

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 comunemente 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



las observaciones de Charrin y Roger, y de Kelsch, en las cuales es preciso más bien culpar á la tuberculosis coexistente que al bacilo tífico. El hemotórax, en fin, aparte de los hemotórax traumáticos, puede suceder á la *apertura de un aneurisma de la aorta* en la pleura.

Todas estas variedades de pleuresías hemorrágicas son raras, y hasta excepcionales, y no merecen una descripción especial, descripción que, por otra parte, se deduce fácilmente de las nociones etiológicas.

*Las tres grandes variedades de pleuresías hemorrágicas son: la pleuresía tuberculosa, la pleuresía cancerosa y el hematoma pleural* (1); aunque raras con relación á las pleuresías sero-fibrinosas ó purulentas, no son, sin embargo, excepcionales.

**Pleuresía tuberculosa.** — Como la pleuresía sero fibrinosa, la pleuresía hemorrágica puede acompañar á la tuberculosis pulmonar ó ser el resultado de una tuberculosis pleural primitiva.

Se observa en el curso de la tuberculosis aguda, más también, contra la opinión emitida por Moutard-Martin, en el curso de la tuberculosis crónica (2).

En el primer caso, sobreviene ya al propio tiempo que la granulia, ya durante la evolución de una neumonía tuberculosa. Se verifica un derrame mediano, que se reproduce con rapidez después de la toracentesis; la pleuresía no es más que un epifenómeno de la tuberculosis aguda, que sigue su ordinaria y fatal marcha.

Cuando la pleuresía hemorrágica se produce en el curso de una tuberculosis pulmonar crónica, empieza como una pleuresía sero-fibrinosa, ya brusca, ya insidiosamente; el derrame se caracteriza por los signos físicos ordinarios, llega fácilmente á dos litros y más, tiene por lo regular un color rosa ó rojo-claro y se reproduce en los cinco ó seis días que siguen á la toracentesis, perdiendo, por lo general poco á poco su tinte hemorrágico hasta presentar el aspecto del derrame sero-fibrinoso. Después de cierto número de punciones, 7 ú 8 algunas veces, no se reproducen más; las hojas de la pleura se adhieren una á otra y la tuberculosis pulmonar continúa su evolución.

En otros casos no existe ni tuberculosis pulmonar aguda, ni tuberculosis crónica, la pleuresía hemorrágica empieza como la pleuresía franca aguda; la punción da salida á un líquido hemorrágico que se reproduce rápidamente después de cada punción durante siete ú ocho días, luego disminuye con lentitud, y, en fin, se agota por completo. Algunos meses ó algunos años más tarde, se afecta el enfermo de una tuberculosis pulmonar que sigue su evolución ordinaria. Verdaderamente se trata en estos casos de la forma de tuberculosis pleuro-pulmonar estudiada por Grancher (véase *Pleuresías sero-fibrinosas*) cuya evolución tiene dos fases, la una pleurítica, la otra pulmonar; separadas por un intervalo más ó menos largo, y cuyo diagnóstico es posible de ordinario por la investigación del esquema núm. 2. La segunda fase, no es como sabemos, absolutamente forzosa y esta forma de pleuresía puede á menudo curar por completo con formación de sínfisis pleurales.

(1) Robert Moutard-Martin, Étude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse; Thèse Paris, 1878.

(2) Dieulafoy, Des pleurésies hémorrhagiques; Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1805.

Es, en fin, posible, que el derrame hemorrágico sea el resultado de una tuberculosis pleural primitiva que permanece limitada á la pleura, de una tuberculosis local, en una palabra. Se comprende que su evolución será, la de los derrames sero-fibrinosos del mismo origen.

La presencia de la sangre en los derrames de naturaleza tuberculosa, se explica por la riqueza vascular de las neo-membranas, por la degeneración vítrea y la necrobiosis de las paredes vasculares (Kelsch y Vaillard). La hemorragia debida á la ruptura de estos vasos alterados, no constituye en general todo el derrame, se agrega el líquido sero-fibrinoso, resultado de la inflamación de la pleura. También estas pleuresías hemorrágicas tuberculosas, presentan por lo común un derrame rico en fibrina, aunque pobre en glóbulos relativamente al derrame de las pleuresías cancerosas.

