

En las otras observaciones hemos encontrado, por lo general, una gran variedad de bastoncillos y de filamentos *asociados*:

- 1 vez el *micrococo tetrágeno* ;
- 1 vez el *actinomiceto* ;
- 4 veces el *estreptococo piógeno* ;
- 3 veces el *estafilococo piógeno*.

*Las pleuresías pútridas no presentan una sintomatología que les sea especial y, ordinariamente, el diagnóstico de la naturaleza del derrame, solo es posible después de una punción evacuadora.*

Hay, sin embargo, cierto número de caracteres que, al presentarse, podrán hacernos temer esta especie de pleuresías.

Desde luego, la *intensidad del dolor*, que con frecuencia es vivo y continuo. Acusado en este grado por un enfermo poco dispuesto á exagerar sus padecimientos, debe hacernos pensar en una gangrena pleural y pulmonar. Pero la pleuresía pútrida puede no ocasionar más que un dolor poco acentuado, insignificante; muchas veces hemos encontrado pleuresías pútridas casi latentes.

La *fiebre*, en estos enfermos, es á menudo elevada y presenta grandes oscilaciones. Con frecuencia, las remisiones llegan por la mañana hasta la apirexia. Iguales trazados pueden obtenerse de otras pleuresías purulentas y también de la pleuresía sero-fibrinosa.

Lo más especial de la pleuresía pútrida, es la *grave modificación del estado general*. Bastantes veces el sujeto presenta todos los caracteres del estado tifoideo: abatimiento, estupor, subdelirio ó delirio, sequedad de la lengua y fuliginosidades de los labios y de las encías. Por lo demás, lo que domina es el estado de postración, de debilidad. La cara está pálida, amarillenta ó plomiza.

La *expectoración*, suministra datos muy útiles. En los casos en que los esputos presentan un olor gangrenoso, éste puede aparecer hasta sin que exista foco pulmonar y sin que haya comunicación alguna entre los bronquios y la cavidad de la pleura. Se sabe, en efecto, que el *mucus* contenido en los bronquios próximos á un foco pútrido, puede adquirir el citado olor, sin que haya vómitos.

*La especial gravedad de las pleuresías pútridas se debe, sin duda, ante todo, á la absorción de los productos de putrefacción.*

Las substancias químicas así absorbidas, actúan á manera de verdaderos venenos y determinan diversos accidentes: modificaciones de la temperatura, alteración de la actividad cardíaca, trastornos nerviosos, diarrea, etc.

Según que la *absorción sea fácil ó difícil*, así estos fenómenos aparecen más ó menos rápida y completamente. De aquí, diversas modalidades que nos explican la marcha variable de estas pleuresías.

*Es menester también tener en cuenta, la diversidad de los productos de la putrefacción.* Hemos podido fijarnos en los caracteres diferentes del olor de estos derrames. Estos caracteres nos parecen en relación con la naturaleza de las bacterias encontradas, y esta diversidad de productos olorosos, debe hallarse en las demás substancias resultantes de la actividad bacteriana.

No podemos, en la actualidad, indicar los caracteres propios de las diversas especies de pleuresías pútridas señaladas, tomando por punto de partida su

constitución bacteriológica, pero creemos que semejante distinción será posible en lo porvenir.

En este momento, sólo se puede señalar la variabilidad de la marcha de las pleuresías pútridas; es menester tener en cuenta su gravedad general y la *necesidad de una intervención rápida*.

*Esta deberá ser enérgica, desde el principio.* Tan pronto como el carácter pútrido sea reconocido, es menester *practicar la operación del empiema*. La incisión deberá ser amplia. Los *lavados antisépticos serán indispensables*, inmediatamente después de la operación y en los días sucesivos (1). Convendrán los grandes lavados y cuidar esmeradamente la herida, para evitar la separación y alteraciones de los tegumentos (esfacelo, erisipela, etc.).

En estas condiciones se obtendrán con frecuencia felices resultados, y en particular, en las pleuresías pútridas enquistadas.

