

## ARTÍCULO III.

## PLEURESÍA AGUDA.

En vano se procura hacer remontar hasta Galeno, Areteo, Celso y aun al mismo Hipócrates, el conocimiento preciso de la pleuresía y su distinción de la pulmonía, pues pronto se conoce, leyendo sus descripciones, que este conocimiento y esta distinción estaban mas en las palabras que en las cosas. En efecto, Hipócrates se limita á pronunciar el nombre de la enfermedad, sin indicar nada que la caracterice. Celso apenas la designa y Galeno atribuye los esputos sanguinolentos lo mismo á la pleuresía que á la pulmonía, lo cual prueba que en realidad no sabia distinguirlas. En cuanto á los médicos de los últimos siglos, ya hemos hecho ver que confundian sistemáticamente estas dos enfermedades. De aquí resulta que para trazar la historia verdadera de la pleuresía es preciso hacer casi abstracción de cuanto dijeron los antiguos y no remontarse mas allá de Laennec.

Desde esta última época se han publicado un gran número de trabajos sumamente importantes, y las investigaciones de Trousseau, Behier, Andral, Louis, Stokes, Heyfelder, Hirtz, Barth, Gueneau de Mussy, Pidoux, Marcowitz, etc., han venido á ilustrar los puntos que habian podido quedar oscuros: se han hecho trabajos particulares acerca de la pleuresía de los niños. No obstante, es sumamente notable que no se haya hecho acerca de la pleuresía, enfermedad que ofrece tan grande interés, ninguno de esos trabajos fundados en la observación y en la análisis, de que han sido objeto en estos últimos tiempos la pulmonía, la tisis, la fiebre tifoidea, etc.

Se divide comunmente la pleuresía en *aguda y crónica*, y esta es una división capital que es necesario no abandonar. Se ha dividido tambien en *pleuresía seca y pleuresía con derrame*, cuyas dos especies ofrecen interés con respecto á los signos diagnósticos, y así tendremos que hacer mención de ellas mas adelante. Relativamente á la naturaleza del derrame, se ha indicado la *pleuresía hemorrágica*, que produce un derrame de serosidad mas ó menos sanguinolenta; pero este no es mas que un accidente ligero y sin importancia. Se han establecido tambien numerosas divisiones segun el asiento de la enfermedad, y así se han descrito la *pleuresía doble*, y las *pleuresías parciales*, divididas en *costo-pulmonar, diafragmática, mediastínica é interlobular*. Finalmente, en cuanto á la falta ó existencia de la expectoración, se ha querido distinguir la *pleuresía seca* de la *húmeda*, y hasta Chomel ha indicado otra especie que llevaria el nombre de *pleuresía purulenta*, y en la cual se efectúa la salida del pus por expectoración, á consecuencia de una perforación del pulmon de fuera á dentro.

De todas las anteriores divisiones solo conservaremos la que distingue la pleuresía en *aguda y crónica*, pues las demás especies tendrán

la indicación que les conviene en la descripción de estas dos especies principales.

## § I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La pleuresía aguda es una inflamación de la pléura que recorre rápidamente sus periodos.

Se ha designado á esta afección con los nombres de *pleuritis, hidrotórax, piotórax, empiema*, y se la ha designado tambien con el de *fluxión de pecho*, lo mismo que á la pulmonía; en la actualidad está generalmente admitido el nombre de *pleuresía*.

La *gran frecuencia* de la pleuresía es un hecho innegable, al que ha dado recientemente Barth (1) una nueva precisión por su observación, pues ha hallado que en el orden de frecuencia la pleuresía ocupa el quinto lugar entre las afecciones agudas, y se coloca despues de la pulmonía, la fiebre tifoidea, la bronquitis y las anginas. En los hechos de toda especie que ha reunido, las pleuresías forman un poco menos de la vigésima parte del número total, y hace notar que esta proporción se elevaria mucho si se colocasen en los casos de pleuresía todos aquellos en que se hallan vestigios de esta afección, porque hay pocas autopsias en que no se encuentren indicios de ella antiguos ó recientes.

