

casi siempre un punto en la parte inferior en el que la respiracion parecerá mas distante, y finalmente, el curso de la enfermedad y los caracteres de la espectoracion vendrán á confirmar un diagnóstico que ofrece ya grandes probabilidades.

Mas si la pleuresia puede presentar la respiracion bronquial y tomar por esto los caracteres de la pulmonia, esta á su vez puede ofrecer la falta completa del ruido respiratorio, y por consiguiente simular la pleuresia; pero en tales casos podremos conocer que la enfermedad es una pleuresia por la medicion del pecho, por hallarse borrados los espacios intercostales, por la falta de los esputos caracteristicos y por la poca intensidad de la calentura relativamente á la estension de la lesion local.

Se han observado casos de pleuresia seca, es decir, con simple exudacion de algunas falsas membranas delgadas; en semejante caso no existe el sonido á macizo, no hay alteracion sensible de la respiracion, y constituyendo el dolor de costado casi toda la enfermedad, se pudiera creer que existe una simple *pleurodinia*. Pero se evitará este error buscando la *frotacion pleuritica* y tomando en consideracion el movimiento febril, que es mucho mas comun en la pleuresia que en la *pleurodinia* simple.

Roy (1), médico del Hotel Dieu de Lyon, dice haber encontrado el medio de conocer un derrame pleurítico por pequeño que sea, por el siguiente procedimiento: Se aplica la mano izquierda sobre el lado enfermo del pecho, y despues se percuten los lados con la pulpa de los dedos de la mano derecha; cada percusion produce una fluctuacion que percibe muy distintamente la mano colocada en la base del pecho.

Las pleuresias parciales, tales como la diafragmática y mediastínica, son de un diagnóstico sumamente difícil, en atencion á que no presentan ningun signo particular de percusion ni de auscultacion, y así es que hay que guiarse por el dolor, la dificultad de respirar y los síntomas generales.

En cuanto á la pleuresia doble pudiera confundirse con un simple *hidrotórax*, y hé aqui cómo se pueden distinguir estas dos afecciones. El *hidrotórax* es una enfermedad que aparece como complicacion de otra; el derrame se verifica al mismo tiempo en los dos lados; no hay dolores en el tórax, ó si se presentan son sumamente ligeros; el curso de la enfermedad es crónico en el mayor número de casos, y los síntomas generales son los de la enfermedad principal. En oposicion á esto hemos visto ya que la pleuresia simple aguda, en los casos raros en que es doble, invade los dos lados del pecho sucesivamente, que solo se desarrolla en los casos que la enfermedad es sumamente intensa ó su curso muy agudo; que es violento el dolor de costado, y por último, que son graves los síntomas generales.

En el artículo *Hidroneumotórax* hemos ya indicado la dificultad que

(1) Roy, *Revue medicale*, abril 1831.

hay de precisar el diagnóstico de ciertas pleuresias con ruido skódico y soplo anfórico, y hemos hecho conocer que en el hidroneumotórax el ruido skódico se percibia lo mismo por delante que por detrás, y que el soplo anfórico tenia una estension mas considerable, y que además se percibe un retintin metálico, signo que no pertenece á la pleuresia.

Las enfermedades del hígado, hipertrofia, abcesos y quistes desarrollados en este órgano, se han confundido con la pleuresia: Niemeyer resume en pocas palabras los principios que deben guiar en este difícil diagnóstico diferencial (1).

«Cuando el hígado se encuentra rechazado al tórax, la macidez se eleva mas por la cara anterior del tórax que por la posterior; lo contrario sucede en la pleuresia. La macidez del tórax, así como el limite inferior del hígado, desciende durante la inspiracion y asciende en la espiracion cuando el hígado está aumentado de volumen. Esto no puede verificarse en el derrame pleurítico, en el que forma el diafragma aun durante la espiracion una convexidad que hace elevacion en la cavidad abdominal. La resistencia del tórax en los casos de ampliacion del hígado pasa sin transicion á la de este órgano, mientras que se encuentra casi siempre en la pleuresia una zona estrecha de resistencia menor entre el borde de las costillas y el hígado, solamente dislocado hácia bajo. Cuando el hígado está enfermo, las costillas inferiores se desvian con frecuencia hácia fuera, pero nunca se amplían los espacios intercostales como en la pleuresia.»

