

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 héctica 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-

dos y menos densos de la economía está expuesto á sufrir, por la accion de estos, alteraciones muy notables en su forma y volúmen. La generalidad de este hecho en la economía puede disminuir su valor, pero no deshacerle por completo. Todos saben que las colecciones de líquidos dilatan ciertas cavidades óseas (senos maxilares, frontales, cavidades del oído interno, de los huesos largos); que la proyeccion de la lengua dirige los dientes hácia delante, cuando no están sostenidos por los labios, y que los huesos se doblan á la larga cuando están sometidos á la accion muscular no contrarestanda por los antagonistas.

Sin embargo, sorprende siempre el ver elevarse las costillas, deprimirse ó distenderse en diversos sentidos bajo la sola influencia de la presion de los órganos pulmonares. Se encontrará un indicio de explicacion en la movilidad de las articulaciones costales y en la presencia del cartílago; pero no se verifican solamente movimientos de las articulaciones costales, sino que hay tambien corvadura real ó aplastamiento de los arcos óseos de las costillas, y por consecuencia cambio de forma en la fibra ósea; lo cual admira cuando se recuerda que el pulmon es el único agente de deformaciones de esta naturaleza. Como quiera que sea, y á pesar de la falta de explicaciones satisfactorias, el hecho no puede ser mas real. Es necesario conocer las diversas especies de deformaciones del pecho é indicar sus causas y su valor semeiológico.

Caractéres.—Puede alterarse la forma del pecho, general y parcialmente; el aumento de volúmen es unas veces muy limitado; otras ocupa todo un lado, y algunas ambos á la vez. Se reserva principalmente el nombre *convexidad* ó *combadura* al desarrollo parcial, y el de *dilatacion* al aumento general ó muy extenso del torax.

La *convexidad* ó *dilatacion parcial* ocupa frecuentemente las regiones supra é infra-clavicular, los dos lados del esternon en toda la altura del pecho, la base del torax por detrás, ó la region intermedia de la columna vertebral y en el borde interno del omóplato. Afecta la forma de una elevacion plana, sin vértice marcado y sin límites perfectamente marcados; se nota en este sitio la elevacion de una ó varias costillas sobre las superiores é inferiores ó las del lado opuesto; los espacios intercostales están mas separados, y las costillas elevadas ofrecen á veces mas resistencia que las demás. Cuando la convexidad es poco pronunciada, es necesario hacer acostar al enfermo en la cama horizontalmente y en una posicion simétrica, y que el observador se coloque al pié de la cama; mirando muy oblícuaente la superficie del torax, se distingue con facilidad

la desproporcion enunciada. Al nivel de la convexidad se encuentra, por la percusion, un aumento ó disminucion de la sonoridad, y algunas veces su sonido normal. Hemos dicho ya que hay deformaciones normales del torax, pero que no pueden nunca simular una verdadera elevacion morbosa.

Cuando la convexidad ocupa las regiones supra ó infra-claviculares, no se percibe la elevacion de las costillas, pero existe la de las partes blandas. Es necesario no dejarse impresionar por la depresion supra-clavicular que puede hacer creer en la existencia de una convexidad en el lado opuesto; la percusion ayudará considerablemente el diagnóstico diferencial. En la parte posterior del pecho no puede apreciarse la combadura sino delante del omóplato, retirándose por una salida exagerada del ángulo de las costillas, y como estas forman una série continua, la elevacion está dispuesta á modo de banda vertical, entre la espina y el omóplato.

Cuando la *dilatacion* ocupa un *lado* del pecho, se nota lo siguiente: parece este lado mas grueso á la vista, mas lleno y redondeado; se marcan menos las costillas que en el lado opuesto, por la elevacion de los espacios intercostales; los movimientos son menos apreciables á la vista y á la mano. En la gran mayoría de casos, la saliente se pronuncia mas atrás y afuera; cuando se manifiesta por delante, tiene por detrás mucho desarrollo. Haciendo sentar al enfermo y mirando de perfil, se ve á la base del pecho pronunciarse más por delante y por detrás que en el lado sano; si se mira de frente, se ve el lado dilatado dirigido hácia fuera, y algunas veces mas elevado que el otro; á veces sucede que la espalda está tambien sensiblemente elevada. La mensuracion no hace apreciar siempre estas diferencias mas sensiblemente que la vista.

