

inmóviles, pero el abdomen se elevaba y deprimía de un modo considerable; en el epigastrio había, en el momento de la inspiración, una propulsión hacia adelante que elevaba lo menos 5 centímetros la pared abdominal.

Los nervios intercostales en este enfermo estaban paralizados; pero los nervios frénicos, que emanan de la médula cervical, estaban íntegros; de aquí la persistencia de la respiración diafragmática.

La respiración aumenta de frecuencia en las afecciones torácicas. Deberá asegurarse el médico directamente del hecho, y aconsejamos no se refieran solo á las apreciaciones de los enfermos. En efecto, cuando se dificulta la respiración durante algún tiempo, se acostumbra á los movimientos acelerados del pecho, y terminan por perder la sensación de disnea. Hemos visto enfermos afectados de neumonía y de pleuresía, que no acusaban ninguna dificultad en la respiración cuando se veía elevarse su pecho con esfuerzo y contar cuarenta y aun cincuenta inspiraciones por minuto. Se observará, pues, con cuidado y se contarán los movimientos del torax.

Hemos dicho ya que existe una relación casi constante entre la respiración y la circulación, contándose por término medio cuatro latidos del pulso por una respiración. Esta relación se conserva en el estado de enfermedad, cuando están sanos el corazón y el pulmón; pero si este está enfermo, la respiración se acelera, sin que aumente la proporción de la frecuencia del pulso, variándose solo la relación, que viene á ser de tres ó de dos respiraciones por una pulsación.

Cuando se encuentra esta discordancia entre las dos funciones, se supondrá una lesión pulmonar.

No hemos encontrado nunca irregularidad ó desigualdad en los movimientos respiratorios en las enfermedades torácicas. Estos síntomas pertenecen particularmente á las afecciones cerebrales.

IV.—DE LOS TUMORES DE LA PARED TORÁCICA.

Solo dos veces hemos observado tumores de la pared torácica que tuviesen relación directa con los pulmones. Estos casos son excepcionales, y no conocemos sino pocos ejemplos. Creemos, por lo tanto, que debe darse una descripción sucinta.

En 1845, una mujer de cincuenta años próximamente entró en las salas visitadas por Magendie en el Hotel Dieu, con una erisipela de la cara y del cuello que se extendió pronto al pecho. Al cabo de algunos días, la inflamación tomó los caracteres de la erisipela flegmonosa, y mas tarde del flemon difuso. Se declaró fiebre, tos y pro-

funda adinamia. Sobre el lado izquierdo del esternon y un poco por debajo de la clavícula, apareció un tumor aplastado, fluctuante, que se presentó con rapidez, sintiéndose con facilidad un gorgoteo que indicaba la presencia de gas en la cavidad del absceso. El vértice del tumor se gangrenó; pero se murió la enferma antes de la abertura de la piel. El interior del absceso estaba gangrenado, encontrándose pus y gas en gran cantidad. Había perforaciones de la pared torácica, una debajo y otra encima de la tercera costilla. Estas perforaciones conducían á un enorme foco gangrenoso del pulmón izquierdo. El tumor exterior estaba en relaciones muy íntimas con los órganos intra-torácicos.

En el mismo año hubo un tísico, en la visita de Husson, en el Hotel Dieu, que presentaba un tumor debajo de la clavícula izquierda, pero sin que hubiese estado erisipelatoso. La piel estaba blanca y no había dolores. Este tumor estaba lleno de gases y líquidos, cuya presencia determinaba un gorgoteo notable. Se podía reducir sintiendo que los líquidos y gases entraban en el torax. El gorgoteo se oía, auscultando, como en una caverna. Instruidos por el caso anterior, creímos en una perforación de la pared torácica. En efecto, se encontró en la autopsia una abertura por debajo de la segunda costilla, que hacía comunicar el absceso exterior con una caverna del vértice del pulmón.

El doctor Gubler ha descrito un caso análogo al precedente ⁽¹⁾. Se trataba de una pleuresía purulenta del lado izquierdo.

Se ve, por estos ejemplos, que el exámen de los tumores de la parte exterior del torax debe hacerse con detención, porque pueden tener relaciones con los pulmones.

V.—DE LAS PERFORACIONES DE LA PARED TORÁCICA.

Este punto debe estudiarse con cuidado, y no existe ningún trabajo importante que pueda esclarecerle.

Gran número de enfermos tienen aberturas permanentes, fistulas; se consideran por lo general como dependientes de afecciones de las costillas (cáries, necrosis, etc.). Hemos visto, en los casos anteriores, que dependían de otra cosa y penetraban hasta el pulmón.

