

pues de haber investigado si existe alguna fiebre, se procederá al exámen local del torax. Se practicarán sucesivamente la *inspeccion*, *palpacion*, *percusion*, *auscultacion*, y en algunos casos, la *mensuración* y la *sucusion*.

La percusion da algunas veces en dos puntos simétricos del pecho diferencias notables, que desaparecen para presentarse en orden inverso si se coloca el observador al lado opuesto de la cama (Piorry). No se dejará de tener en cuenta esta reflexion.

Cuando se ausculta, se deben explorar siempre los puntos simétricos de los dos lados del pecho con el mismo oído; no hay inconveniente en auscultar la parte anterior del pecho con un oído y la posterior con otro; pero si se auscultase, por ejemplo, con el oído izquierdo por delante y á la derecha, con el oído derecho por delante y á la izquierda, no se podrian comparar las sensaciones, porque ambos oídos no tienen el mismo grado de finura.

Todos los médicos han renunciado hace tiempo á la exploracion de los ruidos del pulmon, por medio del estetoscopio. Este instrumento no es útil en realidad sino para los puntos del pecho en que no puede aplicarse el oído, y en los casos en que lo reclamen conveniencias especiales.

No debe olvidarse el exámen de las materias expectoradas.

#### SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LAS ENFERMEDADES DE LOS PULMONES.

Repetirémos una vez más la division que hemos adoptado para los dos grupos de enfermedades estudiadas anteriormente. Describirémos sucesivamente: el *hábito exterior del cuerpo* en las enfermedades del pecho, los *síntomas locales* de estas afecciones, y por último, los *fenómenos lejanos ó generales* que se refieren á ellas. Darémos tambien un resumen como complemento.

### CAPÍTULO PRIMERO.

#### DEL HÁBITO EXTERIOR DEL CUERPO.

El aspecto general de la economía es tan característico en las enfermedades del pecho como en las del corazon y del cerebro; pero varía en los principales grupos de enfermedades, y, sobre todo, segun que la afeccion sea aguda ó crónica. De modo que hay mas de una especie de *tipo pulmonar*, como hay diferentes tipos cerebrales y cardíacos. Hemos insistido ya sobre esta multiplicidad de apariencias generales de la economía en las enfermedades de una misma

cavidad; no lo repetirémos, pero sí llamárémos de nuevo la atencion sobre un hecho que consideramos de la mayor importancia práctica.

Antes de indicar las particularidades de cada tipo, creemos necesario dar á conocer primero los caracteres mas generales de las enfermedades de los pulmones.

La *facies* llama desde luego la atencion. Así como, en las enfermedades del abdómen, la fisonomía demuestra el sufrimiento, el abatimiento, los tormentos, llevando comunmente la máscara del *tædium vitæ*; así como en las enfermedades del corazon presenta los rasgos de la turgencia sanguínea activa, ó la del éxtasis pasivo ó mecánico de sangre en el sistema venoso, ó, por último, es edematosa, amarillenta y falta de expresion; en las enfermedades de los pulmones, la expresion de la fisonomía es completamente diferente y característica. No se trata en este caso de sufrimiento, ni de dificultad en la circulacion, y sí de alteraciones de la respiracion, que se traducen y retratan enérgicamente en la fisonomía.

Todos saben que la cara está provista de un poderoso aparato respiratorio que puede estar en reposo ó apenas evidente en el estado de salud, no estando menos dispuesto á manifestarse en el estado de enfermedad.—Este aparato respiratorio (nervio del séptimo par, —músculos dilatadores de los orificios de la cara,—Ch. Bell y Magendie), que funciona de un modo sinérgico con el torax y el diafragma, entra en juego en las enfermedades del pecho, sobre todo cuando hay insuficiencia de los esfuerzos musculares ordinarios para sostener la respiracion. Sin duda que los músculos de la cara contribuyen poco á facilitar la respiracion dificultada, pero no pueden menos de unir su accion á los esfuerzos de la respiracion cuando estos llegan al limite de su desarrollo. Entonces se ve: la dilatacion exagerada de las alas de la nariz, la abertura bucal, el ensanche de la abertura de los párpados, la contraccion excéntrica de todas estas fibras, en una palabra la *expansion de la cara*, signo casi infalible de una enfermedad pulmonar. Puede encontrarse este signo en grados diversos y modificaciones variadas; pero en el fondo es siempre el mismo, en los tísicos y los neumónicos, en el enfisema, en la pleuresía, en la coqueluche, en el asma, en el crup; en una palabra, en las mas opuestas afecciones del mismo aparato.

La *rubicundez* de una de las *mejillas* ha sido señalada por todos los autores antiguos. M. Gubler (1) ha verificado el estudio de este

(1) *De la rougeur des pommettes comme signe d'inflammation pulmonaire.* (Union méd.). 1857, pág 201.

fenómeno, y resulta de sus observaciones: que las inflamaciones pulmonares dan lugar á la coloracion roja y al aumento de temperatura de las mejillas, y que la mejilla congestionada corresponde al lado del pulmon afecto ó al menos afectado; que esta rubicundez se presenta en la tisis, las neumonías tifoideas, la bronquitis capilar, la neumonía, y particularmente la del vértice; en fin, esta *congestion malar* puede ser el punto de partida de placas erisipelatosas.