Al lado de esta variedad, es menester colocar sin duda las pleuresías francas, observadas por Wintrich, en las cuales era tan intensa la fluxión, que va acompañada desde el principio de un derrame hemorrágico notable, pero difieren por la marcha francamente aguda y la curación después de una sola punción.

**Pleuresía cancerosa.** — La pleuresía que acompaña al cáncer pleuro-pulmonar, no es siempre hemorrágica, como lo creían Trousseau y Barth: sólo se observa en la mitad ó las dos terceras partes de los casos.

Unas veces, y esto es lo más frecuente, el cáncer pleuro-pulmonar es consecutivo al cáncer del estómago, del esófago, del intestino, del epiploón, del hígado, del riñón, del ojo, de la piel, de un hueso, etc., etc., á cuya evolución se asiste, ó á un cáncer operado algún tiempo antes; ya, por el contrario, es primitivo y afecta desde luego al pulmón ó la pleura.

El principio de la pleuresía es generalmente insidioso, y sólo después de cierto tiempo, cuando se examina al enfermo á causa de su disnea, se halla en uno de los lados del tórax, un derrame de uno á dos litros; el líquido es rojo obscuro, muy rico en glóbulos sanguíneos, pero pobre en fibrina; se reproduce rápidamente, cada siete ú ocho días es menester practicar una nueva toracentesis; se agota alguna vez, pero por lo general persiste hasta la muerte, y después de diez, veinte ó treinta punciones, sigue tan hemorrágico como en la primera. El tinte amarillo-paja de los tegumentos, la demacración, la caquexia cancerosa, no tardan en presentarse, si ya no existían, y el enfermo sucumbe en el marasmo.

Los antecedentes del enfermo y el examen atento de todos los órganos, permiten con facilidad, cuando se trata de un cáncer pleural secundario, hacer el diagnóstico de la naturaleza cancerosa de la pleuresía hemorrágica.

Este diagnóstico es también relativamente fácil cuando, con el derrame pleural, se hallan los signos característicos del tumor del mediastino, ó del cáncer del pulmón; es difícil si la pleuresía hemorrágica constituye la única manifestación morbosa: el tinte obscuro del derrame, su pobreza en fibrina, su persistencia indefinida con los mismos caracteres, hacen sospechar la naturaleza cancerosa que los signos de la invasión del pulmón y la caquexia no tardan en confirmar. Jaccoud insiste, por otra parte, en el hecho de que en los cinco casos que ha observado, era bilateral el cáncer de la pleura: faltando el derrame, existen en los dos lados frotamientos ásperos, fijos y persistentes; si



el derrame se produce en un lado, reaparecen los frotos cuando se le ha evacuado, pero jamás dejan de percibirse en el otro.

Fraenkel (1) ha referido una observación, en la que el diagnóstico de la naturaleza cancerosa de una pleuresía hemorrágica ha sido hecho por el examen microscópico. El sedimento contenía una cantidad notable de células epiteliales polimorfas con un grueso núcleo y vacuolas, células aisladas ó aglomeradas. Boegehold y Quincke han referido hechos análogos.

**Hematoma pleural.** — El hematoma de la pleura, es análogo al hematocele de la túnica vaginal, al hematoma de la dura-madre, etc.; resulta de una paquipleuritis, como estas afecciones resultan de una paquivaginitis, de una paquimeningitis, etc. Bajo la influencia de un brote inflamatorio ó una congestión, se verifica la ruptura de los vasos de la neo-membrana, y un derrame sanguíneo en la cavidad de la pleura.

El hematoma principia en general de un modo brusco, como una pleuresía aguda: el derrame es abundante, alcanzando algunas veces á dos ó tres litros, es francamente sanguinolento, fibrinoso; tiene poca tendencia á reproducirse después de la punción y, cuando se evacua dos ó tres veces, por lo general no se reproduce; el enfermo parece curado por completo.

Falta conocer la naturaleza de las paquipleuritis crónicas; es posible que, como las pleuresías agudas sero-fibrinosas ó las pleuresías secas crónicas, sean por lo regular tuberculosas.

En este último grupo, pueden figurar las transformaciones hemorrágicas de los derrames sero-fibrinosos subsiguientes á las evacuaciones muy abundantes ó rápidas; la rasgadura de los vasos de las neo-membranas, es la causa del derrame sanguíneo.