La estadística de Rüneberg da los resultados de la intervención quirúrgica en 12 pleuresías purulentas gangrenosas. Están representados por

6 muertos, ó sea el.....	50 por 100
4 curaciones, ó sea el.....	33 —
2 resultados incompletos (fistula), ó sea el.....	17 —

Brünniche, en Copenhague, ha obtenido mejores cifras: en 6 casos,

3 curaciones.  
3 muertos.

## CAPÍTULO IV

### PLEURESÍAS SECAS Y ADHERENCIAS PLEURALES

La pleuresía seca, es la pleuresía sin derrame líquido, en contraposición de la pleuresía húmeda con derrame sero-fibrinoso, hemorrágico ó purulento. No comprendemos en esta denominación ni el período seco del principio de las pleuresías húmedas, ni el de sequedad en el comienzo de la declinación. El *período seco del principio*, cuando es apreciable, es siempre de corta duración. Dieulafoy, sin embargo, ha observado un caso en que duró diecisiete días, mas éste es un hecho excepcional; generalmente, el período seco es una fase efímera del padecimiento; las pleuresías que permanecen sin derrame apreciable durante algunos días, realizan de ordinario su evolución como pleuresías secas; no terminan por ser húmedas. En cuanto al *período seco que sigue á las pleuresías con derrame*, se confunde en su historia, de una parte, con la de estas afecciones y, de otra, con la de las sínfisis pleurales. *Con el nombre de pleuresía seca, describiremos aquella que, desde el principio hasta el fin, no va acompañada de derrame líquido alguno clínicamente apreciable.*

(1) Hertz, discípulo de Rosenbach, señala, sin embargo, la posibilidad de la curación de estas pleuresías pútridas después de la incisión simple y el desagüe quirúrgico, sin resección, ni lavados (*Centralblatt für klinische Medicin*, 1892).

También se llama algunas veces pleuresía seca, á las adherencias de las dos hojas de la pleura; pero, en verdad, son más bien una fase, un resultado de todas las pleuresías secas ó con derrame. Estas adherencias ó *sinfisis*, son restos cicatriales de otras pleuresías, ó una verdadera pleuritis seca que continúa su evolución: si bien existe entre estos estados grandes diferencias, es difícil, de una parte, separar los unos de los otros, y, de otra, dejar de comprenderlos en el estudio de la pleuresía seca.

*Pleuresía seca.* — Es una afección frecuente: el pequeño número de cadáveres que no presentan adherencias pleuríticas, es una prueba de esta aserción.

Existe una pleuresía, llamada primitiva, *a frigore*, que es, según Peter, un grado más alto de la pleurodinia, de la localización del reumatismo en la caja torácica, según Dieulafoy una forma de la «fluxión de pecho». La pulmonía puede ir acompañada alguna vez de un derrame líquido bastante abundante para constituir una pleuro-pneumonía, ó una pleuresía meta-pneumónica; va acompañada siempre de un exudado fibrinoso pleural, que en la clínica pasa ordinariamente sin ser notado.

Las pneumonías sub-agudas, la esplenopneumonía, la congestión pulmonar y las bronquitis, determinan á menudo una inflamación concomitante de la pleura visceral, sobre todo, una inflamación pasajera ó prolongada, según la duración de la enfermedad original. Las pneumonías crónicas, determinan pleuresías secas crónicas.

La tuberculosis pulmonar, es una de las causas más comunes de la pleuresía seca: ya bilateral y generalizada, es consecuencia de una tisis crónica reticular, ya está circunscrita al nivel de las lesiones tuberculosas conglomeradas y se desarrolla por brotes sucesivos, siendo simplemente neo-membranosa ó tuberculosa.

En la Clínica de Ziemssen han sido tratadas de 1885 á 1890, 69 pleuresías secas; 10,14 por 100 tenían antecedentes hereditarios tuberculosos; 16 por 100 signos de tuberculosis; 5,8 á la vez, antecedentes (1) y signos de tuberculosis.

Otras veces es primitiva la tuberculosis pleural: esta forma seca, muy rara, lo es menos, sin embargo, en la infancia que en la edad adulta.

Existen, pues, pleuresías secas agudas, que pueden repetirse si se reproduce su causa, pleuresías secas de brotes sucesivos y pleuresías secas crónicas cuya evolución es continua: el límite entre estas dos últimas, no es siempre fácil de establecer.

