

En un gran número de casos hay en la pleuresía una respiracion bronquial de caracteres particulares que puede llamarse *broncopleurítica*.

La respiracion puede ser no solo bronquial sino tambien *cavernosa* y *anfórica* (Monneret, Barthez) (1). Se encuentran algunos sugetos que presentan estos signos en un punto diverso del pecho. Unas veces debajo de la clavícula, otras en la fosa sub-espínosa, y algunas veces en un punto inferior. Hemos visto dos enfermos que estaban en este caso. En uno, en el que practicamos la toracentesis, habia primero respiracion cavernosa debajo de la clavícula, y despues en las fosas supra é infra-espínosas, quedando solo luego despues la respiracion bronco-pleurítica. En el otro la respiracion cavernosa existia solamente bajo la clavícula. Estos hechos son mas concluyentes. La respiracion no es exactamente anfórica, como dice Barthez, sino cavernosa y anfórica (Barth). No creemos que pertenezca á una obra esencialmente práctica el entrar en la esplicacion teórica de estos hechos. Se leerán con este objeto los importantes trabajos especiales de auscultacion y el excelente artículo de Luton (2).

Auscultacion de la voz. La *egofonía* tal como la describe Laennec es un signo precioso en esta afección; es una voz temblona, chillona, parecida algun tanto al *balido de la cabra*, que se percibe en algunos puntos ocupados por el derrame.

Sitio de la egofonía. Segun Laennec, la egofonía solo se produce al través de una capa delgada de líquido que hace ondular las vibraciones de la voz. Si se aplica sobre el pecho de un sugeto cuya voz es clara y vibrante, una vejiga conteniendo cierta cantidad de agua, y colocando sobre el etoscopio y auscultando á la par que el sugeto habla se percibe la egofonía. Se ha demostrado que las conclusiones de Laennec, basadas sobre un solo experimento, eran muy absolutas. La ciencia posee, sin embargo, gran número de casos en los que se manifestaba la egofonía en toda la estension del derrame, aunque este sea muy considerable. Hemos observado que en todos los derrames pleuríticos la egofonía se manifiesta en toda su estension, cualquiera que sea su duracion y la cantidad del líquido. Basta auscultar con cuidado tapándose el oído que no está aplicado al pecho. La egofonía es en general mas intensa y próxima al oído en la parte superior, solo porque es mas lejano el sitio de la produccion á medida que se desciende. Pero en ningun punto pierde sus caracteres y solo disminuye por la intensidad del sonido. En algunos casos, como en la respiracion bronquial, existe en todos puntos la misma intensidad. No debe creerse

(1) Barthez, *Séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris* y *Memoires sur quelques phénomènes stéthoscopiques*, etc. (*Archives générales de médecine*, marzo, 1853).—Véase tambien Behier, *Note sur un souffle anphorique observé dans deux cas de pleuresie purulente*. (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

(2) A. Luton, *Auscultation de l'appareil respiratoire*. (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1866, t. IV, p. 125).

que está en relacion con la fuerza de esta última porque la hemos percibido distintamente, aun en los casos en que la respiracion bronquial no existia y habia un silencio completo.

Esta última observacion combate el modo de ver de Skoda, que solo considera la egofonía como una broncofonía débil (1). Cree este observador que este fenómeno se produce por el choque de un cuerpo sólido, líquido ó gaseoso; es decir, que las paredes de los tubos bronquiales, en cuyo interior entra el aire en resonancia, obran por choques sobre el aire contenido en su interior, dando por consecuencia lugar á la egofonía. Wintrich (2) solo ve en la egofonía una voz nasal modificada por las interrupciones completas y rápidas de la propagacion de los sonidos vocales, como las producidas por el contacto intermitente de las superficies vibrantes dentro del conducto aéreo.

No solamente existe la egofonía en un principio, sino que la voz puede tomar el carácter de *pectoriloquia*. Barthez ha citado casos en los que este signo ha existido en diversos puntos del pecho, y especialmente bajo la clavícula. Hemos visto muchos ejemplos y no puede esplicarse este hecho por la presencia de una caverna ó de una induracion del pulmon, puesto que este autor ha encontrado el pulmon perfectamente sano en un sugeto que sucumbió. En la visita de Louis murió un individuo igualmente esento de tubérculos, aunque presentaba la respiracion cavernosa, pectoriloquia y gorgoteo, y en dos enfermos que tenemos á la vista el derrame se disipó y la voz se hizo natural como la respiracion.