M. Jaccoud ha publicado casos en los que la coloracion de la mejilla estaba al lado opuesto de la pulmonía. Estos casos excepcionales no contrarían las opiniones de Gubler, que son verdaderas en la inmensa mayoría de las pulmonías <sup>(1)</sup>.

Otro fenómeno comun consiste en la *aceleracion de la respiracion con movimientos de elevacion del torax*. La existencia de estos fenómenos se comprende fácilmente, y no hay necesidad de largas explicaciones. La mayor parte de las afecciones torácicas dificultan la hematosis, disminuyendo la superficie de absorcion del oxígeno del aire, y es necesario que los enfermos compensen por mas número de respiraciones la insuficiencia de cada una de ellas. Sin embargo, la exagerada ampliacion del torax puede por sí sola suministrar aire suficiente para el complemento de la hematosis; de modo que la aceleracion de la respiracion no es siempre indispensable. Esta observacion basta para explicar la poca frecuencia, y, aun en muchos casos, la rareza de los movimientos respiratorios en algunas enfermedades del pecho. M. Bouillaud hace notar que la respiracion no pasa de diez y seis, y algunas veces baja de esta cifra en algunas variedades de bronquitis, en el enfisema pulmonar, etc.; pero, en compensacion, el torax se distiende con energía y en todos sentidos.

Debe tambien tomarse en consideracion el *decúbito* que afectan los enfermos y que indica algunas veces la naturaleza de la afeccion, y no pocas veces el lado del pecho en que residen las lesiones principales.

En las afecciones, en las que el *dolor* juega el principal papel, los enfermos no pueden acostarse del lado en que existe; tales son la pleurodinia, la pleuresía y la neumonía en el principio.

En las que la *asfixia* es inminente (asma, derrame doble, bronquitis capilar, etc.), los enfermos están sentados por lo general, se colocan sobre el borde de la cama con las piernas colgando; si están acostados, tienen que elevar el tronco con muchas almohadas, levantada la cabeza, etc. Esta actitud es característica de las enfermedades del aparato respiratorio; se la encuentra en las enfermedades

(1) Jaccoud, *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité*. Paris, 1867.

del corazon, pero tan solo en aquellas en que existe una complicacion pulmonar; de modo que, dada una afeccion cardíaca, si el paciente está colocado en el decúbito indicado, puede afirmarse, antes de todo exámen, que el aparato pulmonar está mas ó menos gravemente comprometido.

Cuando se trata de una afeccion en que *uno de los dos lados del pecho* está mas afectado, de modo que la respiracion está *suspendida* ó poco menos, se nota que el enfermo se acuesta constantemente del lado afecto, con el objeto de dejar al lado sano en toda libertad de accion: tal es lo que se observa en la pleuresía de un lado con abundante derrame; en la neumonía con hepatizacion, en el neumotorax, en la infiltracion tuberculosa de todo un pulmon, etc.

En fin, hay en el tercer grado de la tisis un decúbito particular que creemos no se ha descrito todavía y que solo hemos oido señalar á M. Barth en sus lecciones clínicas. En la inmensa mayoría de casos, los tísicos no se acuestan sino sobre el lado sano, y no pueden permanecer, largo tiempo al menos, sobre el lado en que existe la caverna ó cavernas del vértice del pulmon. No sabemos si se encontrará una explicacion satisfactoria de este hecho, pero es efectivo; y despues de haberlo oido anunciar á M. Barth, lo hemos encontrado con exactitud un gran número de veces. Resulta de aquí que cuando se ve un tísico en el tercer período, se puede reconocer sin ningun exámen el lado ó sitio de la excavacion tuberculosa, tomando solo en consideracion el decúbito. Resultan tambien de este hecho diversas particularidades notables: si hay cavernas en el vértice de los dos pulmones, el enfermo se acuesta del lado de la más pequeña; si son iguales, será solo posible el decúbito dorsal; si hay una caverna en un lado y una pleurodinia en otro, el decúbito será tambien dorsal. Son muy contadas las excepciones de esta regla general.

Tales son los principales caractéres comunes á todas las demás enfermedades del pecho. Expondremos, sin embargo, los que son particulares á los principales grupos de afecciones torácicas.

El estado febril, la turgencia de la cara, la coloracion de las mejillas ó de una solamente, la disnea y el punto de costado, algunas veces el tinte icterico de la piel, la posicion de sentado ó medio sentado, la imposibilidad de acostarse de tal ó cual lado del pecho, la tos penosa, desgarradora, ó la imposibilidad de toser, denotan casi infaliblemente una neumonía, una pleuresía ó cualquier otra enfermedad aguda de los pulmones. Este es el *tipo de las afecciones agudas inflamatorias*.