La pleuresía seca comienza como la pleuresía sero-fibrinosa, por un escalofrío, fiebre, dolor de costado y disnea: síntomas menos marcados siempre que en la pleuresía sero-fibrinosa: el escalofrío es de corta duración; la fiebre no pasa de 38°,5 á 39°; el dolor de costado, muy violento, asienta ordinariamente en la región mamaria, pero puede ocupar cualquiera otro punto del tórax ó irradiarse en diversos sentidos; va acompañada casi siempre de una intensa pleurodinia y la disnea no es muy grande, consiste más bien en una molestia, en una sensación de plenitud del pecho. El catarro gastro-intestinal, es poco acentuado.

El costado enfermo está en parte inmovilizado por el dolor, la presión y la

(1) Sittman, Bericht der I Medicinische Klinik. *Annalen der Städtischen Allgemeinen Krankenhäuser zu München*, v, 1892.

constricción de los músculos, practicadas con toda la mano, son muy penosas. La sonoridad y las vibraciones torácicas se conservan; la respiración está debilitada de arriba á abajo; numerosos frotos, leves al principio, más fuertes después, se perciben en la parte postero-lateral inferior, sobre todo, al nivel del borde inferior del pulmón.

Después de algunos días, raramente un septenario, todos estos signos físicos y funcionales desaparecen y el enfermo recobra por completo la salud.

Tal es la pleuresía seca llamada primitiva. Cuando por el contrario, la inflamación pleural coexiste con una pneumonía sub-aguda, una esplenopneumonía, una congestión pulmonar, una bronquitis, dura lo que duran estas enfermedades, de las que no es aquella más que un epifenómeno; el frotamiento, único signo físico que la revela, se agrega á la macicez ó submacicez, á las crepitaciones finas, á los gruesos estertores mucosos que aquellas pueden presentar.

Los brotes agudos de pleuresía seca en el curso de una tuberculosis crónica del pulmón, se anuncian particularmente por un dolor muy vivo, ya en uno de los hombros al nivel del omoplato, ya entre los dos, por un aumento de la dificultad respiratoria y á veces por la exageración del estado febril.

La pleuresía crónica evoluciona con lentitud, sordamente ó despertando un dolor bastante vivo y tenaz, una disnea ó mejor una ansiedad respiratoria permanente y sobre todo, un estado general que recuerda el de la tuberculosis crónica. Los signos físicos, son los de la sínfisis pleuro-parietal.

Excepto el derrame, las lesiones de la pleuresía seca son las de la pleuresía sero-fibrinosa. Después de una duración que varía según la causa de la pleuresía, el exudado fibrinoso se absorbe, las neo-membranas de las hojas opuestas de la pleura se ponen en contacto, se sueldan y forman así las adherencias ó *sinfisis*.

*Sínfisis pleurales.* — Las sínfisis son unas veces delgadas, poco resistentes, y no producen más que la simple unión de las hojas de la pleura, y otras gruesas, algunas veces de un centímetro, esclerósica y fijan sólidamente el pulmón á la pared torácica, al diafragma, ó al mediastino.

Están constituídas por haces de tejido conjuntivo, entre los cuales se hallan algunas células planas; cuando son un tanto largas, la superficie de la brida de la lámina conjuntiva, se halla cubierta de células planas; en su espesor existen vasos de nueva formación.

Las adherencias fuertes, de aspecto fibroso y lardáceo, las adherencias fibro-cartilaginosas de Laënnec, experimentan alguna vez la transformación calcárea (osteofitos pleurales, pleuresía esclero-calcárea. Esta transformación no tiene nada de común con la periostitis proliferante que se desarrolla al nivel de las costillas, en las pleuresías crónicas tuberculosas.

En un gran número de casos, las adherencias están constituídas únicamente por este tejido conjuntivo, transformado ó no; mas, á menudo, contienen en su espesor un número mayor ó menor de lesiones tuberculosas, confluentes ó aisladas, granulaciones grises, y tubérculos en diversos períodos de su evolución.