La voz *branco-pleurofónica*, que bien puede dársele este nombre mejor que el de *egofonía*, puesto que no siempre remeda el balido de la cabra, es mas manifiesto que la broncofonía de la pulmonía, es mas agudo, como un poco gangoso á veces y no se termina por zumbido.

Este último hecho ha fijado la atencion de Oulmont, que ha creído ver exactamente que esta voz *salía mas directamente del pecho*, y que es mas clara que la broncofonía propiamente dicha, y que ha podido en un caso difícil diagnosticar un derrame pleurítico, cuando médicos muy notables no pudieron decidirse entre una pleuresía y una pulmonía.

Otro fenómeno importante es la *ausencia completa ó casi completa de las vibraciones torácicas* en los puntos ocupados por el derrame. Ya Reynaud habia observado este signo y Andral habia comprobado los hechos. Si se aplica alternativamente la mano sobre el lado sano y el ocupado por el derrame, se sienten en el primero fuertes vibraciones ú *ondulaciones*, segun la espresion de Monneret (3), mientras que en el segundo son nulas ó casi nulas. Se comprenderá la trasmision mas

(1) Luton, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, 1866, t. IV.

(2) M. A. Wintrich, *Krankheiten der respirationsorgane* (*Virchow's Handbuch der speciellen pathologie und therapie*, Ban V. Erlangen, 1855).

(3) Monneret, *Recherches sur les ondulations thoraciques* (*Revue. med. chir.*)

directa y la falta de zumbido de la voz bronco-pleurofónica porque estos caracteres dependen de la falta de vibraciones en la pared pectoral sobre la que se aplica el oído.

Segun Battersby (1), los signos mas importantes en la *pleuresía de la infancia* son: la respiracion bronquial, la debilidad del ruido respiratorio y el sonido á macizo, y halló mucho menos constantes la afonía y el rozamiento pleurítico. Ch. Baron (2) habia llegado ya á obtener casi los mismos resultados.

Al mismo tiempo que se desarrollan estos síntomas locales se presenta una *ansiedad* mas ó menos marcada en un gran número de casos, y sobreviene la *calentura*. El *calor de la piel*, la *frecuencia de pulso*, de que es imposible dar una idea exacta, si se atiende á las observaciones, la anorexia, la sed, y en un principio un poco de cefalalgia, constituyen los síntomas generales, que son mucho menos violentos que los de la pulmonía. Hay algunos sugetos que apenas presentan una ligera frecuencia de pulso y que no se creerian enfermos si no tuviesen una dificultad mayor ó menor de respirar. En general es tanto mas intensa la calentura cuanto mas violento es el dolor de pecho y mayor es la rapidez con que marcha la enfermedad.

Varietades. En cuanto á su asiento se dividen las *pleuresías parciales* en diafragmáticas, mediastínicas, costo-pulmonares ó interlobulares, segun el punto que ocupan.

La *pleuresía costo-pulmonar* no presenta mas de notable que su estension limitada por falsas membranas en un punto circunscrito de las paredes torácicas. Se han observado algunas de estas *pleuresías parciales* limitadas á la parte media del pecho y algunas á la inferior, de lo cual cita Andral (3) algunos ejemplos.

En otros casos la *pleuresía* solo ocupa la corta estension de la membrana que cubre la base del pulmon por una parte y la cara superior del diafragma por la otra, y entonces toma el nombre de *pleuresía diafragmática*.

Segun Noël Gueneau de Mussy (4), la invasion es brusca, violenta, marcada por lo general con un escalofrío; la respiracion es anhelosa, precipitada y la disnea extrema; se presentan hipo y náuseas ó vómitos. Ciertos puntos del cuerpo están muy dolorosos: uno muy importante se presenta con mucha exactitud en la interseccion de dos líneas, de la que una sea la continuacion de la parte ósea de la décima costilla, siendo la otra la prolongacion del borde esterno del esternon. Otro punto descrito por este observador es la parte posterior del último espacio intercostal. Otro punto doloroso muy apreciable á la presión, se

(1) Battersby, *Obs. de pleur. et de empyéme chez les enfans*; Dublin, Quat. Journ. et med. sc., 1847.