## § II.—Causas.

*Distribución geográfica.* La geografía médica de la pleuresía, es casi igual á la de la pulmonía, encontrándose principalmente en las regiones frias y sobre las altas montañas. Lombard cree que la rarefacción del aire favorece el desplegamiento de las serosas y su separación produce congestiones hácia estos órganos y de aquí su inflamación y la abundante secreción que llena sus cavidades. Esta opinión se apoya por las observaciones hechas en los obreros que trabajan en medio de un aire comprimido.

Estos están sujetos á congestiones pulmonales, á bronco-neumonías (2), y á derrames pleuríticos (3); estos accidentes deben temerse cuando los obreros salen del recinto en que permanecian pasando á otra presión relativamente mas débil. En Islandia (4) la pleuresía se presenta en mayor número que la pulmonía. Esta última afección presenta solamente 1,5 por 100, elevándose la cifra en la primera á 1,6. Además, la pulmonía es mucho mas mortífera que la pleuresía. Esta

(1) Barth, véase Chomel, *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURESIE.

(2) Lombard, *Dictionnaire de médecine*, Paris, 1842, t. XXV, art. PLEURESIE.

(3) Francois, *Effets de l'air comprimé sur les ouvriers travaillant dans les caissons servant de base aux piles du pont du grand Rhin*. (*Annales d'hygiène*, 1860, t. XIV, p. 309).

(4) Boudin, *Geographie médicale*, 1857, t. II, p. 258.

es casi desconocida en los países cálidos; pero puede producir muchas víctimas asociándose al elemento palúdico.

#### 1.º Causas predisponentes.

*Edad.* Es una opinión muy antigua que la pleuresía es rara en los niños, hecho que ya había indicado Areteo (1). Mas tarde Triller (2) y Morgagni (3) emitieron la misma asercion; pero mas recientemente Billard, Rilliet y Barthez, y sobre todo C. Baron (4), han sostenido que la pleuresía es casi tan frecuente en el niño como en el adulto. Creo que esta divergencia de opiniones depende en gran parte de que generalmente se ha descuidado el establecer una distincion entre los tres períodos de la infancia. Si examinamos por separado los niños recién nacidos, los de dos á siete años y los que ya pasan de esta edad, hallamos primero que en los recién nacidos es mucho mas rara la pleuresía que en una edad adelantada, hecho que ya me habían demostrado mis investigaciones (5), así como las numerosas autopsias que han hecho Lediberder y Vernois, y que han venido á confirmar la memoria de Baron; porque en los niños menores de un año ha hallado la proporcion tan solo de una duodécima parte, al paso que en los sujetos de mas edad ha hallado la pleuresía en las cuatro quintas partes de los casos. Pasado el primer año ha notado que aumenta mucho la frecuencia de la pleuresía hasta los cuatro ó cinco años, para disminuir despues hasta los quince.

En seguida parece que aumenta notablemente esta frecuencia segun que se avanza hácia la edad adulta, y por el contrario, en la vejez se hace esta enfermedad sumamente rara. Solo la he observado una vez durante dos inviernos en la Salitreria, y Hourmann y Dechambre (6) que se han ocupado mucho de la pulmonia de los ancianos, no dicen ni una palabra de la pleuresía.

Esta afeccion es notablemente mas frecuente en el hombre que en la mujer: de treinta y seis observaciones que he reunido por casualidad, hallo treinta y un sujetos del *sexo* masculino y cinco del femenino. Sin embargo, es licito creer, visto el corto número de los últimos, que la diferencia proporcional no debe ser tan considerable. Nada sabemos de positivo en cuanto á la *constitucion*.

Los *tuberculosos* tienen gran propension á contraer la pleuresía, como lo demuestran el gran número de falsas membranas de la pléura que en ellos se encuentran; pero por lo comun son pleuresías parcia-

(1) Areteo, *De sig. et caus. acut. morb.: De pleur.*

(2) Triller, *Obs. sur la pleur.*, 1740.

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XX.

(4) Ch. Baron, *De la pleurésie dans l'enf.*, tésis, París, 1844.

