

libre en la cavidad pleural y pueda ser fácilmente llevado de un lado á otro por las sacudidas comunicadas al tórax, falta, por lo tanto, en el hidrotórax ó pio-pneumotórax multilocular. En estos casos, la falta de las vibraciones en una zona más extensa que la de la macicez, es á menudo el único signo apreciable.

Variot (1) ha comprobado dos veces, en estas condiciones verosíblemente, un ruido especial, al que con Raynaud llama *glu-glu pleural*. Cuando se hacía «ejecutar movimientos un tanto bruscos y alternativos de flexión en ángulo recto y de extensión del tronco sobre los muslos», se apreciaba mediante la mano una especie de «frotamiento entrecortado de *fru-fru*», y por la auscultación «una sucesión de tres, cuatro y aun cinco gruesas burbujas que estallaban con un timbre cavernoso y simulaban el glu-glu aspirativo de una botella que se vacía». A falta de autopsia, supone Variot que este ruido particular se producía en un hidro-pneumotórax multilocular, de celdas que comunican entre sí por orificios un poco estrechos; las burbujas estallaban «cuando los gases y los líquidos se sustituían los unos á los otros atravesando estas especies de golletes».

MARCHA. — FORMAS. — En la mayoría de los casos, la *invasión* del pneumotórax tuberculoso es brusca, dramática. El dolor es vivo, la disnea alcanza al más alto grado, la cara se pone cianótica, se cubre de sudores viscosos y el pulso se hace pequeño, frecuente, irregular; este estado dura algunas horas, y después varían los síntomas según la marcha que haya de seguir la enfermedad.

En cierto número de casos, felizmente muy restringido, persisten los accidentes funcionales con toda su intensidad; á la cianosis de la cara se agrega una palidez terrosa y el enfermo adquiere el aspecto especial de las disneas intensas; á la angustia del principio, sucede bien pronto el sopor permanente, interrumpido sólo por algunas quintas de tos ó penosos accesos de sofocación. Si se ausculta al enfermo, se halla, además de los signos del pneumotórax sin derrame líquido, en el otro pulmón, numerosos estertores sibilantes, roncós y mucosos, reveladores de una congestión generalizada intensa; esto es lo que Wintrich ha llamado *insuficiencia aguda del pulmón*. Después de algunas horas ó de dos ó tres días, sobreviene la muerte por asfixia; se han visto casos en los que ésta ha ocurrido á las cinco horas de haber empezado la enfermedad, otras veces á las doce, dieciséis ó treinta y seis horas tan solo.

Estos síntomas son comunmente los del *pneumotórax valvular*, los del *pneumotórax sofocante*, como lo ha denominado Bouveret. Entrando el aire en la pleura á cada acceso de tos, adquiere, como se ha visto, una tensión superior á la tensión atmosférica; el pulmón del lado enfermo no está solo retraído bajo la influencia de su elasticidad, no compensada por la diferencia entre el vacío pleural y la presión atmosférica, está comprimido por el gas contenido en la pleura, cuya tensión es superior á la del aire contenido en los bronquios; están, además, el corazón y los grandes vasos rechazados y comprimidos así como el otro pulmón; de este estado del corazón y del pulmón, resultan la congestión pulmonar, la cianosis generalizada y el edema que aparece en los miembros

(1) *Revue de médecine*, 1882.

superiores en los inferiores y en la cara, y se concibe que la asfixia vaya aumentando hasta la muerte, que por otra parte, no puede tardar mucho.

El pneumotórax valvular no tiene siempre, sin embargo, una evolución tan rápida; no termina en todos los casos al cabo de algunas horas ó de uno á dos días. Si asienta en el lado derecho, si sobreviene en un adulto cuyo mediastino no se deja rechazar tan fácilmente como el del niño, podrá ser muy viva la disnea, presentarse á menudo los accesos de sofocación después de las quintas de tos, ser muy pronunciada la cianosis sin que, no obstante, deban seguirse en breve plazo la asfixia y la muerte. Tampoco carece de importancia el estado del otro pulmón; si estaba relativamente sano antes que se produjera la perforación, podrá fisiológicamente suplir al pulmón suprimido; mas si, por el contrario, era ya asiento de lesiones tuberculosas antiguas ó de un brote granúlico, no bastará para desempeñar su cometido y la enfermedad seguirá con rapidez su funesto curso.