(2) Ch. Baron, *De la pleurésie dans l'enfance*, tésis, París, 1841.

(3) Andral, *Clínica médica*, París, 1840, t. IV.

(4) Noël Gueneau de Mussy, *Etudes sur la pleuresie diaphragmatique*. (Arch. gén. de méd., 1853, t. II, p. 273).

presenta entre las dos inserciones del esterno-cleido-mastoideo. Por último, existen dolores simpáticos hácia el hombro del lado enfermo. La respiracion es esclusivamente costal; la risa sardónica indicada por los autores, se ha encontrado solo una vez por Gueneau de Mussy. Esta forma de *pleuresía* es grave; Andral ha observado cinco veces la muerte; Gueneau de Mussy tres veces.

La *pleuresía mediastínica* casi siempre es complicada y depende casi constantemente de una rotura del pulmon. En cuanto á la *interlobular* es sumamente rara, y Andral cita tan solo un caso de ella en un sugeto tuberculoso. Algunas veces se han tomado por absesos del pulmon las acumulaciones de pus que se forman en las cisuras interlobulares, error que se evitará examinando con atencion el sitio que ocupan.

Cuando esta enfermedad no está acompañada de derrame, se le ha dado el nombre de *pleuresía seca*, que tiene como carácter particular el *ruido de frotacion pleurítica*, cuyo ruido que se percibe en cierto número de casos de *pleuresía* ordinaria cuando se puede auscultar los enfermos antes que se forme el derrame, persiste durante todo el curso de la afeccion en algunos casos raros, y consiste en un ruido seco, que se oye durante la inspiracion y en la espiracion, y se parece al que producirian dos cuerpos ásperos rozando uno con otro.

La *pleuresía doble* es sumamente rara, á lo menos al principio en los casos no complicados. Entonces se manifiestan los signos en ambos lados del pecho, y estando comprimidos los dos pulmones, resulta una disnea y una ansiedad mucho mayores.

Modificaciones de los signos fisicos en el curso de la enfermedad. Hasta ahora casi tan solo he considerado los síntomas en el periodo de incremento de la enfermedad, pero en una época mas ó menos adelantada se efectúan cambios notables. El dolor se mitiga, se calma la respiracion á no ser que el derrame no haga progresos muy rápidos, y la calentura disminuye ó desaparece completamente. Por algun tiempo permanecen los enfermos en este estado, y en seguida, si la enfermedad ha de terminar por la curacion, empieza á disminuir el sonido macizo en las partes superiores, el murmullo respiratorio se va acercando al oído, y es al principio áspero y se hace de cada vez mas suave hasta llegar á su estado normal. Estas modificaciones se efectúan poco á poco y de arriba abajo hasta que al fin alcanzan á toda la estension del pulmon: sin embargo, es muy raro que el ruido respiratorio recobre su intensidad primitiva hasta despues de que haya pasado bastante tiempo, lo cual depende de las falsas membranas que se interponen entre este murmullo y el oído, y así es que su disminucion de intensidad es mucho mas notable en la parte inferior donde son mas gruesas estas falsas membranas.

Un fenómeno que todavia se percibe despues de haber desaparecido el derrame, es el *ruido de frotacion* que ha existido en casi todas las observaciones de Bouillaud, lo cual depende de que reabsorviéndo-

se el líquido deja en contacto dos superficies cubiertas de falsas membranas rugosas, que al menor movimiento producen el ruido seco de que estamos hablando.

Maingault (1) cita un caso observado en la visita de Requin, en el que el ruido de frote era comparable á una crepitacion producida por fragmentos óseos. Se percibía por la aplicacion de la mano, tambien como por la auscultacion, notándose por el observador y el mismo enfermo. El mismo enfermo tuvo una pleuresía seis años antes.