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos positivos de la pleuresia aguda.

Sonido á macizo estenso y completo en la base del pecho, con falta de elasticidad bajo el dedo que percute.

Respiracion débil, nula ó distante en el mismo punto.

No se perciben las vibraciones del pecho.

Se conserva el ruido respiratorio entre el borde interno del omóplato y la columna vertebral en un espacio limitado.

Egofonia un poco mas abajo de este punto.

A veces *varian de situacion* estos fenómenos cuando se hace que cambie el enfermo de posicion.

Tos poco violenta y seca, ó con espectoracion mucosa.

2.º Signos distintivos de la pleuresia incipiente y de la pulmonia.

PLEURESÍA INCIPIENTE.	PULMONIA.
Aplicando la mano se nota <i>disminucion</i> de las vibraciones del pecho.	Aplicando la mano se nota <i>aumento</i> de las vibraciones del pecho.

(1) Niemeyer, *Elements de pathologie interne et de therapeutique*, trad. del aleman; Paris, 1865, t. I.

Respiracion bronquial limitada á las inmediaciones del borde inferior del omóplato.	Respiracion bronquial en todos los puntos en que existe el sonido á macizo.
Soplo bronquial ordinariamente distante del oído, y que tiene un timbre seco, claro y argentino.	Soplo bronquial, por lo común próximo al oído.
No hay estertores.	Estertor crepitante ó subcrepitante.
Egofonía (signo dudoso).	Broncofonía simple (signo dudoso).
A veces los fenómenos cambian de sitio, segun las diversas posiciones del enfermo.	Los fenómenos se efectúan en un sitio fijo.

5.° Signos distintivos de la pleuresía con respiracion bronquial estensa y superficial, y de la pulmonía.

PLEURESÍA.	PULMONÍA.
Los sintomas generales no están en relacion con la gran estension de los fenómenos locales.	Sintomas generales en relacion por lo común con la estension de los fenómenos locales.
Ordinariamente la respiracion bronquial se halla á mas distancia del oído, y es menos fuerte en la parte inferior.	Respiracion bronquial generalmente mas fuerte cuanto mas abajo se observa.
No hay expectoracion ó es mucosa.	Esputos característicos.
No hay estertores.	Estertor crepitante ó subcrepitante.

4.° Signos distintivos de la pleuresía y de la pulmonía con falta del ruido respiratorio.

PLEURESÍA.	PULMONÍA.
Pecho dilatado; borrados los espacios intercostales.	No está el pecho dilatado.
Sintomas generales poco proporcionados á la estension de los sintomas locales.	Sintomas generales ordinariamente proporcionados á la estension de los sintomas locales.
No hay expectoracion ó es mucosa.	Esputos característicos.

5.° Signos distintivos de la pleuresía seca y de la pleurodinia.

PLEURESÍA SECA.	PLEURODINIA.
Calentura mas ó menos intensa.	Poca ó ninguna calentura.
Frotacion pleurítica.	No dán ningun signo la percusion ni la auscultacion.

6.° Signos distintivos de la pleuresía doble y del hidrotórax.

PLEURESÍA DOBLE.	HIDROTÓRAX.
Afeccion primitiva.	Afeccion secundaria.
Ocupa los dos lados sucesivamente.	Invade al mismo tiempo los dos lados.
Sintomas generales en relacion con la estension de los locales.	Sintomas generales en relacion con la enfermedad primitiva.

7.° Signos distintivos de la pleuresía con ruido skódico y soplo anfórico y del hidro-neumotórax.