El *pneumotórax abierto*, es bastante raro en la tuberculosis: por lo regular, se establece la perforación al nivel de un pequeño tubérculo reblandecido y no al de una gran excavación tuberculosa que permita una amplia comunicación entre la pleura y un grueso bronquio, dejando así al aire entrar y salir libremente en la pleura á cada movimiento respiratorio. En esta variedad, es la disnea bastante menos intensa que en el pneumotórax valvular, en realidad, puede producirse una compresión del corazón, del mediastino y del pulmón del otro lado, puesto que la presión en la pleura sana y órganos del mediastino, es inferior á la presión atmosférica, que es la del pneumotórax abierto, mas esta compresión no llega jamás al grado á que alcanza en el pneumotórax valvular, y se comprende que la disnea y la dificultad circulatoria sean menos notables. Pasada la efervescencia, después de un día ó dos generalmente, se regularizan los movimientos respiratorios, y aunque la disnea persiste, está caracterizada sólo por el aumento del número y exageración de la amplitud de los movimientos respiratorios.

Los resultados de la experimentación, coinciden con los de la observación clínica. Gilbert y Roger (1), en sus experimentos sobre los perros, han observado que existen dos fases en el pneumotórax: una fase inicial en la que la expansión inspiratoria está considerablemente exagerada, al propio tiempo que la presión sanguínea se halla deprimida, y son raras y amplias las contracciones cardíacas, después de haber sido ó no irregulares; una segunda fase, en la que faltan las alteraciones circulatorias, y en la cual, si el pneumotórax es abierto, existe exageración y amplitud anormal de la respiración. Rodet y Pourrat (2) han llegado sensiblemente á los mismos resultados, mas añaden que, si se mantiene el pneumotórax abierto, la respiración y el corazón se resienten de una manera continua hasta la muerte.

Estos resultados no coinciden, sin embargo, del todo con los observados en el pneumotórax tuberculoso; intervienen aquí varias circunstancias, que modifican la marcha ulterior de la enfermedad: el estado del enfermo, la producción de un derrame líquido en la pleura afectada y el estado del otro pulmón.

(1) Gilbert y Roger, *Étude expérimentale sur le pneumothorax*; *Revue de méd.*, 1891.

(2) *Soc. de biologie*, 1892.

Es raro que el pneumotórax permanezca simple y no se transforme en *hidro* ó *pío-pneumotórax*: el derrame aparece algunas veces después de doce horas, como lo ha observado Louis, más comunmente hacia el tercero ó cuarto día, y sólo en ciertos casos, al cabo de un mes ó dos. Los signos funcionales no difieren en nada; pero el ruido de la fluctuación denota, con seguridad, la existencia del derrame que la comprobación hacia la base de una macicez más ó menos extensa, con pérdida de la elasticidad y silencio respiratorio absoluto, había ya permitido suponer y aun diagnosticar si había hallado antes en este mismo sitio la sonoridad exagerada, con aumento de la elasticidad y soplo anfórico. El derrame líquido queda unas veces limitado á la parte inferior, y otras ocupa la mitad ó los dos tercios de la cavidad de la pleura: por encima de él se hallan los signos peculiares del derrame gaseoso: timpanismo, falta de vibraciones, soplo, voz y tos anfóricos y retintín metálico; disminuye, sin embargo, la claridad de estos síntomas, tanto más, cuanto más abundante es el líquido.

Este líquido, como se ha visto, es ordinariamente seroso ó sero-purulento, y conserva mucho tiempo estas cualidades; es raro que sea purulento desde el principio ó se vuelva luego, después de un plazo variable. Los signos físicos son los mismos en todos los casos, y la purulencia no se revela sino por el examen microscópico y bacteriológico, pero la evolución es diferente.

En el *hidro-pneumotórax*, depende el estado del enfermo casi exclusivamente de la evolución de la tuberculosis pulmonar ó pleural: demacración, pérdida del apetito, sudores nocturnos, etc., pertenecientes á la tuberculosis, que continúa desenvolviéndose en el otro pulmón, y el enfermo muere como un tísico, que ha llegado al último período. Otras veces, por el contrario, no se halla afectado el otro pulmón, la tuberculosis se detiene en el pulmón del lado en que asienta el pneumotórax, más la tuberculosis pleural continúa en él su evolución, y la caquexia tuberculosa determina la muerte de igual modo.