Las sínfisis que no contienen lesiones tuberculosas, están constituídas por un tejido cicatricial, que bien pronto es definitivo; en las otras lesiones tuber-

culosas, pueden estar cicatrizadas; pero, comunmente, continúan su evolución: en este último caso, además de la sínfisis pleural, existe la pleuresía tuberculosa crónica, seca, vegetante.

No todas las sínfisis son persistentes: las delgadas pueden romperse cuando son recientes y quedar libre la cavidad pleural, después de haber estado obliterada durante algunas semanas; mas también son, con frecuencia, permanentes. Las sínfisis gruesas son, por lo regular, definitivas; algunas, las que suceden á las pleuresías con derrame, son, no obstante, en ciertos casos, susceptibles de una evolución regresiva, y pueden llegar á ser sínfisis delgadas, ó desaparecer casi completamente.

Creemos, con Grancher, que la duración de la pleuresía, la cantidad y la calidad del derrame, y el estado del pulmón, influyen ciertamente en la mayor ó menor resistencia de la sínfisis; mas la causa de la inflamación de la pleura, ejerce una acción infinitamente más poderosa: en tesis general, admitiendo que hay excepciones á la regla, puede decirse que las *adherencias delgadas resultan de una inflamación de la pleura visceral propagada del pulmón; las adherencias gruesas de una inflamación primitiva, ó que evolucionan por su propia cuenta: de aquí las sínfisis pleuro-viscerales y las sínfisis pleuro-parietales* (Grancher).

**Sínfisis pleuro-viscerales.** — Son consecutivas á la pleuresía seca, llamada á *frigore*, á la pleuresía seca de la pneumonía, de las congestiones pulmonares, espleno-pneumonías, bronquitis, y á la de ciertas tuberculosis del pulmón.

Son como la pleuresía seca que las ha producido, limitadas, por lo regular, á una parte de un lóbulo, ó á todo un lóbulo, rara vez al pulmón en totalidad. No dificultan, generalmente, la circulación, ni la función pulmonar, y apenas si son apreciadas por el examen físico.

A su nivel, la sonoridad y las vibraciones son normales; pero la respiración es débil, porque el pulmón no se dilata en el sentido vertical; esta debilidad del murmullo vesicular, contrasta con un exceso en la expansión torácica, exceso que tiende á compensar el defecto de la expansión pulmonar, y da á la respiración el tipo costal: á esta asociación de un murmullo vesicular débil, con el exceso de dilatación torácica, le ha dado Grancher el nombre de *respiración débil discordante*. El esquema de las sínfisis pleuro-viscerales, puede representarse en esta forma:

Sonido =  
Vibración =  
Respiración —  
Expansión torácica +

Cuando la sínfisis es debida á una tuberculosis pulmonar crónica, á la tisis fibrosa, reticulada con enfisema, es doble y generalizada: los signos físicos descritos más arriba, se observan en los dos lados del pecho; pero, además, el pericardio, los gruesos vasos, los nervios del mediastino, la superficie del hígado y la del estómago, la del bazo é intestino, se hallan unidos al pulmón y entorpecidos en sus funciones; de aquí resultan diversos signos: dolores, disnea, dificultad de la circulación, dispepsia..., etc..., que relegan á un segundo

lugar la sínfisis costo-pulmonar, cuyo diagnóstico es, sin embargo, posible por la investigación de su esquema.

La sínfisis pleuro-visceral se distingue del enfisema, en que es bilateral, va acompañada de disminución de las vibraciones, de menor expansión torácica, de debilidad respiratoria, y exageración de la sonoridad.

Más difícilmente se distingue de la tuberculosis pulmonar incipiente, cuando está localizada al vértice; pero los signos racionales, la marcha, los síntomas generales, no son los mismos que en la sínfisis de la base, y en este caso es menester reconocer que, casi siempre, es debida á la tuberculosis pulmonar.

El pronóstico varía, según la extensión de las lesiones; cuando la sínfisis está limitada á un lóbulo, no tiene gravedad. Cuando es doble y generalizada, es penosa por los síntomas á que da motivo, y grave á causa de las congestiones repetidas que la complican y de las asistolias, en la cual termina frecuentemente.