PLEURESÍA.	HIDRONEUMOTÓRAX.
Nace bajo la influencia de un enfriamiento.	Frecuentemente tubérculos pulmonares como causa ocasional.
Invasion lenta. Marcha progresiva.	Invasion brusca, desarrollo rápido.
No hay retintin metálico.	Retintin metálico ordinario.
Soplo anfórico menos manifesto percibiéndose solamente en el vértice y raiz de los pulmones pudiendo desaparecer cuando el enfermo respira con suavidad.	Soplo anfórico claro percibiéndose lo mismo por detrás como por delante.

8.° Signos distintivos de una pleuresía y de una hipertrofia, de un quiste ó de un absceso del hígado.

PLEURESÍA.	QUISTES Y ABCESOS DEL HÍGADO.
Invasion rápida por un movimiento febril; dolor en las inmediaciones del pezon; separacion de las costillas; ruidos de frote; retraccion del pecho; marcha rápida.	Invasion siempre lenta, dolores simpáticos en el hombro izquierdo, no hay frote pleurítico; elevacion del hipocondrio derecho; separacion de las últimas costillas, algunas veces ictericia; afecciones concomitantes del tubo digestivo; disenteria. Climas cálidos, localidades palustres.

Pronóstico. Al tratar de la terminacion de la enfermedad ya hemos dicho que la pleuresía es generalmente poco grave cuando se desarrolla en un individuo cuya constitucion no se halla alterada por ninguna otra enfermedad, y que por el contrario, lo es mucho en los casos en que se complica con una afeccion preexistente: y aun cuando esta gravedad es tanto mayor cuanto mas alarmante sea la enfermedad anterior, no por eso han dejado de demostrar los hechos que la pleu-

resía puede llegar á hacerse mortal, cuando se presente en el curso de una afeccion ligera, por ejemplo, de una bronquitis simple. Conviene tener este hecho siempre presente antes de formar el pronóstico y de pensar en los medios terapéuticos.

La pleuresía que depende de una perforacion del pulmon, cualquiera que sea la causa que la haya producido, es una afeccion constante mortal. Cuando es doble, lo cual sucede ordinariamente en casos de complicacion, es sumamente grave. No debemos olvidar que suelen producirse muertes repentinas en las pleuresias latentes subagudas cuya frecuencia relativa espondremos en el capítulo *terminacion*.

§ VII.—Tratamiento.

Si la pleuresia no es en general una enfermedad sumamente grave, es siempre de cuidado, aun en los casos mas simples, y así conviene que se estudie su tratamiento con mas método que lo que se ha hecho hasta ahora.

Evacuaciones sanguineas. En general solo se hacen *sangrias cortas*, pero Bouillaud ha aplicado recientemente á esta enfermedad, aunque con cierta moderacion, su método de las sangrias abundantes y repetidas (1). El número de sangrias generales que prescribe este autor, varia de una á cuatro, y además dos ó tres emisiones locales, que dán de 560 á 1400 gramos de sangre. Los demás médicos se contentan en general con una sangria en el principio y la aplicacion de algunas *sanguijuelas ó ventosas escarificadas* en el sitio del dolor.

Por lo comun se guia el médico para la cantidad de sangre que ha de sacar, por las fuerzas del enfermo, el desarrollo del pulso y la intensidad del movimiento febril.

Al mismo tiempo que la sangria, se emplean los emolientes y dulcificantes, medios auxiliares que no se deben omitir: así pues se deben prescribir en todos los casos los cocimientos de malvas, altea, violetas, etc., y las pociones gomosas á las cuales se agregan ordinariamente los *narcóticos* para calmar la tos y proporcionar á los enfermos un poco de descanso. El opio á la dosis de 3 á 5 ó 10 centigramos llena perfectamente esta indicacion, y se prescriben igualmente con ventaja 15 á 30 gramos de jarabe de acetato de morfina ó de jarabe de diacodion.