Hay otro medio, primitivo en apariencia, pero en realidad muy sensible, de demostrar el aumento de un lado del pecho, sobre todo en sentido del diámetro antero-posterior. Consiste simplemente en aplicar una mano de plano por delante y otra por detrás del torax. Esto es una especie de compás de espesor, que permite apreciar pequeñas diferencias del diámetro antero-posterior de las dos mitades del torax (Lasegue).

La *dilatacion doble*, ó por mejor decir, *general* del pecho, es algunas veces difícil de apreciar; en efecto, si ambos lados han experimentado un aumento igual en su volúmen, puede tomarse la conformacion anormal del torax por el estado natural; pero generalmente no sucede así: la deformacion no es regular ni simétrica, estando un lado sensiblemente mas abultado que el otro, habiendo puntos mas salientes que corresponden con una depresion del lado

opuesto; en una palabra, la irregularidad es la prueba de la dilatacion general del pecho, siendo, por lo tanto, el medio de reconocerla cuando existe.

Causas.—Gran número de causas pueden dar lugar á la convexidad ó á la elevacion del torax. Tales son: la tumefaccion simple de los órganos intra-torácicos, la acumulacion de gases ó de líquidos, los tumores sólidos y los abscesos.

La forma, la extension, los caracteres de la convexidad varian como la naturaleza de la causa, siendo estas diferencias lo suficientemente marcadas para que pueda reconocerse á primera vista la afeccion á que pertenecen. Insistiremos sobre este punto interesante para el diagnóstico.

Un derrame pleurítico poco considerable y enquistado, un tumor intra-torácico, no dan lugar sino á una elevacion localizada y poco extensa, porque no se ejerce presion sino contra una reducida porcion de la pared torácica. Pero si el cuerpo que produce la dilatacion está libre en la pleura ó en el pulmon, si es de la naturaleza de los que transmiten la presion en todos sentidos, si es, en una palabra, un gas ó un líquido, el desarrollo del torax no puede ser parcial; tambien, á menos que existan circunstancias particulares (adherencias), toda la mitad del pecho sufrirá la influencia dilatadora. En estos casos es en los que se observa una gran dilatacion de toda la mitad del torax. Por último, si se trata de un caso en que la presion excéntrica se verifique en ambos lados del pecho, la dilatacion será doble y general (enfisema, derrame doble, etc.).

Enfermedades en las que se presenta la dilatacion del pecho y la convexidad.—Valor diagnóstico.

Las deformaciones del torax no reconocen como únicas causas las afecciones de los órganos respiratorios; hay una enfermedad general que altera todo el sistema óseo, y que, ejerciendo su accion sobre las paredes del pecho, determina algunas veces considerables cambios de forma: queremos hablar del raquitismo. Es necesario no tomar las deformaciones que puede producir esta enfermedad por efecto de una afeccion torácica. Creemos, por lo tanto, necesario indicar los caracteres que pueden imprimir á las paredes pectorales.

Cuando el raquitismo es bastante pronunciado para producir una desviacion de la columna vertebral, el diagnóstico se establece por la presencia de esta desviacion; pero cuando es menos manifiesto, puede haber duda, y es, por lo tanto, necesario tomar en consideracion los caracteres de la deformacion misma para saber á qué debe

referirse. Los caracteres de las deformaciones raquílicas del torax son los siguientes: esternon saliente, convexo de arriba abajo, doblado algunas veces con el ángulo saliente adelante; los cartilagos costales se dirigen casi directamente hácia atrás, dirigiéndose despues afuera y adelante, para encorvarse definitivamente, y de aquí la forma del pecho en *quilla*; articulaciones condro-esternales voluminosas; una série de nudosidades correspondiendo á la articulacion de los cartilagos con las costillas (Rilliet y Barthez). Añadiendo á estos caracteres el desarrollo de la cabeza y de la frente, la tumefaccion de las articulaciones, la hinchazon habitual del abdómen, el voraz apetito, la diarrea frecuente, el retardo de la denticion, se tendrá el cuadro completo de los caracteres del raquitismo. Si se encuentran en estas condiciones deformaciones del pecho, se atribuirán á esta enfermedad antes que á una afeccion de los órganos pulmonares.