(5) Valleix, *Cliniq. des enfans nouveau-nés*, París, 1838, en 8.º, p. 498.

(6) Hourmann y Dechambre, *Rech. pour servir á l'hist.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VIII, IX y XII).

les. Se ha citado como una predisposicion de la pleuresía la existencia del *reumatismo articular*, y sobre todo del reumatismo articular agudo, hecho que ya había notado Chomel, y en el que ha insistido mas particularmente Bouillaud (1). Tambien pueden dar origen á una pleuresía no menos intensa las lesiones orgánicas del pulmon inmediatas á la pléura, tal como la *gangrena*, la *apoplejía pulmonar*, la *melanosis*, etc.

#### 2.º Causas ocasionales.

Entre las causas ocasionales la primera que debe llamar nuestra atencion, es la *accion del frio* sobre el cuerpo acalorado ó sudando. Bouillaud ha insistido mucho acerca de esta causa, que segun él obra por lo menos en las dos terceras partes de los casos. Si respecto á este punto consultamos las observaciones que he reunido, hallaremos que solo hay catorce entre treinta y ocho en las cuales se indique un enfriamiento como causa de la enfermedad, y aun no en todos estos casos se debe considerar como demostrada la existencia de esta causa, pues en el mayor número no tenemos mas prueba que una simple asercion del enfermo, inclinado naturalmente, como ya sabemos, á atribuir á un enfriamiento, todas las enfermedades del pecho. El enfriamiento ha dependido unas veces de *haberse espuesto á una corriente de aire*; otras de la *inmersion en el agua*; algunas de *haber pasado de un sitio muy caliente á otro muy frio*, y en varias por la *ingestion de bebidas muy frias*; en una palabra, por todos los modos de aplicacion del frio, tanto interior como exteriormente.

Segun Laennec tiene mas influencia el *frio continuado* que el que se aplica de pronto á la superficie del cuerpo.

Algunos enfermos, cuya historia he referido, han atribuido su enfermedad á un *gran cansancio* al mismo tiempo que al frio; otro ha sido acometido de una pleuresía poco tiempo despues de haber recibido una *caida* sobre un lado del pecho, y dos han experimentado de pronto dolores agudos en un punto del tórax, con desarrollo rápido de los demás sintomas de la pleuresía, al *ir á levantar un fardo*. En estos últimos es la enfermedad simple, ó solo tiene algunos tubérculos pequeños en la superficie del pulmon que se rompen, dando origen á todos los accidentes.

Los *flemones* de las paredes del pecho, los absesos colocados fuera de las pléuras, las inflamaciones traumáticas á consecuencia de operaciones quirúrgicas, son causas ocasionales de pleuresía indicadas por algunos autores, especialmente por Broca (2) en su tésis inaugural.

Las *perforaciones del pulmon* que resultan de enfermedades sumamente diferentes, producen una pleuresía intensa; pero esta es una

(1) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, París, 1840, en 8.º.

(2) Broca, *Mem. sur la pleurésie secondaire, consecutive aux inflammations du sein et de l'aisselle*. (*Arch. gén. de méd.*, 1850, t. XXII, p. 385).

causa de que ya hemos hecho mencion. Por último, hay cierto número de enfermos en los cuales es imposible descubrir ninguna causa.

### § III.—Síntomas.

Solo nos ocuparemos primero de la pleuresía general, que es la mas comun, y en seguida indicaremos rápidamente lo que presenta de mas notable cada una de las pleuresías parciales.