**Sínfisis pleuro-parietales.** — Resultan de una pleuresía crónica, seca, vegetante, ó de una pleuresía crónica, exudativa, cuyo derrame se ha absorbido.

En el primer caso, la pleuresía puede ser primitiva y tuberculosa, y asentar en los dos vértices, ó secundaria á una tuberculosis pulmonar localizada, y estar constituida por una corteza neo-membranosa con tubérculos ó sin ellos, correspondiendo al punto enfermo del pulmón, el vértice.

En el segundo caso, la pleuresía puede ser, ya purulenta desde luego ó secundariamente, ó ya serosa. Los brotes conjuntivos vegetan por modo extraordinario, y cuando el líquido se absorbe, ó es evacuado, se encuentran unidas las dos hojas opuestas de la pleura, para constituir una adherencia, una soldadura, una anquilosis pleural definitiva.

En los derrames crónicos purulentos ó serosos, el pulmón está unas veces carnicado ó en colapso, teniendo el aspecto de un muñón carnososo (Laënnec), grueso y blando, suave al tacto, no friable, no crepitante, pero fácil de insuflar, y presentando, histológicamente, una compresión de sus elementos más bien que verdaderas alteraciones; otras veces duro, fibroso, apizarrado, encogido (Laënnec), difícil de insuflar, y presentando las lesiones de las pneumonías sistemáticas pleurógenas (Charcot, Brouardel), pneumonías al principio corticales, luego interlobulares, y después inter-acinosas é inter-alveolares, cuya causa parece estar más en relación con la naturaleza de la pleuresía, que con la duración y calidad del derrame. Sería interesante conocer el estado del pulmón, durante el período pleurítico, porque éste es el que rige el presente y el porvenir de las sínfisis. Estas no se establecen sin su consentimiento, y persisten ó desaparecen en razón directa de la esclerosis ó de la integridad del parénquima pulmonar» (Grancher).

En las sínfisis pleuro-parietales hay, además de la deformación torácica, descrita por Laënnec, una macidez más ó menos acentuada, una disminución de las vibraciones, si excepcionalmente no están aumentadas por la dilatación de los bronquios; la respiración anulada durante un año ó dos, puede aparecer en el vértice, mas permanece indefinidamente débil y lejana en la base; algunas veces suelen asociarse extertores y crepitaciones pulmonares, ó un soplo propagado de las dilataciones brónquicas.

Cuando se halla el esquema:

Sonido —  
 Vibraciones —  
 Respiración —  
 Deformación torácica,

es posible el diagnóstico; mas al principio es difícil decir si la sínfisis será persistente, puesto que no se conoce el estado del pulmón; después de varios meses de duración, por el contrario, se puede afirmar que es definitiva y que por debajo de ella está el pulmón afectado de pneumonía crónica.

El diagnóstico de la sínfisis debida á una pleuresía crónica, seca, vegetante, no es siempre fácil: se encuentra en un vértice ó en los dos el esquema indicado más arriba, ó este esquema con una respiración modificada por el soplo ó chasquidos pleurales (apreciables al fin de la inspiración, al principio de la espiración ó entre los dos tiempos) que hacen presumir una induración pulmonar; pero la disminución de las vibraciones y la deformación torácica, indican la existencia de la sínfisis: el examen completo del enfermo, permite conocer la lesión oculta.

El pronóstico de las sínfisis pleuro-parietales es benigno cuando subsiguen á la pleuresía exudativa ó experimentan una regresión, lo que indica que el tórax y los signos físicos han vuelto al estado normal. Es grave cuando son aquéllas resultado de una pleuresía seca vegetante, ó de una pleuresía exudativa, si son persistentes, y tanto más graves, cuanto más extensas. La dificultad de la circulación pulmonar por compresión del pulmón y de los lobulillos expone á congestiones repetidas, á las pneumonías, á los tubérculos. La circulación y la respiración suplementarias, á las cuales está sujeto el pulmón del lado sano, exponen á éste á una sobrecarga sanguínea que alcanza bien pronto al corazón derecho, determinando la insuficiencia de la tricúspide y la asistolia. Así, es como mueren, cuando no sucumben á la tuberculosis, los enfermos de sínfisis pleuro parietales, después de haber vivido durante cierto tiempo con la apariencia de salud, pero incapaces de correr, de hacer esfuerzos, etc., hallándose de día en día más apocados y disnéicos.