Otro ruido aparece á veces al fin de las pleuresías, y sobre todo de las limitadas que acompañan á la pulmonía, y que no ha llamado bastante la atencion de los autores: este ruido consiste en un *estertor húmedo*, muy próximo al oído, y mucho mas fino que el estertor subcrepitante ordinario. Se explica perfectamente la existencia de este estertor por la frotacion, la tirantez y la presion de las falsas membranas húmedas, porque este ruido se asemeja al que se obtiene comprimiendo entre los dedos una esponja muy fina ligeramente empapada en agua.

Los ruidos de frote son tan variados en sus manifestaciones, que con frecuencia se confunden con los ruidos producidos en el interior de los bronquios ó en las vesículas pulmonales. Así mientras J. Arnould (2) refiere á la pleuresía los fenómenos estetoscópicos del principio de la tisis, Trousseau atribuye al pulmón la mayoría de los fenómenos acústicos que los autores localizan en las pléuras (3): el ruido de frote no es para él sino un ruido de soplo y la crepitacion fina de los últimos períodos de la pleuresía un verdadero *estertor crepitante* de retroceso, debido á una exudacion serosa en las vesículas pulmonales. En nuestra opinion la interpretacion de Valleix es la verdadera, y el profesor del Hotel-Dieu se encuentra en un error al negar los ruidos pleuríticos.

En algunos casos raros que ha indicado Trousseau (4) es notable la enfermedad por la debilidad del enfermo y la pequeñez del pulso. Este autor ha observado varios casos de este género que *han terminado por la muerte*, y ha citado otros recogidos por prácticos hábiles, por lo que se ha decidido á hacer la paracentesis del tórax, operacion de que hablaré mas adelante.

Ya hemos dado á conocer algunas de las complicaciones de la pleuresía (5), las demás se irán presentando en otros artículos.

(1) Maingault, *Societe medicale des hopitaux*, sesion del 27 de agosto 1851. (*Union medicale*, 23 setiembre 1851).

(2) J. Arnould, *Des bruits pleuraux dans la phthisie pulmonaire*. (*Un. med.*, 1864).

(3) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 1865, p. 610, t. I.

(4) Trousseau, Véase Lacaze Duthiers, *De la paracentese de la poitrine* (*Union medic.*, 21 de marzo de 1850 y núms. siguientes); y *Séances de la Societe medicale des hopitaux* (*Union medic.*, 23 de marzo de 1850).

(5) Véase *Neumotórax*, *Tubérculos*, etc.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la pleuresía aguda es ordinariamente progresivo y siempre rápido. Por lo comun desaparecen los primeros accidentes á los tres ó cuatro dias, para dar lugar á los signos del derrame, que persisten por mas tiempo, y en algunos casos permanecen estacionarios durante muchas semanas. No se observan en el curso de esta afecion irregularidades tan grandes como en la mayor parte de las demás flegmasías; sin embargo, algunos autores hacen mencion de *pleuresías intermitentes*, pero es evidente que han considerado como tales á otras afeciones muy diferentes de la pleuresía, y principalmente á las pleurodinias ó neuralgias intercostales.

Una forma de pleuresía cuya marcha es muy incidiosa ha llamado mucho la atencion de los prácticos; tal es la *forma latente*. Trousseau (1) la consagra importantes razonamientos. Se establece con lentitud, casi sin conciencia del enfermo, que solo suele quejarse de un ligero malestar y sufocacion. Es poco dolorosa, casi apirética, y engaña con gran frecuencia al médico, cuya atencion debe fijarse en ciertos signos objetivos desconocidos del enfermo, como la palidez de los tegumentos, la rapidez de la respiracion, ciertas alteraciones digestivas, y por último la debilidad general.

La *duracion* de la enfermedad se encierra en estrechos limites; así en el mayor número de casos la duracion de la pleuresía varia de diez á veinte dias en los enfermos que se curan, y que esta duracion puede prolongarse á veces á mas de tres semanas. Cuando termina por la muerte, la duracion es mucho mas variable. En los casos que he reunido ha ocasionado la muerte en muy poco tiempo (dos, cuatro y cinco dias) en los sugetos que padecian una afecion crónica y grave, y en los demás ha variado entre diez y treinta y ocho dias.