*Invasion.* Varía la invasion de la pleuresía. En general experimenta el enfermo durante algunos dias un malestar mas ó menos considerable, inapetencia, una sensibilidad mas marcada á la impresion del frio, y algo de debilidad. Los enfermos no hacen caso por lo comun de estos primeros síntomas, y es preciso interrogarles con cuidado para poder comprobar su existencia. A veces la enfermedad invade de un modo mas repentino, y en pocas horas pasa el enfermo de la salud mas completa á un estado muy grave de enfermedad. Finalmente, dice Chomel (1) que en corto número de casos precede por algunos dias á la invasion un estado no habitual de fuerza, de que el enfermo se admira y se felicita. Hay todavía otro modo de invadir la enfermedad, que importa aun mas que sea tomado en consideracion. Algunas veces, y Louis ha observado dos ejemplos notables, se manifiesta un dolor vivo, sin que ni la percusion ni la auscultacion nos den ningun signo en parte alguna del pecho, por lo que nos inclinamos á creer que la enfermedad no es mas que una simple pleurodinia; pero el sonido á macizo y los demás signos de la pleuresía que aparecen uno ó dos dias despues, dán á conocer que la afeccion que se tiene á la vista es una verdadera pleuresía.

Por lo demás, haya ó no un malestar precursor, en casi todos los casos uno ó varios escalofrios mas ó menos intensos anuncian que se presenta la enfermedad: en efecto, poco despues se manifiesta el dolor pleurítico, al que no tardan en seguir los demás síntomas que vamos á describir.

*Síntomas.* Despues del *escalofrio de invasion* no se hace esperar mucho tiempo el *dolor*, que es el que abre la marcha de los síntomas locales, y á veces hasta aparecen uno y otro al mismo tiempo. Es muy raro que falte este síntoma, y de los cuarenta y seis casos que he reunido, solo en seis ha dejado de presentarse. Este dolor, que ha recibido el nombre de *punta de costado ó punto pleurítico*, aparece por lo comun debajo de una de las dos tetillas, y así de treinta y cuatro casos en que se hace mencion del sitio del dolor, veintisiete veces ha estado limitado por debajo de una de las tetillas ó de ambas á la vez; en dos sugetos residia en la parte posterior é inferior del pecho, en ambos lados, y en otro caso ocupaba toda la estension del lado derecho. En las demás observaciones solo se hace mencion del lado en que residia.

(1) Chomel, *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURESIE.

Si queremos ahora especificar mas, hallamos que el dolor tiene su asiento con poca mas frecuencia debajo la tetilla derecha que debajo de la izquierda (quince veces á la derecha y diez á la izquierda).

Este dolor, que casi siempre es agudo y algunas veces sumamente violento, adquiere muy pronto su mas alto grado de intensidad, y despues de haber permanecido en este grado un espacio de tiempo variable, disminuye á medida que van progresando los signos físicos. En un caso que tenemos á la vista ha presentado un carácter muy particular, pues se presentaba y desaparecia repetidas veces. En algunos casos solo experimentan los enfermos la sensacion de un *peso* en uno de los lados del pecho, ó una *constriccion* mas ó menos fuerte; pero por lo comun el dolor es agudo, pungitivo, parecido á una punzada que atravesase el pecho de parte á parte. Cuando llega á cierto grado de agudeza, aumenta casi siempre por los grandes movimientos del tronco, por la presion sobre las paredes del tórax, por la percusion, y sobre todo por la tos y las grandes inspiraciones. Este síntoma tiene á veces tal intensidad que llega á causar el insomnio.

En seguida no tarda en presentarse la *tos*, que rara vez falta, aun cuando parece que solo está ligada indirectamente á la afeccion de la pléura. Es poco frecuente en el mayor número de casos, pero en algunos lo es bastante para llegar á ser sumamente incómoda. Ordinariamente es una tosecilla seca, á veces como convulsiva. La *espectoracion* falta muy á menudo, pues de treinta y tres casos en que se ha notado este síntoma, no ha habido espectoracion en veinte, y cuando existe, los esputos son por lo comun puramente mucosos como los del catarro pulmonar y rara vez sanguinolentos. Resulta pues que la tos y la espectoracion de la pleuresía no se parecen en nada á la tos y la espectoracion de la pulmonía.

Al mismo tiempo aparece una *dificultad de respirar* mas ó menos considerable, y por lo comun las inspiraciones son cortas, entrecortadas y como abortadas. En un principio esta dificultad de respirar depende principalmente del dolor. Mas tarde la compresion del pulmon y la imposibilidad de dilatarse hacen incompleta la respiracion y precipitan sus movimientos. Sin embargo, luego que han desaparecido todos estos síntomas agudos, y que solo queda un derrame mas ó menos abundante, sin dolor y sin calentura, no es muy raro hallar enfermos que parece que respiran con facilidad, aun entregándose á cierto ejercicio. Casi nunca se han contado en las observaciones el número de inspiraciones, y solo se ha notado que la respiracion era mas ó menos acelerada.