Vomitivos. Los antiguos han prescrito frecuentemente el tártaro estibiado para combatir la complicacion biliosa; pero ya he dicho que confundian muchas veces la pleuresía y la pulmonía. Chomel se expresa del modo siguiente respecto al uso de emético en la pleuresía: «Hé aquí, dice (2), lo que la observacion me ha enseñado acerca de este punto: los sintomas biliosos que se manifiestan al principio de la pleuresía se disipan en el mayor número de los enfermos en el espacio de

(1) Bouillaud, *Clinique médicale de la Charité*, Paris, 1837, t. II, p. 252.

(2) Chomel, *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURISIE.

algunos dias por medio de los antilogisticos, de las bebidas diluentes y de la dieta. Si en vez de limitarse á esta medicacion se administra un vomitivo desde los primeros momentos, los mas de los enfermos no experimentan otra novedad notable que la fatiga que acompaña y sigue á los esfuerzos del vómito; mas por el contrario, obtienen un alivio marcado cuando han persistido muchos dias los sintomas de embarazo gástrico á pesar de la dieta y de las sangrias.»

Richter (*Spec. ther.*) asociaba el *nitrate de potasa* al tártaro estibiado.

Laennec empleaba el *emético á altas dosis* en el periodo agudo de la pleuresía; pero nada ha dicho que pueda probar la eficacia de esta medicacion, á la que Meriadec Laennec mira, por el contrario, como peligrosa. En el dia los médicos se limitan á dar el tártaro estibiado á dosis emética á la manera de Stoll. En cuanto á los demás vomitivos (quermes, etc.), me parece inútil hablar de ellos en este lugar.

Uno de los medios que mas se han usado es el *vejigatorio*, y sin embargo, se han suscitado bastantes dudas acerca de su eficacia. Como no tenemos datos exactos deducidos de una estadística de hechos apropiados para dilucidar esta cuestion de terapéutica, se infiere que la mayor parte de los médicos que emplean el vejigatorio lo hacen mas bien por hallarle generalmente recomendado que no porque estén seguros de haber obtenido con él buenos efectos. Algunos aplican el emplastro vejigatorio desde el principio de la enfermedad, pero este ejemplo no debe imitarse; no por temor de que el vejigatorio exaspere los dolores, porque al contrario, puede disminuirlos notablemente, sino porque, excitando un nuevo elemento febril, puede oponerse á las ventajas que se sacan generalmente de la sangria. No obstante, siendo este movimiento febril mucho menos intenso que en la pulmonía, son en este caso menores los inconvenientes. La mayor parte de los médicos aplican el vejigatorio algunos dias despues de la invasion, cuando han remitido los principales sintomas, y la reabsorcion del derrame es la indicacion principal. ¿Pero la aplicacion del vejigatorio favorece positivamente la reabsorcion del derrame? Es imposible asegurarlo. En efecto, las observaciones referidas por los autores son poco adecuadas para resolver esta cuestion, porque en casi todas se ha empleado el vejigatorio simultáneamente con otros medios activos. Solamente añadiré que Chomel opina que el vejigatorio ejerce una influencia favorable en la reabsorcion del derrame.

Preparaciones mercuriales. Se han usado con bastante frecuencia las preparaciones mercuriales en esta enfermedad, y algunas veces hasta el punto de producir la salivacion. Schmidtman (1) asociaba los *calomelanos* al opio, y Bouillaud ha seguido algunas veces este ejemplo, dando de 30 á 40 centigramos de calomelanos unidos al extracto tebaico. En un caso complicado con tubérculos, y referido por

(1) Schmidtman, *Summa obs. med.*, Berol, 1819.

Hirtz (1), se dieron los calomelanos hasta producir la salivacion; pero el enfermo sucumbió. Se ve, pues, que nada podemos decir de exacto acerca de la eficacia de este medicamento.