Como se ve, cuando se trata de establecer el diagnóstico de una deformacion del torax, es necesario eliminar la cuestion del raquitismo, y solo entonces puede suponerse una enfermedad de los órganos respiratorios.

Dejando á un lado los casos raros, y ateniéndose á los más conocidos, y por lo tanto á los más clínicos, se observará que la dilatacion del torax se encuentra principalmente en la *pleuresía*, *neumonia*, *congestion* y *enfisema de los pulmones*, y en el *neumotorax*. Sin embargo, indicaremos algunas particularidades relativas á la *pleurodinia* y á la *bronquitis*.

En un individuo afectado de *pleurodinia*, el dolor es algunas veces tan intenso que puede dificultar ó imposibilitar los movimientos del lado enfermo; resultando una inmovilidad que simula con frecuencia una dilatacion, pero que solo es aparente. En efecto, si se miden los dos lados del pecho comparativamente, se encuentran sensiblemente iguales entre sí.

Esta disposicion hace creer con frecuencia en un derrame pleurítico. Las siguientes circunstancias harán notar que solo se trata de una *pleurodinia*: el dolor de esta afeccion es mucho mas agudo que el de la *pleuresía*, y su marcha mas rápida: este dolor aumenta considerablemente por la presion, aunque sea superficial; hay poca ó ninguna fiebre. Ademas, para producirse una dilatacion como la que se supone existir, seria necesario un derrame considerable, que produciria una macidez enorme y fácil de apreciar; en fin, el derrame no produciria el resultado en cuestion sino al cabo de algunos dias, mientras que la dilatacion aparente, producida por la *pleurodinia* se produce en un dia, doce horas ó aun menos.

Creemos haber notado una indisposicion análoga en algunas **neurralgias intercostales** y en algunas **hemiplejias**: siendo el mecanismo igual al precedente, no insistiremos en él.

La **pleuresía** da lugar á una dilatacion muy notable, pero verdadera. Cuando el derrame es mediano, se dilata principalmente la parte posterior é inferior del torax, y algunas veces la inferior y lateral; las costillas se separan y se elevan, y los espacios intercostales se ensanchan y levantan. Esta elevacion depende en parte de la presion mecánica que ejerce el derrame; pero se debe sobre todo á la inflamacion de la pleura parietal correspondiente, á la infiltracion edematosa y á la parálisis de los músculos intercostales subyacentes (Biermer). Pero cuando asciende á la parte superior del pecho, desaparecen estos caracteres para dar lugar á los que presenta el estado fisiológico. En los puntos correspondientes: macidez, ausencia de las vibraciones producidas por la voz, ausencia de la respiracion, algunas veces egofonía, sobre todo hácia la mitad de la macidez, etc. En los derrames considerables, y que llenan toda la cavidad de la pleura, el costado se dilata en totalidad desde la clavícula hasta las costillas falsas; hay convexidad adelante, por detrás y al lado, elevacion de los espacios intercostales y los infra-claviculares, elevacion notable de la region mamaria, estando algunas veces mas saliente el hipocondrio correspondiente por el descenso del diafragma. Si el derrame ocupa el lado derecho del torax, ademas de los caracteres enunciados, se encuentra el descenso del hígado, y si es el izquierdo, el del bazo y el rechazamiento del corazon al lado derecho.

La dilatacion del torax no puede marcarse como un hecho constante en la **neumonía**, pero se la observa, sin embargo, algunas veces. La hemos visto, aun hace poco tiempo, en un hombre afectado de **neumonía** de la base del pulmon derecho, complicada con un poco de ictericia; quizá hubiese algun grado de **pleuresía**, pero no existia ningun signo de derrame. En este caso, toda la base del pecho del lado derecho estaba elevada de un modo exagerado y desviaba mucho el plano del resto del torax, tanto por delante como por detrás; se percibia soplo y estertor crepitante en la mitad inferior del pecho. La cuestion de la dilatacion del pecho en la **neumonía** ha sido agitada con pasion por Broussais y Laennec: el primero, diciendo que las costillas dejaban impresiones en los pulmones inflamados, daba una mala razon en favor de un hecho verdadero; y el segundo, negando la dilatacion del pulmon por el motivo de que las costillas no quedaban realmente impresas, desconocia una disposicion perfectamente evidente. El primero deducia una conclusion

verdadera de un argumento falso; el segundo obraba de inverso modo. Los dos adversarios hubieran estado de acuerdo si hubiesen reconocido la existencia de la pared torácica.