La *voz* no está alterada, pero en las pleuresías muy agudas es á veces entrecortada, á causa de la dificultad de respirar.

Se ha estudiado muy particularmente el *decúbito* en las enfermedades de la pléura, y habiendo observado algunos casos en que los enfermos se acostaban con preferencia del lado afectado, se ha explicado esta preferencia por la dificultad que debia ocasionar en la respi-

racion la presion de las costillas sobre la cama y por consecuencia el obstáculo que hallaria para dilatarse el lado sano. De los casos de pleuresia aguda que hemos reunido, resulta que los enfermos se echaban con tanta frecuencia del lado afectado como del sano, que por lo comun les era indiferente el decúbito, y que en casi la mitad de los casos, esto es, diez y seis veces entre treinta y cinco, en que se hace mención del decúbito, los sugetos guardaron la posicion supina, porque hallaban tanta dificultad en permanecer echados del lado enfermo como del sano. Un corto número de individuos (cuatro) por tener una grande dificultad de respirar, se han visto precisados á permanecer sentados ó incorporados en la cama, lo cual ha sucedido principalmente cuando estaban afectados los dos lados, ó cuando habiendo marchado la pleuresia con mucha rapidez, el líquido llena en pocos instantes la cavidad de la pléura. Puede suceder tambien que á cierta época de la enfermedad cambie el decúbito, y así se ven enfermos que al principio se echaban sobre uno de los lados, y despues tienen precision de guardar la posicion supina, y otros que despues de haber permanecido por mas ó menos tiempo en esta última posicion, tienen que incorporarse en la cama á consecuencia de los progresos del derrame y de la opresion; por último, hay algunos que no pudiendo primero echarse del lado enfermo, á causa del dolor, luego se acuestan de él con preferencia cuando el derrame ha llegado á ser abundante y el dolor ha desaparecido. Resulta pues, que este signo es muy variable, y que por lo mismo no se le debe dar gran valor.

La dilatacion del pecho á consecuencia del derrame es un hecho demostrado desde muy antiguo y del que no ha dejado de hacer mención Laennec; pero en estos últimos tiempos Woillez (1) ha hecho investigaciones mucho mas precisas respecto á este particular. Este autor ha hallado que en los primeros tiempos no hay dilatacion, porque el derrame se limita á empujar el pulmon; que en una época mas avanzada, obrando la acumulacion del liquido sobre las paredes del tórax, hay dilatacion manifiesta del lado enfermo y se borran los espacios intercostales, y finalmente, que despues de la reabsorcion del derrame volvia el pecho á reducirse. Por lo comun es muy difícil reconocer esta dilatacion del pecho por la simple inspeccion, pero la medicion metódica ayuda entonces al observador.

Woillez ha ideado un instrumento destinado á conocer el aumento ó disminucion de la circunferencia del tórax y especialmente las deformaciones que puede sufrir en la pleuresia (2). El instrumento, poco mas difícil de aplicar que una simple cinta graduada, indica: 1.º la estension del contorno circular ó *perimetro* del pecho; 2.º sus diferentes *diámetros*; 3.º la forma, trazada en un papel de su *curva circular*. Woillez le denomina *cirtómetro*. Es una especie de cinta metálica

(1) Woillez, *Rech. sur l'insp. et la mens de la poitrine*, Paris, 1838, en 8.º, p. 433.

(2) Woillez, *Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie* (*Recueil des travaux de la Société médicale*, Enero, 1857, p. 4.

pero compuesta de piezas de madera articuladas á doble frotamiento. Conserva la incurvacion que le dán las paredes torácicas. Puede llevarse luego sobre un papel y trazar la configuracion de la línea semicircular que ha adquirido. Este instrumento debe presentar la forma del pecho al finalizar la *espiracion*.