Diuréticos. Se debe considerar á los diuréticos mas bien como unos medicamentos auxiliares que como remedios cuya eficacia se halle demostrada. Laennec manifiesta que tiene cierta confianza en los diuréticos, pero cree que para ser verdaderamente útiles se los debe dar á una dosis mas alta que la que generalmente se emplea. Así, pues, este autor administraba con preferencia el *acetato de potasa* á la dosis de 24 á 60 gramos al dia, elevando gradualmente la dosis. La tisana siguiente llena muy bien esta indicacion:

T. Acetato de potasa.	30 á 60 gram.
Cocimiento de grama.	550 gram.

Se toma durante el dia.

Laennec ha recomendado igualmente el *nitrate de potasa*, y le daba á la alta dosis de 2 á 12 y 16 gramos (de media á 3 y 4 dracmas) al dia, segun que los enfermos le soportaban mas ó menos bien. Tambien se le puede administrar en una pocion de la manera siguiente:

T Nitrato de potasa.	4 gram.
Agua de sauco.	200 gram.
Jarabe de cinco raices.	40 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas.

Algunas veces Laennec asociaba la *sal amoniaco* al nitro, segun el método de Triller, y finalmente prescribia el *extracto de escila*, que un gran número de autores habian empleado antes que él, y segun el método aconsejado por Quarin en la hidropesia, es decir, dando 10 centigramos repetidos cada tres horas. Por último, ha usado tambien la *urea*, primero á la dosis de 60 centigramos, despues gradualmente á la de 4 gramos y aun mas; bastando para administrar este medicamento disolverle en suficiente cantidad de agua destilada.

La *digital* es un medio que puede considerarse de doble accion porque obra, primero como sedante, y segundo como diurético. Este medicamento ha sido recomendado por Tommasini, quien le usó en un caso en que las sangrias le habian parecido ser útiles, y por Mac. Lean que cita un hecho en un todo semejante.

Antiespasmódicos. El *almizcle*, los *tónicos* administrados en los casos de pleuresia secundaria en individuos muy debilitados; del *sulfato de quinina á altas dosis*, prescrito por Baudelocque en la pleuresia de los niños; del *ácido hidrocianico*, medicamento tan peligroso, y en la mayor parte de las veces de un efecto tan problemático; y en fin, de otras muchas sustancias, tales como la *linaza* y la *dulcamara*, etc., cuya eficacia no está demostrada.

(1) Hirtz, *Arch. gén. de méd. loc. cit.*, p. 180.

Por consiguiente, no se deberá recurrir en la pleuresia simple sino á un corto número de medios muy sencillos, cuya eficacia está mejor probada que la de todos los demás. Con este motivo, creemos deber referir el tratamiento empleado por Louis tal como le ha descrito Weber (1). Una ó dos sangrias generales al principio; si el dolor de costado es vivo, se hace una aplicacion de doce á veinte sanguijuelas sobre el punto dolorido: rara vez es necesario repetir esta aplicacion. Durante los primeros dias las bebidas han de ser diluentes y la dieta absoluta.

Cuando han remitido los sintomas agudos se prescriben las tisanas nitradas y la tintura etérea de digital á la dosis de ocho á sesenta gotas. Al mismo tiempo se cubre el costado afectado de un ancho emplasto de pez de Borgoña para mantener en él constantemente la misma temperatura. Si despues de la reabsorcion del derrame, el ruido de frotacion va acompañado de dolor, se aplicará al pecho un vendaje de cuerpo apretado que obligue al enfermo á respirar por el diafragma, y de este modo se hace cesar el dolor.

T. Calomelanos.	40 centig.
Escila.	5 centig.
Polvos de digital.	25 milig.
Jarabe de espinoserval.	C. S.

La segunda se compone igualmente de purgantes y diuréticos, con los cuales se hace una mistura como la que va á continuacion:

T. Tintura de acibar.	4 á 8 gram.
Tintura de escila.	20 gotas.
Tintura de digital.	20 gotas.

Se toma por la mañana en ayunas cada dos ó tres dias.