Terminacion. Louis ha notado que la pleuresía simple que se presenta en el estado de completa salud termina casi constantemente por la curacion, asercion á la cual no han faltado impugnadores, de los que ninguno antes de Trousseau habia presentado en prueba hechos de algun valor. Un estado anterior de enfermedad, por ligero que sea al parecer, hace mucho mas graves las afeciones que se desarrollan durante su curso.

Hemos reunido cuarenta y ocho casos, de los cuales treinta y cuatro deben considerarse sin disputa como ejemplos de pleuresía simple. Pues bien, en estos treinta y cuatro casos se obtuvo *constantemente* la curacion, y en el treinta y cinco la enfermedad ha terminado por la muerte, aun cuando á primera vista todo inducia á considerar como simple la pleuresía.

En la actualidad los prácticos no pueden estar tan confiados como

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., t. I, Paris, 1865.

Louis y Valleix sobre la terminacion de la pleuresia sin complicaciones. La muerte súbita se ha observado con frecuencia en los derrames agudos de cierta estension; Bonnet, Morgagni y Stoll la mencionan; se encuentran observaciones en las tesis de Lacaze-Duthiers, Oulmont y Negrie. Sin embargo, no se ha fijado aun la atencion sobre un accidente muy grave y poco apreciado. A Trousseau corresponde el honor de haber insistido sobre la importancia de este hecho y sobre la necesidad de remediarle por la toracentesis. Su clinica (1) está llena de observaciones muy instructivas. Las lecciones del profesor del Hotel Dieu, además de la enseñanza que encierra, tiene el mérito de provocar el entusiasmo de los observadores y de enriquecer la ciencia de casos interesantes (2). La muerte súbita es mas de temer cuando el derrame se verifica en el lado izquierdo que cuando se produce en el derecho. La dislocacion del corazon, la torsion de los grandes vasos que parten de él, favorecen el síncope, segun se dice. Cualquiera que la esplicacion sea, el peligro existe.

Las complicaciones no hacen á la pleuresia, ni con mucho, necesariamente mortal, y así es muy frecuente ver sugetos que tienen tubérculos ú otras enfermedades casi tan temibles, se curan de pleuresias hasta bastante intensas; pero estas complicaciones aumentan la gravedad de la enfermedad, puesto que de los trece casos que nos restan once han sucumbido. En el número de las circunstancias agravantes se debe colocar á la preñez, y en este caso suele la pleuresia ocasionar la muerte despues de haber provocado el aborto.

El estado puerperal es una circunstancia agravante que favorece la supuracion de la pléura. Charrier ha hecho resaltar esta influencia en una tesis inaugural (3). Las fiebres eruptivas, la escarlatina en particular, las fiebres continuas tíficas, tienen los mismos efectos perniciosos sobre el curso de la pleuresia.

Así, pues, una de las cosas que mas importa tomar en consideracion es el estado de salud en que se halla el sugeto.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Es raro que solo se halle en la superficie de las pléuras inflamadas una ligera capa pseudomembranosa; pero, sin embargo, hay casos en que el enfermo ha muerto á poco tiempo de la invasion y no se ha observado ninguna otra lesion: la pleuresia en estos casos era seca, pero casi siempre se ha hallado un líquido mezclado con falsas membranas, y la reunion de estos dos productos constituye el carácter anatómico esencial de la pleuresia.

(1) Trousseau, *Loc. cit.*, t. 1, p. 619.

(2) Alex, Marcowitz, *Etude sur les differents especes d'épanchements pleuritiques et sur leur traitement*, Tesis de Paris, 1864.

(3) Charrier, *De la fièvre puerperale (epidémie observée à la Maternité en 1854)*. Tesis, 1855.

Algunas veces se encuentra este líquido en mucha abundancia y llega á contener la pléura muchos litros, y en otros casos, por el contrario, solo se hallan algunas cucharadas de líquido en la parte inferior de esta cavidad serosa. Entre estos dos extremos hay infinitos grados. El derrame está formado comunmente por una serosidad cetrina, turbia y mas ó menos cargada de copos albuminosos; otras veces de un líquido purulento, y en algunos casos participa á la vez de estos dos estados por estar mezclada la serosidad con una cantidad mayor ó menor de pus. Ya he citado tambien antes de ahora de casos en que la serosidad estaba mezclada con una corta cantidad de sangre, y á los cuales han dado los autores, sin razon en mi juicio, el nombre de *pleuresias hemorrágicas*.