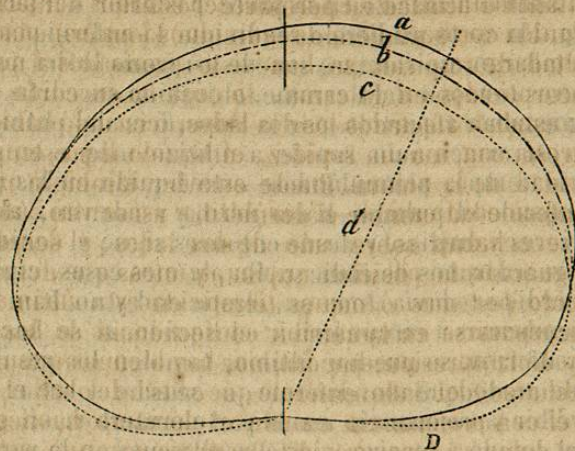


Fig. 26. Curvas torácicas durante el periodo de incremento de la pleuresia.—a. Desarrollo extremo á consecuencia del derrame.—b. Desarrollo medio.—c. Estado normal.—D. Lado derecho (Woillez).

De este modo pueden observarse los desarrollos graduales que producen en el pecho por un derrame pleurítico. Se pueden medir los diámetros vértebro-esternales y vértebro-mamarios no fijándose tanto en el contorno circular que no demostrará nada al observador.

Considerado como simple instrumento de mensuración del contorno circular del pecho no presenta el cirtómetro mas ventajas que la cinta graduada; pero tiene otras ventajas, puesto que puede hacer apreciar las elevaciones y depresiones y sobre todo indicar los cambios de diámetro.

Esta última aplicacion es interesante. En efecto, como el pecho es oval puede acumularse líquido en uno de sus lados sin que se aumente la circunferencia; pero entonces tiende á hacerse cilíndrico, lo que demuestra bien el cirtómetro. Entonces aumentan los diámetros mas cortos como los diámetros *vértebro-esternal* y *vértebro-mamario*. La exageracion ó disminucion de estas formas normales indican evidentemente el progreso ó la disminucion de los derrames pleuríticos. Volveremos á ocuparnos de este instrumento al hablar de la pleuresia crónica.

Por la *percusion* se nota en el lado afectado y en una estension variable, un sonido á macizo mas ó menos completo, segun la abundancia del derrame; sin embargo, no es necesario que sea mucha la cantidad de liquido que se interponga entre las paredes torácicas y el pulmon para dar un sonido á macizo muy considerable. Además, el dedo que percute percibe una falta mas ó menos absoluta de elasticidad muy notable, especialmente en los grandes derrames. Al principio se percibe el sonido á macizo en la parte posterior é inferior del pecho, y en seguida va ascendiendo segun que la enfermedad hace progresos; sin embargo, no siempre sucede así como lo ha notado Hirtz. En los primeros tiempos del derrame, el liquido en corta cantidad se halla uniformemente repartido por la superficie del pulmon, al cual rodea dando así origen á un sonido á macizo muy estenso; pero al cabo de cierto tiempo, acumulándose este liquido en las partes inferiores y empujando el pulmon hácia arriba y adentro, abandona las partes superiores y medias, y desde entonces sigue el sonido á macizo la marcha que acabamos de indicar. En algunos casos, cuando el pulmon no ha perdido todavía toda su elasticidad y no han venido aun las falsas membranas á circunscribir el liquido, si se hace variar la posicion del enfermo, se pueden cambiar tambien los resultados de la percusion; de modo que mandándole que se eche sobre el vientre, se vuelve á percibir la resonancia en la parte posterior, en el punto en que existia el sonido á macizo, y este se presenta en la parte anterior.

En los casos de derrames abundantes es á veces posible percibir la fluctuacion del liquido contenido en el pecho, aunque la pléura no esté perforada, ni el liquido llegue hasta la piel. Trousseau (1) le ha percibido poniendo un dedo de plano en un espacio intercostal y percutiendo un punto opuesto. La sensacion espermentada, dice, se distingue de la fluctuacion torácica, porque en esta hay una vibracion en masa, mientras que aplicando la cara palmar de un dedo indicador en un espacio intercostal se percibe la sensacion de una oleada de liquido.