En todos los casos se debe favorecer la accion de los medicamentos con cierto número de precauciones generales incluidas en el cuadro que sigue.

Precauciones generales que se deben tomar en el tratamiento de la pleuresia aguda.

- 1.º El enfermo guardará cama á lo menos en los primeros dias.
- 2.º La temperatura de su habitacion será moderada.
- 3.º Evitará los esfuerzos de la voz y las conversaciones largas.
- 4.º Al principio estará á dieta absoluta, y el régimen debe ser severo durante el curso de la enfermedad.

Paracentesis torácica. En estos últimos años se ha preconizado la toracentesis en ciertos casos de pleuresia aguda en que amenazaba la

(1) Weber, *Journ. hebdom. de méd. et de chir. prat.*, Paris, agosto de 1834.

sufocacion. Trousseau ha sido quien principalmente ha sostenido esta proposicion, y ha referido tambien mas hechos en su apoyo (1). Posteriormente Barby (2) ha defendido esta opinion, y otros médicos han citado hechos en que habiéndose practicado la toracentesis se han curado los enfermos. Estos hechos prueban que semejante operacion no es tan peligrosa en la pleuresia aguda como se pudiera creer. Pero no es esta la cuestion: ¿conviene hacer la operacion? Hé aquí lo que se trata de decidir; porque aun cuando, como acabo de decir, esté lejos de ser tan peligrosa como se creia, nadie sostendrá que carezca de gravedad y que sea indiferente practicarla. De los hechos citados resulta, á mi parecer, que en cierto número de ellos se han alarmado por una sufocacion mayor que de ordinario. En efecto, he visto casos en que la sufocacion ha sido por lo menos tan considerable y han bastado los remedios comunes. A principios de este año el doctor Marrotte ha tenido en su sala, en el hospital de Santa Margarita, un sugeto que parecia hallarse en el estado mas grave; la disnea era estremada, y habia lividez de la cara, pequeñez y frecuencia considerable del pulso. Este médico consultó á Denonvilliers y á mí sobre la oportunidad de la toracentesis. Nosotros creimos que á pesar de la intensidad insólita de los síntomas se podia aguardar; así se empleó un tratamiento activo, y al siguiente dia habia un notable alivio y el enfermo se curó perfectamente. Tambien se encuentran en los autores muchos hechos de este género.

Sin embargo, Trousseau ha citado algunos casos de muerte ocurridos, no solo ante su vista, sino tambien en manos de los mas hábiles prácticos; pero en ellos eran notables la abundancia del derrame y la pequeñez del pulso. Por consiguiente, la toracentesis puede alguna vez ser útil, pero son raros los casos que la reclaman. Segun Pidoux (3), las pleuresias que mas imperiosamente reclaman la toracentesis, son de naturaleza particular, y se refieren mas á la hidropesia que á las flegmasias. El derrame que caracteriza esta variedad de pleuresias, se verifica con una lentitud que esplica la oscuridad de los síntomas ó su carácter *latente*. Los enfermos no experimentan mas que una fatiga poco marcada y una vaga molestia en el pecho. En cuanto á la disnea, no se les produce sino con la progresion.

La observacion de Pidoux se ha confirmado por otros prácticos, y en particular por Trousseau (4) y sus discipulos. Marcowitz (5) ha pre-

(1) Trousseau, *Journ. de méd.*, noviembre de 1843 y agosto de 1844.—*Séances de la Soc. méd. des hóp. de Paris (Union méd.)*, 23 de marzo de 1850.—*Y de la paracentèse de la poitrine*, par Lacaze-Duthiers (*Union méd.*, marzo de 1850).

(2) Barby, *Consider. sur quelques points de l'hist. et du trait. de la pleuresie avec épanch.*

(3) Pidoux, *Du pronostic de la pleuresie latente et des indications de la thoracentese (Actes de la Soc. méd. des hóp.)*, 1.ª fas., 1850.

(4) Trousseau, *Clinique medicale*.