Puede en estos casos, no obstante, sobrevenir la curación espontáneamente; no progresa la tuberculosis de la pleura, el derrame líquido aumenta, acaba por reemplazar al gaseoso, y se absorbe á su vez después de la cicatrización de la fístula pulmonar: el pulmón se dilata á medida que se verifica esta absorción, y recupera en la pleura su primitiva posición, contrayendo con la pared adherencias que impiden la reproducción del pneumotórax.

No es necesario, para la curación, que el derrame líquido invada toda la pleura: si la fístula se oblitera, el pneumotórax abierto ó valvular se transforma en *pneumotórax cerrado*, en el cual, los síntomas físicos permanecen los mismos, pero los funcionales van siendo cada vez menos apreciables, como lo hace presumir la disminución de la tensión intra-pleural; líquido y gases se absorben al mismo tiempo. Gilbert y Roger han encontrado en los casos de pneumotórax cerrado experimental, lentitud de la respiración con relación á la frecuencia normal y notable aumento de la amplitud, menor, sin embargo, que el pneumotórax abierto.

El *pío-pneumotórax*, sin una intervención apropiada, y á menudo á pesar de esta intervención, marcha fatalmente hacia la muerte: aparte de la tuberculosis pulmonar ó pleural, que se prestan á las mismas consideraciones que en el hidro-pneumotórax, existe un peligro inmediato: la purulencia y la pu-

tridez del derrame, que entrañan la aparición de la fiebre séptica, y la muerte en la consunción y el marasmo.

El *pneumotórax doble*, es absolutamente excepcional. Laënnec refiere sin grandes detalles, dos observaciones: una es suya y la otra pertenece á Récamier. En el caso de éste «estaba la cara hinchada, los labios y las mejillas tenían color violáceo, la frente se hallaba cubierta de sudor, los pies aparecían fríos é infiltrados, el pulso era pequeño, duro, frecuente é intermitente, y el corazón latía con fuerza é irregularidad: había disnea extrema, algo de tos fatigosa; el pecho, ámplio y abombado, resonaba perfectamente. A los pocos días, murió el enfermo por sofocación». El de Laënnec «fue de pronto atacado de una disnea extremada con frecuentes lipotimias, á las que sucumbió al cabo de tres días».

Bricheteau (1) ha observado un caso de más rápida evolución: afectado su enfermo hacía largo tiempo de un pneumotórax derecho, no obstante su buen estado aparente, «desfalleció de pronto y murió». En la autopsia se halló cicatrizada la perforación de la pleura derecha, y en la izquierda un orificio situado hacia la base y al nivel de una caverna tuberculosa. Había sido causada la muerte por la abertura de esta caverna y producción del pneumotórax izquierdo, complicando el del lado derecho.

En otra observación, publicada por Duguet (2), el enfermo, hombre de veintiocho años, padecía una tuberculosis pulmonar hacía algunos meses y un pneumotórax izquierdo de más de seis semanas de fecha; un día «se quiso levantar para sentarse cerca de su cama, cuando repentinamente se sintió atacado de una terrible congoja, con notable palidez de la cara é inminencia de síncope. Volvieron á acostarlo; se hallaba anheloso, despavorido, sin quejarse apenas; se le enfriaron las extremidades, y, al cabo de diez ó doce minutos de angustia, murió sin que pudiera proferir una palabra». Se halló en la autopsia un pneumotórax izquierdo y un pneumotórax derecho; los dos pulmones estaban rechazados hacia la columna vertebral.

El *pneumotórax parcial* se produce comunmente en los tuberculosos llegados á un período avanzado de la enfermedad, y en los cuales el pulmón ha contraído numerosas adherencias con la pared; también se puede producir en el enfermo que haya tenido anteriormente una pneumonía ó una pleuresía que dejaron adherencias pleurales. Casi siempre empieza de una manera insidiosa, al revés que el pneumotórax generalizado, y apenas si un ligero aumento de la disnea viene á llamar la atención; se concibe bien esta diferencia del principio, teniendo en cuenta que la lesión no suprime, desde el punto de vista funcional, sino una parte más ó menos extensa del pulmón.

Una vez constituído el pneumotórax parcial, da muy pocos síntomas funcionales y recorre insidiosamente su ciclo, tal como empezó; su evolución está, por otra parte, subordinada á la tuberculosis pulmonar y tal vez á la purulencia del derrame líquido, que no tarda en acompañar al gaseoso.