Notta (2) ha observado un fenómeno particular en dos casos interesantes de pleuresía que acaba de publicar. En un espacio circunscrito, situado en la parte anterior del pecho, ha percibido un *sonido muy claro*, hidroaéreo y estomacal, que contrastaba con el sonido á macizo que producía el derrame en todos los demás puntos, cuyo sonido atribuye á haber sido empujada la parte sana del pulmon hácia la pared anterior del pecho.

Anteriormente (3) Williams indicó el primero la existencia de un sonido timpánico en ciertos casos de pleuresía, pero la aplicacion que

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel Dieu*, 2.<sup>a</sup> ed., 1865, t. I, p. 618.

(2) Notta, *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique) dans le cours des épanchements pleurétiques*. (*Arch. gén. de méd.*, 4.<sup>a</sup> série, t. XXII, abril de 1850.)

(3) Jaccoud, *Notas á las Leçons de clinique medicale de Graves*, 1862, t. II, p. 413.

daba no era admisible como interpretacion general. Skoda habia notado el mismo fenómeno. H. Roger propone las conclusiones siguientes:

1.<sup>o</sup> Una capa líquida de algunos milímetros y aun de un centímetro de espesor interpuesto entre el pulmon y la pared pectoral, no disminuye sensiblemente la resonancia del pecho. Las modificaciones de sonido dependerán esclusivamente en este caso del estado material del pulmon ó de la pared torácica correspondiente. Las pseudo-membranas aunque sean espesas no disminuyen la sonoridad del tórax á no ser que contengan en su interior concreciones ósteo-calcáreas.

2.<sup>o</sup> En los derrames pleuríticos, un descenso de nivel de la macidez indicada por la percusion puede proceder de una reduccion en el volúmen del pulmon ó un aumento de la cavidad pleurítica por separacion de las costillas ó depresion del diafragma sin que siempre exista una disminucion real del liquido (Heri Roger) (1).

*Auscultacion.* Segun Laennec la *ausencia ó disminucion del ruido respiratorio* son signos constantes de un derrame; pero ya Andral (2), J. Cruveilhier, Chomel, Beau, etc., habian citado casos que demostraban que la *respiracion bronquial* podia existir en la pleuresía, y Netter (3) refiere cierto número en los cuales se escuchaba esta respiracion bronquial, comunmente muy fuerte en toda la estension del derrame al mismo tiempo que era este muy considerable. Monneret estableció en principio que la respiracion bronquial se percibe siempre en la pleuresía, á veces limitada á una pequeña estension, en la parte superior del liquido y en un punto próximo á la columna vertebral; otras veces es general. Hemos demostrado la exactitud de estos hechos y recientemente hemos visto derrames enormes en los que era necesaria la toracentesis que ofrecian una respiracion bronquial de las mas fuertes en toda la estension del derrame. La respiracion tiene un *timbre argentino* mas fino que el de la pulmonía (Netter), se percibe *mas lejano del oido* y sobre todo mas bajo. Barth y Roger la han encontrado de este modo y dicen que es *agrió*. La ausencia de la respiracion es el carácter mas general de la pleuresía (Barth y Roger). De 26 individuos se han encontrado 17 que no presentaban indicios de ruido respiratorio. Esta diferencia se aplica por la circunstancia de haber dejado respirar libremente á los enfermos, mientras que otros observadores les recomendaban respirar deprisa y un poco fuerte. Un medio escelente para reconocer estos datos es *taparse el oido que no ausculta*.

Thibierge (4) refiere muchas observaciones que apoyan las consideraciones precedentes.

(1) Roger, *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percusion*. (*Arch. gen. de med.* Julio, 1852.)

(2) Andral, *Clinique medicale*.

(3) Netter, *Gazette medicale*, 1843.

(4) Thibierge, *Memoire sur les modifications du bruit respiratoire, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, marzo, 1852.)