No hay necesidad de hacer de la pleuresia hemorrágica una especie aparte (1). La presencia de la sangre en el líquido derramado no es mas que un accidente. Al principio de la enfermedad la fluxion inflamatoria puede producir la rotura de pequeños vasos, produciendo entonces una verdadera hemorragia; al nivel de la pleuresia los pequeños vasitos de las falsas membranas pueden romperse por las tracciones producidas por el derrame mas ó menos abundante. Estos casos son raros. Lo que con mas frecuencia se observa es una coloracion rojiza del líquido contenido en la pléura producida solo por la materia colorante de la sangre, sin participacion de los demás elementos. Por lo tanto, no hay verdadera hemorragia.

Las falsas membranas que se hallan en la pleuresia aguda son por lo comun delgadas y poco consistentes, de color blanco agrisado y á veces amarillentas ó ligeramente teñidas de rojo, fáciles de desprender de la pléura subyacente, y solo empiezan á organizarse y á adquirir bastante consistencia en los casos en que se prolonga la duracion de la enfermedad.

No todas las falsas membranas se organizan. Algunas sobrenadando en el líquido del derrame se depositan despues en el fondo ó se pegan á las paredes, absorbiéndose despues. La proliferacion de las células plásticas ó la organizacion del plasma segregado en la superficie de la serosa desnuda de su epitelio, presiden únicamente al desarrollo de las falsas membranas destinadas á organizarse y á vivir (2).

Son por lo comun rugosas, envuelven el pulmon en una estension mayor ó menor, cubren la pléura costal, envian prolongaciones de grosor variable del pulmon á las paredes torácicas y presentan formas muy diversas. Por debajo de estas falsas membranas parece que la pléura está á veces mas ó menos profundamente alterada, y se la halla engrosada, roja é inyectada; pero no es la misma pléura la que presenta estas alteraciones, sino el tejido subseroso, al cual se comunica la inflamacion. Algunas veces esta membrana está como arrugada so-

(1) Jaccoud, *Notas á la Clinique médicale de Graves*, 1862, t. II, p. 89.

(2) Laboulléne, *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudomembranées*, Paris, 1861, p. 223.

bre el pulmon, á consecuencia de la retraccion de este órgano. Pero hay una lesion mucho mas importante, y es la *ulceracion de la pléura*, consecutiva al derrame. En efecto, se halla en algunos casos una perforacion del pulmon y una úlcera correspondiente de la pléura costal, al nivel mismo del punto que ocupa el liquido, y hasta en estos casos puede la perforacion del pulmon dar lugar durante la vida á la expectoracion abundante del liquido contenido en la pléura. Beau ha hallado inflamado por debajo de las falsas membranas el neurilema de los nervios intercostales.

He dicho que ya en los casos de derrames muy considerables están empujados el pulmon y órganos inmediatos, y así el corazon puede hallarse trasportado á la derecha, deprimido el diafragma y empujadas hácia abajo las vísceras de la region superior del abdómen.

Cuando ha desaparecido el derrame y el pulmon no puede ocupar su primitivo volúmen, las paredes del pecho se deprimen y las vísceras que acabamos de ver rechazadas en diferentes direcciones ocupan nuevas posiciones: así el hígado primeramente descendido sube hasta la tercera costilla; el corazon rechazado á la derecha, se deja oír en el hueso axilar izquierdo (1). Además de estas lesiones consecutivas, se encuentran lesiones de propagacion inflamatoria; la pulmonía y la pericarditis son de observacion frecuente cuando la pléura enferma es la izquierda. Hay una complicacion en la que se han fijado todavia poco los autores; tal es el flemon de las paredes torácicas. Graves la menciona (2); Wunderlich y Billroth la indican con el nombre de *pleuresia abscesante*; Leplat (3) ha recogido todos los casos conocidos en una Memoria que debe consultarse con interés.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los fenómenos de la pleuresia pueden variar no solo segun los casos, sino tambien las diversas épocas de la enfermedad.