Los signos físicos son idénticos á los del pneumotórax generalizado, pero circunscritos á una extensión variable del tórax; ya á la parte inferior, á la superior, á la media, ya, en fin, á una porción de forma irregular.

(1) *Gaz des hóp.*, 1841.

(2) *France médicale*, 1878.

Son simplemente más débiles, menos marcados, y deben investigarse con el mayor esmero.

En los puntos de la cavidad torácica no ocupados por el derrame líquido ó gaseoso, se encuentra el pulmón más ó menos alterado, pero siempre revelándose por la persistencia de las vibraciones torácicas y del murmullo vesicular más ó menos modificado.

DURACIÓN.—TERMINACIONES.—La duración del pneumotórax tuberculoso es extremadamente variable, como se ha podido juzgar de la descripción que precede. De 51 casos recogidos por Saussier, ha sido en 5 de algunas horas á un día; en 14, de uno á diez días; 11 veces de diez días á un mes, y 21 de de más de un mes. En ciertos casos, ha sido de cinco á seis meses, un año, y hasta cuatro años y medio. Las estadísticas de West y de Weil, indican casi la misma mortalidad para el mes primero y, sobre todo, para la primera quincena.

La curación es rara; se verifica, no obstante, en algunos casos. Hechos de este género, han sido citados por Woillez, Biermer, Legendre, Béhier, y muchos otros, pero desgraciadamente son poco comunes. De 52 casos de pneumotórax observados por Béhier, 46 terminaron por la muerte, y «varios de aquellos enfermos que dejé de ver, dice, han debido sucumbir más tarde». La curación se verifica, ya por la transformación del pneumotórax abierto ó valvular en pneumotórax cerrado y absorción ulterior y más ó menos lenta del gas y del líquido, ya por la transformación del hidro-pneumotórax en hidrotórax y absorción consecutiva del derrame.

La muerte es, pues, la terminación habitual; débese á la asfixia en los pneumotórax de marcha rápida, sean valvulares, como es lo más frecuente, ó abiertos, lo que constituye la excepción; cuando la muerte sobreviene de los diez á los quince días, es menester atribuirlo á la asfixia ó á un brote de granulia y cuando el hidrotórax ó el hidro-pneumotórax ha durado más de un mes, á la caquexia tuberculosa ó á la consunción.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico del pneumotórax generalizado, es ordinariamente fácil.

El error en que es más fácil incurrir, consiste, como lo hizo notar Laënnec, en suponer enfermo el costado sano, porque al resonar éste menos, se le cree retraído; verdad es que no es posible cometer este error, si se comparan los resultados de la auscultación con los que suministra la inspección y la percusión. Ninguna enfermedad da un soplo anfórico, ó la falta de respiración al mismo tiempo que una dilatación de un lado del tórax con exageración de la sonoridad del mismo lado.

En el *enfisema pulmonar* existe una dilatación torácica con exageración de la sonoridad, disminución de las vibraciones y del murmullo vesicular.

Pero, además de que estos signos están siempre mucho menos marcados que en el pneumotórax, que las vibraciones no están abolidas, que el murmullo vesicular no se ha extinguido, que la sonoridad no tiene timbre metálico, y que no hay nunca tañido, ni retintín metálico, ni soplo anfórico, los signos se presentan en los dos lados del pecho, y no podrían depender sino de un doble pneumotórax, es decir, ir acompañado de síntomas funcionales intensísimos, y por lo demás, rápidamente mortales.

La *pneumonia* y la *pleuresia* pueden ocasionar la producción de un soplo anfórico é ir acompañado de un estado disnéico bastante acentuado para hacer pensar en un pneumotórax. Pero al soplo anfórico se le aprecia precisamente allí donde la percusión denota una gran macidez, al contrario de lo que sucede en el pneumotórax; no va acompañado de retintín metálico, ni del tañido, desaparece en los pequeños movimientos respiratorios y hay á menudo gorgoteo; en la *pneumonia*, las vibraciones torácicas no están abolidas, sino exageradas; en la *pleuresia*, se presentan la egofonía y pectoriloquia afona.

No es mucho más fácil confundir una *pleuresia* serosa ó purulenta, con un hidro ó un pio-pneumotórax.