En realidad, el pulmon se dilata en la pulmonía, tomando un volúmen mucho mas grande que el que tiene en el estado normal; basta ver cómo se dilata este órgano bajo la influencia de una inyeccion y conocer el volúmen que adquiere en la hepaticacion completa y general para que no quede ninguna duda sobre el particular.

La **bronquitis** produce una dilatacion semejante en el pulmon y en el torax. Todos los médicos de los hospitales de ancianos han notado que, durante el invierno, los enfermos que se acatarran se hacen enfisematosos, esto es, que su pecho se aumenta, se desarrolla y presenta elevaciones parciales. Cuando viene la primavera, esta dilatacion pasajera desaparece, el pecho recupera su conformacion habitual, al mismo tiempo que desaparecen los síntomas de la **bronquitis**. ¿Qué es lo que pasa en este caso? ¿Será que con la fuerza de la tos se rompan las vesículas, y el aire se infiltre en el parénquima de los pulmones; será que empujado por el aire excéntricamente el pulmon durante la tos, ceda y pierda su resorte; será, por último, que el aire quede encerrado en algunas divisiones bronquiales por las mucosidades tenaces y viscosas del catarro, y se dilaten algunos grupos de vesículas en las que se encuentre encerrado como el aire en la cámara de una escopeta de viento? Todas estas suposiciones son plausibles, aunque ninguna demostrada; nosotros no nos atecemos á ninguna, queriendo solo hacer conocer lo que hay de real.

Hemos observado que la **bronquitis** con estertor sibilante de las **fiebres tifoideas** produce la dilatacion general del torax; en efecto, el pecho se eleva especialmente hácia delante, y sobre todo hácia atrás, y á medida que la enfermedad progresa, se marca un aumento de sonoridad en el torax. Hay que notar que no se trata aquí de fenómenos que pueden ser dependientes del enflaquecimiento. En efecto, en ninguna otra enfermedad aguda hemos visto cambios tan notables del volúmen del torax y de su sonoridad, como en la **fiebre tifoidea**, no habiendo encontrado tampoco estos fenómenos sino en los casos en que existe una intensa **bronquitis**.

Lo mismo puede decirse de la **bronquitis capilar**.

La **congestion pulmonar** produce un efecto análogo; volveremos á ocuparnos del particular cuando tratemos de la mensuracion.

El **enfisema pulmonar** da tambien lugar á la convexidad y dilatacion del pecho. Cuando es parcial, ocupa, en la mayoría de los casos, el borde anterior ó el vértice de los pulmones; no hay entonces

dilatacion general sino uno ó muchos puntos de convexidades que se sitúan en los bordes del esternon, ó bien encima ó debajo de las clavículas. Algunas veces tambien el esternon se eleva y dirige hácia delante, al nivel de estos puntos; la sonoridad es exagerada, el ruido de inspiracion es nulo, la espiracion prolongada, etc. Cuando el enfisema es general, el pecho se dilata en totalidad; su diámetro ántero-posterior se aumenta y se hace tan largo como el transversal, haciéndose cilíndrica la forma del pecho; sin embargo, como se eleva por detrás, se dice que el pecho está *globuloso*. Su conformacion no es nunca regular, hay elevaciones parciales al nivel de los puntos mas enfisematosos. Si se añade á esta conformacion del pecho una sonoridad exagerada, la dificultad habitual y lo sibilante de la respiracion, accesos de asma, broncorrea, esto es, expectoracion sero-mucosa ordinariamente transparente y acuosa, se tendrán la mayor parte de los caracteres necesarios para reconocer con facilidad el enfisema pulmonar.