(5) Marcowitz, *Etude sur les differents especes d'épanchements pleurétiques et sur leur traitement*, tesis de doctorado, Paris.

sentado varios casos para hacer patente la variedad de las proposiciones de Pidoux, presentadas mucho antes por Baglivio.

En cuanto á los procedimientos empleados para la paracentesis torácica, ya los daremos á conocer en el artículo dedicado á la *pleuresia crónica*, en la cual se ha practicado mas especialmente.

Resúmen, prescripcion. El resúmen del tratamiento de la pleuresia solo tiene una importancia secundaria, puesto que este tratamiento es poco complicado.

PRESCRIPCION.

PLEURESÍA AGUDA EN UN SUGETO SANO.

- 1.º Para bebida, infusion de violetas endulzada con jarabe de goma.
- 2.º Una ó dos sangrias de 300 á 400 gramos. Si lo que es raro, lo exigiese la violencia de la calentura y de los principales síntomas locales, se podria aumentar el número de sangrias.
- 3.º Se hará una, y rara vez dos aplicaciones de quince á veinte sanguijuelas, ó de siete á ocho ventosas escarificadas en el punto dolorido.
- 4.º Se aplicará un emplastro de diaquilon ó de pez de Borgoña sobre el lado afectado del pecho.
- 5.º Se guardará dieta y quietud de los órganos torácicos.

En los niños se emplean los mismos medios, solo que en vez de hacer la sangria general se aplican de una á diez sanguijuelas, segun la edad. De diez años en adelante se puede practicar fácilmente la sangria general.

ARTÍCULO IV.

PLEURESÍA CRÓNICA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se llama pleuresia crónica á la que permanece largo tiempo estacionaria, y dá lugar á una calentura hélica mas bien que á un estado febril agudo. Laennec (1) distinguia tres especies de pleuresias crónicas: 1.ª las de que desde su origen tienen este carácter; 2.ª las pleuresias agudas que han pasado al estado crónico, y 3.ª las pleuresias complicadas con producciones orgánicas en la superficie de la pléura. Las dos primeras son las mas importantes.

La sinonimia de la pleuresia crónica es la misma que la de la aguda; solo que es preciso añadir el nombre de *hidrotórax*, usado por muchos autores para designar el derrame que esta enfermedad produce.

Ya hemos dicho mas arriba que la pleuresia crónica simple era poco comun; pero no puede decirse lo mismo de la que complica á

(1) Laennec, *Traité de l'auscult. medicale*, t. II, 2 y 3.ª edicion.
VALLEIX.—TOMO II.

otra enfermedad: de suerte que considerada de un modo general, no deja de presentarse con bastante frecuencia.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Nada se sabía de positivo acerca de la influencia de la *edad* antes de las investigaciones de Oulmont (1). Este autor ha encontrado de dos años y medio á quince años trece casos de pleuresía crónica; de quince á treinta años veintiocho, y de treinta á sesenta años catorce. Como se ve, la frecuencia de esta afección está, respecto de la edad, en relación con la frecuencia de la tisis. En cuanto al *sexo*, debe decirse que entre las observaciones que he reunido, el mayor número ha sido en personas del sexo masculino. En las observaciones reunidas por Oulmont había cuarenta y cinco hombres y trece mujeres.

El *estado de salud* de los sujetos nos ofrece consideraciones de la mayor importancia. Por lo regular la pleuresía crónica ataca á las personas afectadas de otra enfermedad, las cuales casi siempre son tísicas. En quince casos complicados tomados al acaso, hemos encontrado siempre en el pulmón tubérculos mas ó menos adelantados. La pleuresía crónica simple que se ha presentado cuatro veces en veinticinco casos, ha ofrecido de notable, que había atacado á sujetos que acababan de padecer una enfermedad bastante grave, de la que aun no estaban completamente restablecidos. En fin, en algunas circunstancias poco comunes se ve que la pleuresía aguda que ha sobrevenido en sujetos en un estado de salud aparente, termina por el tránsito al estado crónico. Sin embargo, no se debe admitir este hecho sino con una prudente reserva; porque las observaciones de este género, y especialmente las de Heyfelder (2), carecen de los pormenores necesarios para juzgar de los antecedentes.