La exageración de la sonoridad, aparece en los dos casos por encima del derrame; pero, en el primero, hay aumento de las vibraciones y aumento ó disminución del murmullo vesicular, mas nunca abolición completa; en el segundo, se presentan generalmente á este nivel todos los signos del derrame gaseoso. Existe, por otra parte, un signo que quita todas las dudas, pues es patognómico de la coincidencia de un derrame gaseoso y de un derrame líquido en la pleura: es el ruido de fluctuación torácica. Puede faltar, sin embargo, cuando el derrame líquido haya llenado toda ó casi toda la pleura; el diagnóstico de *pleuresia*, es el único que se puede hacer en tal circunstancia. Mas cuando por una punción aspiradora se ha evacuado cierta cantidad de líquido, los signos del derrame gaseoso reaparecen por encima de la línea de macidez, el ruido de fluctuación se produce y se encuentra un hidro-pneumotórax allí donde se había visto una simple *pleuresia*.

Es menester, sin embargo, no confundir la fluctuación torácica, con la *fluctuación estomacal*. Un examen atento del sitio exacto del ruido de ola, y la posibilidad de producirlo al nivel del estómago por la percusión brusca de las paredes, disiparán rápidamente todas las dudas. En un caso curioso, Riegel ha observado en un enfermo, tres días antes de la muerte, en la base izquierda del tórax, inmovilidad del diafragma, timpanismo, respiración anfórica y tañido metálico; en la autopsia, se encontró al diafragma desviado hasta la cuarta costilla por una asa de intestino grueso llena de gases.

Un diagnóstico, á menudo muy delicado, es el que permite distinguir el pneumotórax verdadero, del pneumotórax subfrénico. Se sabe que Leyden (1) ha designado así los focos hidroaéreos situados en la parte superior de la cavidad abdominal, y que, rechazando al diafragma hacia arriba, dan origen á los signos físicos que se perciben en la región torácica.

El pio-pneumotórax subfrénico es, sobre todo, consecutivo á úlceras simples del estómago ó del duodeno, 41 veces de 100 menos frecuente que los quistes hidatídicos del hígado y del bazo y que las peritífitis, 10 por 100 más raro que la colelitiasis, los abscesos del bazo, de los riñones, el cáncer del estómago y la metritis puerperal.

Leyden ha indicado los principales elementos que permiten establecer el diagnóstico del pio-pneumotórax subfrénico:

1.º La existencia, en los antecedentes, de síntomas de una afección abdominal;

(1) Leyden, Pyopneumothorax subphrenicus, *Zeitschrift für klinische Medicin*, t. 1, 1880.

2.º La falta de tos y de expectoración en el curso de una afección de la base del tórax ;

3.º La extensión de los signos físicos en una región inferior á la ocupada, de ordinario, en los casos de pleuresía ;

4.º La persistencia de una respiración normal en la parte superior, por encima de la región del timpanismo ;

5.º La movilidad anormal de la macicez á consecuencia de los cambios de posición ;

6.º La desviación del corazón hacia arriba y á la izquierda, si la lesión está á la derecha, caso el más común ;

7.º La producción frecuente de vómicatas fétidas, en las cuales se pueden encontrar elementos manifiestamente originarios de la cavidad abdominal ;

8.º La influencia de los movimientos respiratorios sobre el derrame, en los casos de punción. El derrame se verifica casi exclusivamente en el momento de la inspiración. Este signo, indicado por Pfuhl, no tiene un valor tan grande como desde luego se había creído. En efecto, requiere la integridad del diafragma, que á menudo está paralizado en los casos de este género, y por otra parte la presión negativa puede ser apreciada en los derrames de la pleura.

A estos signos, se les ha agregado el siguiente :

9.º La diferente calidad del líquido, según la altura á que se hace la punción exploradora ; en la parte superior, se puede obtener un líquido claro, sero-fibrinoso, procedente de la pleuresía simple, que puede acompañar al foco purulento sub-diafragmático.

Ninguno de estos signos, es patognomónico. La reunión de cierto número, permitirá á menudo que se haga, en el vivo, el diagnóstico del pio-pneumotórax subfrénico (1).

El diagnóstico del *hidro-pneumotórax parcial*, estriba en la apreciación, en una región del pecho, de los signos ordinarios del hidro-pneumotórax, coincidiendo con «la falta de ruidos especiales del pneumotórax en ciertos puntos ; la presencia, en estos mismos puntos, de ruidos pulmonares superficiales normales ó alterados y de vibraciones vocales claramente perceptibles» (Jaccoud) (2).