Desde la notable memoria de Freund, los autores alemanes insisten mucho en una alteracion de los cartilagos costales que acompañan frecuentemente la posicion inspiradora permanente del torax que se observa en el enfisema. Estos cartilagos experimentan una verdadera hipertrofia, aumentan de volúmen en todos sentidos y pierden su elasticidad. De aquí resulta que las costillas se dirigen adelante y afuera, absolutamente igual que en la inspiracion, pero sin poder volver á la situacion correspondiente á la espiracion. A este estado designa Freund *dilatacion rígida de la caja torácica*. Freund ha exagerado la influencia de esta alteracion haciéndola especial causa del enfisema pulmonar. No es mas que una deformacion consecutiva á la ectasia de los alvéolos pulmonares, pero que no es menos importante señalarla.

La dilatacion es tambien uno de los efectos del *neumotorax*. Se produce por lo general de un modo muy lento, algunas veces es general, pero por lo comun parcial: la existencia de falsas membranas y de adherencias limitan frecuentemente el espacio en el que puede extenderse el aire. Esta dilatacion ocupa por lo comun la parte inferior y lateral del pecho; su forma es regular; el pecho apenas se mueve en este lado, dejándose percibir la vibracion producida por la voz; existe una sonoridad timpánica, y por último estos accidentes sobrevienen de pronto. El enfermo ha sentido un chasquido con dolor vivo; respira con dificultad, y no se acuesta del lado enfermo, etcétera. Con ayuda de la auscultacion se demuestra la respiracion anfórica y el retintin metálico.

M. Natalis Guillot ha hecho conocer una causa nueva de deforma-

cion del pecho en los niños que tosen. Se trata de una infiltracion gaseosa, es decir, de un *enfisema* que empieza por el tejido celular subpleural, y que se propaga al mediastino, al cuello, á los miembros y al tronco. En este caso hay deformacion del pecho por las elevaciones parciales de la piel; la presion determina crepitacion que percibe tambien el oido. Guillot no cuenta sino un caso de curacion entre diez y seis observaciones recogidas en niños atacados de tisis, pero sobre todo de coqueluche (1).

Para completar este capítulo, es necesario referirse á lo dicho sobre este particular, al ocuparnos de la convexidad en las enfermedades del corazon.

II.—DE LA DEPRESION DE LAS PAREDES DEL PECHO.

Este capítulo, consagrado á la depresion de las paredes del pecho, es en algun modo el corolario ó la contraprueba del precedente. En efecto, el razonamiento y la experiencia indican, que cuando exista una depresion de una parte de la caja torácica, debe existir una lesion inversa de la que produce la convexidad ó la dilatacion de esta region. Sin embargo, aunque el hecho es absolutamente verdadero, es necesaria una advertencia; es preciso no inferir de lo que precede, que las depresiones de que vamos á ocuparnos proceden de *enfermedades opuestas ó contrarias* á las que producen la convexidad. La única proposicion que legítimamente puede formularse es, que estos dos efectos reconocen por causa dos *estados anatómicos opuestos*. Una misma enfermedad puede presentar estados anatómicos; por consiguiente, la elevacion y la depresion pueden depender de dos expresiones de una misma enfermedad, pero en épocas diferentes de su duracion.

Caractéres. La depresion de las paredes del pecho puede ser parcial, ó extenderse á todo un lado del torax; nunca es general.

Cuando es parcial, se caracteriza por una depresion en una extension poco considerable de una ó muchas costillas; la convexidad de estos huesos se reemplaza por una superficie plana ó casi plana; los espacios intercostales están, ó normales ó disminuidos. Cuando todo un lado ha sufrido la retraccion en cuestion, su conformacion es normal y regular; pero comparado con el otro lado, es mas estrecho y deprimido, las costillas se aproximan á la línea media, la espalda está deprimida, la escápula saliente; algunas veces el reborde in-

(1) Guillot, *Actes de la Société méd. des hop. de Paris*, 1855.—Blache y Roger. *De l'emphyseme généralisé des enfants*. (*Union médicale*, 1855)

ferior del torax sostenido por las vísceras abdominales conserva su amplitud natural; pero las costillas situadas superiormente se deprimen y forman un surco semi-circular y horizontal por encima de las últimas costillas: esta conformacion recuerda la de los raquícticos.

Enfermedades en que se encuentra la depresion torácica.—Valor diagnóstico.

Dos enfermedades principales presenta este síntoma, la tisis y la pleuresía.