Si en un lado del pecho se percibe un sonido á macizo estenso y completo, con falta de elasticidad bajo el dedo que percute, y si en el mismo punto el ruido respiratorio es débil, nulo, ó no se oye á gran distancia; si no se sienten las vibraciones del pecho cuando el enfermo habla ó tose; si solo se conserva la respiracion entre la columna vertebral y el borde interno del omóplato en un espacio limitado, y si hay egofonia en un punto próximo, casi no debe dudarse de que existe una pleuresia: se demuestra esta existencia si la enfermedad ha empezado por un dolor de costado violento, si la calentura no tiene grande intensidad, si la tos es rara y si no hay expectoracion ó es simplemente

(1) Niemeyer, *Elements de pathologie interne et de therapeutique*, trad. de L. Culmann, 1865.

(2) Graves, *Leçons de clinique medicale*, 1862, t. II.

(3) Leplat, *Memoire sur les absces de voisinage dans la pleuresie* (*Arch. gen. de med.*, 1864).

mucosa. Este es el caso mas simple. Veamos ahora lo que puede suceder en otras circunstancias.

Algunas veces se estiende con mucha rapidez el sonido á macizo y ocupa casi todo el pulmon, y despues por el movimiento que indica Hirtz (1), acumulándose el liquido en la base, deja libres las partes superiores. Este caso que ya habia entrevisto Laennec, que atribuia estos fenómenos á la sufocacion del pulmon en los primeros momentos (2), no ofrecen verdaderas dificultades, puesto que solo pueden presentarse tambien en la pleuresia; al contrario, sirven mas bien para confirmar el diagnóstico.

Pero antes de que se efectúe este descenso del liquido hácia las partes declives, la respiracion toma ordinariamente el carácter bronquial en una estension bastante considerable, hecho que Laennec habia anunciado de un modo vago y que hoy está generalmente reconocido. En tal caso se podria creer que la pleuresia era una *pulmonía aguda*. Veamos cómo se puede evitar el cometer este error. Si se aplica la mano al pecho en la pleuresia, se perciben poco ó nada las vibraciones, al paso que han aumentado estas de intensidad en la pulmonía. En estas se oye la respiracion bronquial en toda la estension del sonido á macizo, y la acompaña ó bien le precede el estertor crepitante ó subcrepitante; en la pleuresia está, por el contrario, la respiracion bronquial ordinariamente limitada á un espacio circunscrito en las inmediaciones de la parte inferior del omóplato, sin que le acompañe ningun estertor, á no ser que haya una complicacion. El soplo bronquial, que es superficial en la pulmonía, es, por lo comun, mas profundo en la pleuresia, y hay además en este un timbre seco y claro, que han notado Netter (3), Rilliet y Barthez (4), y la mayor parte de los observadores. La resonancia de la voz en este caso dá origen á la egofonia, ruido ocasionado, segun Netter, por la mezcla de la broncofonia simple con el soplo bronquial claro, al paso que en la pulmonía solo existe la broncofonia ordinaria. Resulta, pues, que cuando sea posible apreciar estos signos, el diagnóstico adquiere un alto grado de precision, aun en estos casos mas difíciles; y hasta debo añadir, que si en tales circunstancias se hacen variar los fenómenos cambiando la posicion del enfermo, quedan disipadas todas las dudas.

Pero hay casos en que la respiracion bronquial es muy estensa, ó bien es superficial é intensa y no cambia segun la posicion de los enfermos. Entonces el diagnóstico es mucho mas difícil; pero, sin embargo, con un poco de atencion se le puede llegar á formar de un modo positivo. Para conseguirlo se debe atender á la poca relacion que existe en general entre la estension de los sintomas locales y la intensidad de los sintomas regulares, y auscultando con cuidado se hallará

(1) Hirtz, *Archives generales de medecine*, 1837, 2.^a série, t. XIII, p. 172.

(2) Laennec, *Ausc. med.*, 3.^a edicion, t. II, p. 344.

(3) Netter, *Gaz. med.*, enero de 1843.

(4) Rilliet y Barthez, *Traité des mal. des enfants*, Paris, 1843.