El pronóstico de las pleuresías hemorrágicas difiere, según los casos: no depende de la calidad hemorrágica del derrame, sino de su causa, de la naturaleza de la pleuresía. El derrame por sí mismo no es incurable, y, por las punciones repetidas, se llega á extinguir el derrame hemorrágico, sea cual fuere su naturaleza, pero el cáncer ó la tuberculosis, continúan su evolución ocasionando la muerte del enfermo. No lo es tampoco en el hematoma pleural, cuyo pronóstico no debe hacerse sino con reservas; los individuos afectados son tal vez tuberculosos. Sin embargo, esta forma de la tuberculosis pleural ó pleuropulmonar, es en ciertos casos definitivamente curable, como las otras formas ya estudiadas.

«Un solo tratamiento es racional, dice Dieulafoy, la aspiración del líquido. El lavado de la pleura, el trócar permanente, la pleurotomía que, según los casos, son de aplicación en la pleuresía purulenta, no tienen nada que ver con la hemorrágica».

La aspiración debe hacerse con las precauciones ordinarias: pequeñez de la aguja, lentitud de la aspiración, evacuación de una pequeña cantidad de líquido; algunas veces, estas mismas precauciones deben tomarse con más esmero aún que para la pleuresía sero-fibrinosa; la evacuación de 500 á 600 gramos, determina retracciones dolorosas que obligan á suspender la operación.

La rapidez con que se reproduce el derrame en las pleuresías tuberculosas y

(1) Fraenkel, Ueber primären Euetothelkrebs (Lymphangitis proliferans) der Pleura; Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1892.

cancerosas, obliga algunas veces á repetir la toracentesis cada cinco, seis ú ocho días. «Es menester, sin embargo, no practicarla sino cuando haya necesidad, y operar de tal modo, que sólo se extraiga la demasía del líquido contenido en la pleura» (Dieulafoy).

### CAPITULO III

#### PLEURESÍAS PURULENTAS

Conocidas antes que las pleuresías sero-fibrinosas, se revelan por los síntomas generales y perturbaciones funcionales más acentuadas; las pleuresías purulentas han sido descritas, con el nombre de empiema, en los trabajos hipocráticos y por los médicos griegos y latinos, algunas de cuyas descripciones merecen aún ser leídas hoy día.

Contienen, sin embargo, bastantes errores. La pleuresía purulenta era con frecuencia confundida, en particular, con las cavernas tuberculosas, y es menester llegar hasta Bayle, para encontrar una demarcación precisa.

La obra de Laënnec, tan fecunda en resultados desde el punto de vista de la pleuresía sero-fibrinosa, deja un tanto en el olvido la pleuresía purulenta, á la que, no obstante, aporta preciosos documentos.

Los malos resultados de las intervenciones quirúrgicas, arrojan también cierto descrédito sobre este punto. Se sabe que Dupuytren rehusó dejarse operar, y prefirió confiar en Dios, mejor que en los cirujanos, y que Nélaton había, poco ó nada practicado la operación, antes de haber operado al Dr. Dolbeau.

Si los fracasos quirúrgicos de la primera parte del siglo habían hecho, hasta cierto punto, descuidar la pleuresía purulenta en provecho de la pleuresía sero-fibrinosa, las tentativas terapéuticas más felices han venido después á llamar la atención sobre este punto, y han hecho de las pleuresías purulentas un objeto de estudio de la mayor complacencia.

No se podría ponderar lo bastante, el interés de las publicaciones de Moutard-Martin, después de las cuales es menester citar la Tesis de Damaschino, las Memorias de Kussmaul, de Wagner, etc.

La introducción de la bacteriología en el dominio de la patología interna, ha despertado más recientemente aún, la afición á este estudio.

Hemos intentado establecer que las investigaciones bacteriológicas permiten explicar las notables diferencias que existen entre las supuraciones pleuríticas, y que las pleuresías purulentas pueden dividirse en muchas especies, debidas cada una á un organismo particular.

Esta distinción, ha sido generalmente aceptada, nos servirá de guía en la exposición.

Basándose en la bacteriología, se pueden distinguir las siguientes especies:  
A. Pleuresías purulentas verdaderas, causadas por los organismos piógenos.