2.º Causas ocasionales.

En vista de lo que se acaba de decir, parece que la existencia de una enfermedad anterior, ó de una enfermedad crónica y particularmente de los tubérculos pulmonares, es la condición esencial para el desarrollo de la pleuresía crónica. Pero ¿cuál es la causa determinante de la enfermedad, y por qué acomete mas bien á ciertos sujetos que á otros? Es muy difícil responder á estas cuestiones. Sin embargo, se puede decir en general que las principales causas ocasionales de la pleuresía aguda son tambien las de la pleuresía crónica, cuya forma determina las condiciones particulares de los enfermos. La producción

(1) Oulmont, *Rech. sur la pleur. chron.*, Paris, 1814.

(2) Heyfelder, *Arch. gén. de med.*, 1839, 3.ª série. t. V, p. 59.

en la superficie de la pléura de *pequeñas masas de aspecto tuberculoso*, causa necesariamente la pleuresía crónica, y á esta lesión es á la que Rilliet y Barthez (1) han dado el nombre de tisis pleurítica.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas locales de la pleuresía crónica se diferencian poco de los de la aguda, y sus diferencias son como sigue:

No se siente *dolor* pungitivo ó bien es oscuro y fugaz, presentándose por intervalos mas ó menos largos. Muchas veces la respiración es todavía fácil al principio, y algunas veces permanece durante mucho tiempo en este estado, aun cuando el derrame sea abundante. Generalmente hay una disnea bastante marcada con opresión.

Por lo comun se observa *tos* en la pleuresía crónica, aunque se haya dicho que este síntoma faltaba las mas veces, y se ha notado su existencia en todas las observaciones publicadas, cuando ha llamado la atención del médico. Algunas veces tambien es la tos frecuente y penosa. Cuando existen tubérculos va acompañada de la expectoración propia de la tisis; en otras circunstancias es seca ó solamente mucosa. Igualmente que en la pleuresía simple los enfermos se echan con preferencia de espaldas ó sobre el lado afectado. Heyfelder ha notado en todos los casos que ha observado que los enfermos se echaban del lado afectado y tenían los miembros aproximados al tronco, como si estuviesen encogidos.

Examinando el pecho se percibe una *dilatación* mas ó menos considerable del lado afectado; los espacios intercostales se borran, se ensanchan y se hacen mas prominentes, y el omóplato se baja. Si se quiere hacer una fuerte inspiración, se observa que las paredes torácicas de este lado permanecen inmóviles, al paso que ejecutan movimientos mas estensos en el lado opuesto. Tambien se ha observado algunas veces una desviación de la columna vertebral y aun del esternon, y Heyfelder ha visto algunos ejemplos de ella. En fin, se han hallado dislocaciones de los órganos inmediatos, y especialmente del corazón. En un caso citado por Barth (2), y en otro que hemos observado, estaba este órgano tan inclinado á la derecha, que se pudo sospechar una trasposición de la viscera. Oulmont ha observado que algunas veces el desarrollo del tórax se comunica al lado correspondiente del abdomen, lo que es debido al descenso del hígado.

Los signos físicos de la pleuresía crónica apenas se diferencian de los de la pleuresía aguda con derrame. La falta de vibración en las paredes del pecho cuando el enfermo habla ó tose; el sonido á macizo en una extensión considerable con una resistencia marcada al dedo que percute; el alejamiento del ruido respiratorio; la falta de este ruido

(1) Barthez y Rilliet, *Traité clin. et prat. de maladies des enfans*, Paris, 1843, t. I, p. 163.

(2) Barth, *Seances de la Soc. med. des hop. (Union medicale)*, setiembre, 1852.