inciertos como la pectoriloquia afona y el edema de la pared ó en el aspecto general del enfermo; la punción, es la única que puede evitar el error.

En condiciones dadas, como la de cáncer bien conocido del pulmón ó de cualquiera otro órgano y marcha insólita del derrame, puede suponerse que el líquido es hemorrágico; más este es un diagnóstico de probabilidad, puesto que el cáncer pleuro-pulmonar es susceptible, como la tuberculosis, de ocasionar un derrame sero-fibrinoso lo mismo que un derrame hemorrágico.

Los signos funcionales y la evolución de las pleuresías hemorrágicas varían, por el contrario, esencialmente, según las causas que las producen.

La pleuresía hemorrágica puede encontrarse, por excepción en el curso de la cirrosis del hígado, de la enfermedad de Bright que determina más comunmente una pleuresía sero fibrinosa, en las fiebres eruptivas ó las fiebres graves hemorrágicas, el escorbuto, etc., donde á decir verdad no existe inflamación sino simplemente hemorragia pleural; en ciertas flegmasías pleuro-pulmonares infecciosas, como en los dos casos de infartos infecciosos vistos por Ehrlich, como en