Cuando la pleuresía ha dado lugar á un derrame considerable y á la formacion de falsas membranas, espesas y resistentes, que sujetan al pulmon por todas partes, la depresion del torax es su consecuencia frecuentemente. En efecto, el pulmon rechazado del mediastino y de la columna vertebral, disminuye de volúmen, y en este estado se desarrollan las falsas membranas. Cuando desaparece el derrame, no puede dilatarse el pulmon por las membranas inextensibles que le sujetan, ni volver á tomar su volúmen normal, y la pared torácica se deprime aproximándose al pulmon á consecuencia del *vacio virtual* que se establece en la cavidad de la pleura. Retrayéndose las adherencias entre el pulmon y las costillas, serán un poderoso ayudante de la causa á que nos referimos.

Resulta de este mecanismo, que la retraccion, á causa de un derrame torácico, se extiende á toda la mitad del torax; siendo, por lo tanto, regular, porque no hay ningun punto en que la accion sea mayor que en otro.

Como se ve, es un fenómeno de la curacion de la pleuresía é indicio de la reabsorcion del derrame. Laennec, que fué el primero que reconoció este fenómeno y le dió explicacion, consideraba esta retraccion como definitiva, constituyendo un estado permanente é incurable. Esta proposicion parece un poco exagerada. Chomel ha reconocido que el pecho podia al cabo de muchos años tomar sus primeras dimensiones (1). Las costillas, por su elasticidad, determinan la ampliacion del pulmon, pero producen la dilatacion de los bronquios (2).

En la tisis es muy comun, en cierta época, la existencia de depresiones en la cavidad torácica. Es incontestable que el pecho se es-

(1) Chomel, *Pathologie générale*.—Rostan, *Dict. de méd.*, 2.^a edic. t. XXV, página 394.

(2) Barth, *Recherches sur la dilatation des bronches. Mémoires de la Soc. méd. d'observation*. Paris, 1836, t. III.

trecha en toda su extension; su estrechez, la salida de los omóplatos y de las clavículas lo demuestran suficientemente. En efecto, estos fenómenos, que pueden existir en cierto grado antes de la tuberculizacion, se pronuncian cuando está en vías de progreso, no pudiéndose tomar como simple efecto del enflaquecimiento.

Pero esta especie de depresion es á veces difícil de apreciar, siéndolo aun menos las depresiones parciales. Se encuentran casi siempre bajo las clavículas y á los lados del esternon. Ya hemos indicado sus caractéres. Reconocen por causa la formacion de cavernas, ó solamente la retraccion del órgano pulmonar, á consecuencia de la obliteracion de las vesículas alrededor de algunas masas tuberculosas.

En todo caso, cuando se encuentra en un individuo que tose y adelgaza, un hundimiento subclavicular; cuando existe al mismo nivel dolor y macidez, no puede dudarse de la existencia de la tuberculizacion del vértice del pulmon. Algunas veces se oye en el mismo punto el ruido de olla cascada, gorgoteo, etc., quitando toda duda al diagnóstico.

III.—DE LOS MOVIMIENTOS ANORMALES DEL TORAX.

Con el auxilio de la vista se perciben los movimientos que ejecuta el torax durante la inspiracion y la espiracion. Cuando se examina un enfermo en el que se suponga una enfermedad torácica, no debe descuidarse nunca el apreciar estos movimientos, en su frecuencia, extension y regularidad, pues de esta observacion pueden deducirse preciosos datos.

Hemos dicho que en el hombre la respiracion es esencialmente diafragmática; así que, siempre que se marque la respiracion costal, se deberá inquirir si existe una afeccion pulmonar. Se observará tambien que se suele presentar la respiracion costal en algunas afecciones abdominales, á consecuencia de la dificultad en los movimientos del diafragma, esclareciendo el diagnóstico los síntomas concomitantes. Iguales reflexiones pueden hacerse, respectivamente á las mujeres, cuando se observa la respiracion diafragmática.

Cuando hay dolor ó parálisis de las paredes torácicas, la respiracion diafragmática se exagera, y se extienden sus movimientos á la pared abdominal. Hemos observado, en 1854, en el hospital de Beaujon, un caso notable de este hecho. Se trataba de un jóven atacado de una paraplegia reciente y rápidamente desarrollada. La parálisis ascendia hasta la parte media del torax. Las costillas estaban