A los precedentes accidentes se une una ansiedad extrema, una

pena, terror profundo y una agitacion considerable en las afecciones con tendencia á la sofocacion, como la apoplejia pulmonar, la congestion de los pulmones, la hemoptisis, el crup, los cuerpos extraños en la laringe ó en la tráquea, la bronquitis capilar, los accesos de asma del enfisema, etc. Estos caractéres son tanto más importantes de tomar en consideracion, cuanto que no hay enfermedades que tanto atemorizen, ni sean mas temibles que las en que la respiracion está comprometida. Así, cuando se llega al lado de un enfermo que no puede responder y que presenta los accidentes que hemos descrito, se debe antes de todo investigar si existe alguna dificultad en la respiracion, alguna lesion en el torax. Damos á estos accidentes el nombre de *tipo de las afecciones asfíxicas agudas*. La asfíxia de la submersion y la de la estrangulacion corresponden á esta categoria. Es menester distinguir la asfíxia por el vapor de carbon, que no es asfíxia propiamente dicha, es un verdadero envenenamiento debido á la fijacion del óxido de carbono sobre la hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre que se hacen por eso incapaces de absorber el oxígeno (Cl. Bernard).

En las afecciones crónicas el hábito exterior es muy diferente; pero el tipo varía segun el efecto producido en los pulmones y sobre toda la economía por la lesion existente.

Si se trata de un estado anatómico que sustraiga una gran extension del pulmon á la accion del aire, habrá, sobre todo, fenómenos de asfíxia lenta. Los enfermos presentan entonces ortopnea, están sentados habitualmente en la cama ó en una butaca, y no pueden acostarse; tienen levantada y echada atrás la cabeza; la respiracion es alta y frecuente; la cara está pálida ó violada, los labios lívidos, las mejillas marmóreas ó cubiertas de venillas dilatadas, las extremidades están cianósicas, la piel fria y cubierta de sudor viscoso. Hay descansos, pero estos accidentes sobrevienen despues de un corto tiempo de reposo. Este *tipo*, que se llama de *afecciones asfíxicas crónicas*, traduce infaliblemente, á un observador ejercitado, algunas de las enfermedades siguientes: derrame pleurítico llenando toda una cavidad del torax, derrame doble, hidro-torax, congestion pasiva del pulmon dependiente de lesiones del corazon, edema pulmonar, atascamiento de los bronquios, bronquitis capilar de marcha lenta, tisis granulosa generalizada y algunas otras afecciones del mismo género.

Las enfermedades pulmonares que obran alterando ó empobreciendo los líquidos de la economía, á consecuencia de una secrecion excesiva, de una inflamacion lenta, de una supuracion, etc., como los tubérculos, el cáncer, la melanosis, el catarro pulmonar crónico

simulando la tisis, producen un tipo diferente que podrá llamarse *tipo de las afecciones orgánicas*. El aspecto exterior de los tísicos es su mas completa expresion. Sus rasgos principales son: la decoloracion general de la piel y el adelgazamiento, la expresion de sufrimiento de la cara, la coloracion azulada de las escleróticas, tos sumamente frecuente con expectoracion ó sin ella, deformacion del pecho, corvadura del tronco hácia adelante, y por último, la fiebre hética y los fenómenos de colicuacion.

Si se pone mucha atencion, se podrá frecuentemente, con ayuda de estos caractéres, reconocer, sin recurrir á la auscultacion, el sitio y á veces la naturaleza de la lesion pulmonar.

No hemos citado mas que las principales especies de *tipos* del hábito exterior del cuerpo en las enfermedades del pecho; hay algunos otros, pero que no podemos citar sin entrar en detalles demasiado particulares. Nos basta haber indicado los grupos mas comunes y que tienen, por consecuencia, mayor importancia en la práctica.

## CAPÍTULO II.

### SÍNTOMAS Y SIGNOS LOCALES.

Son físicos y funcionales. Los de la primera especie son mas numerosos, mas fáciles de apreciar, mas característicos sobre todo, y fijan primeramente la atencion.

#### ART. I.—SÍNTOMAS FÍSICOS.

Los síntomas de este orden son muy numerosos, porque se puede explorar el pecho por medios muy diversos; en efecto, puede usarse la *inspeccion*, la *mensuracion*, la *palpacion*, la *percusion*, la *auscultacion* y la *sucusion*. Estudiaremos sucesivamente todos los fenómenos que pueden recogerse con la ayuda de estos procedimientos.

##### § I.—Signos suministrados por la inspeccion.

Estos fenómenos consisten en la *dilatacion del pecho*, su *depression*, los *movimientos anormales* que pueden verificarse, los *tumores*, las *perforaciones* que pueden presentar.

##### I.—AUMENTO DEL VOLÚMEN DEL PECHO.—CONVEXIDAD.

A pesar de la solidez de la pared ósea del pecho y la resistencia que parece debia oponer al pulmon, uno de los órganos mas blan-