Magendie mandó un día hacer inyecciones de agua clorurada en un trayecto fistuloso que tenía una mujer en la espalda, creyendo que se trataba de una necrosis de una costilla. Al hacer la inyección, la enferma dió un grito, diciendo que sentía llenarse el pecho

⁽¹⁾ *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1850, p. 417.

de un vapor clorado, y sintió ascender hasta las fosas nasales el olor del cloro. Sofocacion inminente, tos seca, penosa y por quintas; olor extraño en la garganta y fosas nasales, durante todo el día.

Habia en este caso evidentemente una fistula bronco-cutánea. Hemos visto muchos casos de este género con exactas analogías. Seria importante el recoger los casos en que se encontrasen semejantes lesiones, pudiendo entonces, dada la lesion visible, referirla á la enfermedad que le determina.

§ II.—Signos suministrados por la palpacion.

Faltan aun observaciones exactas y suficientemente numerosas acerca de los fenómenos que pueden apreciarse por la aplicacion de la mano sobre las paredes torácicas, y queda mucho que desear acerca del valor de los signos recogidos por la exploracion mencionada.

Con ayuda de la mano se aprecian la *forma* y los *movimientos* del torax, el *estado* de los *músculos* y de los *espacios intercostales*, la *tension* del torax, la *fluctuacion* intercostal, la producida por la *sucusion*, y por último, las *vibraciones* transmitidas por la voz.

VI.—TENSION.—FLUCTUACION.—VIBRACIONES DE LAS PAREDES TORÁCICAS.

La palpacion, mejor que la inspeccion, da á conocer los cambios de forma, de presiones y elevaciones de las costillas, disposiciones que pueden enmascarar las partes blandas, ya por la abundancia de tejido celular, ya por el desarrollo de los músculos, ya por una infiltracion edematosa. Como ya hemos indicado anteriormente el valor de estas deformidades, no nos volverémos á ocupar de ellas. Tambien se reconoce por el tacto la separacion de las costillas, resultado de un abundante derrame seroso.

Los derrames abundantes en un lado del pecho, una neumonia de todo un pulmon, una infiltracion tuberculosa general, son otras tantas lesiones que dan al lado afecto cierta tension que la mano aprecia con facilidad. Se siente, en efecto, un estado muy marcado de plenitud, separacion de los espacios intercostales; el relieve de las costillas es apenas marcado, y no se nota elasticidad; faltan los movimientos, ó todo el lado se eleva en masa; en una palabra, se aprecia, por una porcion de circunstancias dificiles de precisar, que el lado enfermo está lleno por un cuerpo mas voluminoso y resistente que el pulmon en el estado sano.

Se asegura que, en los derrames pleuríticos, se puede reconocer la fluctuacion en los espacios intercostales; no hemos apreciado nunca este fenómeno, sea que hayamos explorado un espacio intercostal, sea los espacios próximos.

Beau ha señalado una *sensacion de flote percibida por la mano* cuando se practica la sucusion en los casos de hidro-neumo-torax; hasta el presente solo se habia indicado el *ruido* que acompaña á esta fluctuacion. En una observacion publicada por Guyot ⁽¹⁾ se encontrarán algunos detalles sobre este signo, tan nuevo como digno de interés.

En fin, la palpacion puede dar á conocer la modificacion de las vibraciones de la pared torácica. Cuando habla un individuo sano, vibran las paredes del pecho, y se experimenta, poniendo la mano, una sensacion particular de estremecimiento. Este fenómeno puede alterarse, y aun desaparecer en el estado de enfermedad; en la pleuresia desaparece completamente.

Es menester saber que en todos los individuos no vibra el pecho con igual fuerza, aun normalmente. El fenómeno se verifica con su máximum de intensidad en los sujetos delgados, de voz fuerte y grave. La vibracion es apenas sensible en los gruesos, de voz delgada, de timbre fino, en las mujeres, por ejemplo. El profesor Monneret ha estudiado con cuidado este fenómeno ⁽²⁾, y ha demostrado todo el partido que podria sacarse para el diagnóstico de ciertas enfermedades, especialmente de la pleuresia. En los casos de derrame, se puede seguir estudiando las vibraciones con exactitud, el aumento ó disminucion del líquido. En ciertos casos dificiles, en los viejos en particular, las vibraciones constituyen un signo muy precioso, el único que puede servir para distinguir la pleuresia de la pulmonía. En esta última enfermedad las vibraciones se aumentan. Lo mismo sucede en la congestion y en la infiltracion tuberculosa. El caso es mas dudoso en las pleuresias con adherencias sin derrame. En los derrames pleuríticos, en el neumotorax, en el enfisema, las vibraciones se suprimen ó disminuyen.

§ III.—Signos suministrados por la mensuracion.

VII.—DEL AUMENTO Y DISMINUCION DEL VOLÚMEN DEL PECHO.

Hemos ya mencionado los casos en que la cavidad del pecho aumenta y disminuye. Estas variaciones pueden apreciarse fácilmente

⁽¹⁾ *Moniteur des hôpitaux*, 11 de mayo de 1854.

⁽²⁾ Monneret, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.