Cuando en vez de ser la sínfisis costo-pulmonar, es la *mediastínica*, va acompañada ordinariamente de la sínfisis cardíaca, que tanto puede ser resultado, como causa. Su historia se confunde con la de esta última enfermedad.

Jaccoud ha descrito una localización especial de las adherencias «entre el borde inferior del pulmón, el diafragma y el pericardio, de una parte, y la pleura costal de otra», y le ha dado el nombre de *sínfisis freno-costal*. Cuando las adherencias son gruesas, se nota claramente «á cada inspiración una depresión activa de los espacios intercostales inferiores, á partir del sexto y séptimo, y una tracción de las costillas hacia la línea media», signo que puede existir, según la extensión de las adherencias, ya en la séptima costilla sola, ya en las inferiores; con esta tracción coincide la falta de vibraciones y de respiración normal en este sitio, y en el espacio semilunar de Traube una macidez absoluta que reemplaza al timpanismo fisiológico. En el caso de adherencias débiles, la alteración de los movimientos respiratorios es menos notable y puede no existir más que la submacidez ó una muy ligera modificación del timpanismo normal.

Es útil conocer la existencia de las sínfisis freno-costal, porque circunscribiéndose, en caso de gruesas adherencias, á la percusión, no teniendo en cuenta la retracción activa del tórax á cada inspiración, sería fácil incurrir en error, diagnosticando un derrame pleural.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de la pleuresía seca consiste, en la aplicación de revulsivos á la pared torácica: ventosas, ventosas escarificadas si el dolor es violento, sinapismos y vejigatorios pequeños y repetidos en los casos de pleuresía tuberculosa.

El tratamiento de las adherencias pleurales es más bien preventivo, que curativo: es menester impedir la soldadura de las hojas de la pleura, para lo que se procurará un ejercicio moderado y rítmico, una gimnasia respiratoria racional. Cuando existe una pleuresía con derrame sero-fibrinoso ó purulento, es menester no aguardar mucho para practicar la toracentesis ó el empiema, aunque esta condición no sea siempre suficiente para impedir la producción de la pneumonía crónica; una vez evacuado el líquido, si no se reproducen, será conveniente recurrir á la gimnasia torácica y respiratoria.

## CAPÍTULO V

### PNEUMOTÓRAX

HISTORIA.—El pneumotórax está constituido por la penetración del aire ó gases en la cavidad pleural.

Los anatómicos abriendo los cadáveres, y los cirujanos haciendo la operación del empiema, habían notado algunas veces que salía aire del pecho. Mas el primer trabajo publicado sobre este asunto, es el de Itard (1), quien inventa la palabra *pneumotórax* y refiere cinco observaciones de gases en la pleura con derrame purulento y tisis pulmonar.

A pesar de este trabajo, no teniendo los médicos para diagnosticar esta afección más que la observación de los signos funcionales, la inspección y la percusión del tórax, la desconocieron frecuentemente, y hasta Laënnec no se tuvo una descripción exacta de aquélla. Le reconoció varias causas, estudió la anatomía patológica y los síntomas; descubrió el retintin metálico, el ruido ó soplo anórico, la abolición del murmullo vesicular y, puede añadirse, la fluctuación torácica.

Después de Laënnec, Louis (2), Graves, Stokes, Trousseau, Béhier (3), completaron la historia clínica y anatómica del pneumotórax: mas reinaba aún cierta confusión en su etiología, confusión que hicieron desaparecer los trabajos de Béhier, de Proust (4) y de Jaccoud (5).

(1) Itard, Dissertation sur le pneumothorax. Thèse de Paris, 1803.

(2) Louis, Recherches sur la phtisie.

(3) Clinique médicale, 1864.

(4) Proust, Du pneumothorax essentiel ou pneumothorax sans perforation. Thèse Paris, 1862.

(5) Gaz. hebdom., 1864.