La investigación atenta de estos signos, de alto abajo, en las regiones anterior axilar y posterior, conduce á un diagnóstico cierto. Se reconocerá con facilidad al *pneumotórax parcial inferior*, ya ocupe toda la parte inferior del pecho, ya sea simplemente latero-anterior ó postero-lateral ; á esta última variedad se la confunde á menudo con la pneumonía ó la pleuresía, de la que se la puede distinguir por los signos indicados más arriba.

El hidro-pneumotórax parcial superior, más raro que el precedente, es confundido, de ordinario, con una gran caverna tuberculosa que puede dar el timpanismo si está vacía, el anforismo si comunica con los bronquios, rara vez el ruido de líquidos (Weber, Vintrich, Jaccoud), y excepcionalmente el retintín metálico (Jaccoud). Pero estas grandes cavernas, no se las encuentra más que en los tuberculosos llegados al tercer período y van acompañadas de lesiones tuberculosas en los dos pulmones ; á su nivel, la pared está hundida y dilatada, el sonido es más alto cuando la boca está abierta (Wintrich), durante la

(1) Nowar, Die hypophrenischen Empyeme. *Jahrbücher für Medicin*, 1891.

(2) *Clinique de la Pitié*, 1885.

inspiración (Friedreich), más bajo en circunstancias inversas, signo que puede existir en el pneumotórax (Jaccoud) ; y las vibraciones vocales se conservan.

Los hidro-pneumotórax parcial mediano y parcial irregular, son variedades raras que las mismas consideraciones permitirán descubrir.

Es importante, para el pronóstico, saber si el pneumotórax es valvular, abierto ó cerrado.

El *pneumotórax valvular*, es el más frecuente al principio ; la disnea es grande y va acompañada en muchos casos de alteraciones circulatorias generales y pulmonares muy notables, la sonoridad está aumentada, la tonalidad es más alta que en el costado sano, el anforismo, el tañido metálico y el retintín, son muy acentuados, y los órganos próximos están desviados al máximo ; si se hace una punción con un trocar comunicante con un pequeño manómetro, se aprecia que la presión media es superior á la presión atmosférica ; en fin, medio más delicado, el examen del gas obtenido por una punción aspiradora, demuestra que la cantidad de ácido carbónico oscila entre 5 y 10 por 100.

En el *pneumotórax abierto*, el pecho está menos dilatado, el sonido obtenido por la percusión es también intenso, pero bajo ; los órganos están poco desviados ; los signos que suministran la auscultación, son los mismos que en el caso precedente ; la presión intra-pleural es igual á la presión atmosférica ; la proporción de ácido carbónico no excede del 5 por 100.

En el *pneumotórax cerrado*, que puede suceder después de cierto tiempo á uno de los precedentes, y constituir una primera etapa hacia la curación, los signos funcionales son poco notables ; el sonido de la percusión es bajo, los signos anforicos, el tañido metálico y el retintín, son menos perceptibles ; la presión intra-pleural media es negativa, y la proporción de ácido carbónico superior á 10 por 100.

Se ha pretendido otras veces, aunque en vano, averiguar á qué altura podía estar la perforación, lo que, por otra parte, no tiene gran importancia.

El examen completo del pulmón del lado en que no asienta el pneumotórax, y el examen bacteriológico del derrame líquido, sirven de mucho ; suministran preciosos datos para el pronóstico.

PRONÓSTICO. — El pronóstico del pneumotórax es gravísimo, primero porque sobreviene en un tuberculoso y, después, porque constituye una complicación peligrosa de la tuberculosis.

A menudo se presenta, en efecto, al principio de la enfermedad y la acelera, precipitando la terminación funesta en el mayor número de casos.

Todos los casos no son, sin embargo, igualmente graves ; el pneumotórax sofocante lo es más que todas las otras variedades, porque puede producir la muerte en algunas horas ; el pio-pneumotórax lo es más que el hidro-pneumotórax, á causa de la presencia del pus, y la producción de fermentaciones pútridas en la pleura ; la existencia de un derrame seroso ó sero-purulento es, al contrario, según todos los autores, una feliz circunstancia, porque permite la transformación del pneumotórax, en pneumotórax cerrado ó en hidrotórax, y hace así posible la curación. El pneumotórax parcial, es menos grave que el pneumotórax generalizado.

Pero el pronóstico será falaz, si se le basa solamente en las variedades ana-