

## CLÍNICA MÉDICA.

*Lecciones dadas en la Escuela de Medicina de esta capital,  
por el Sr. Dr. Jimenez, profesor del ramo.*

(CONTINUA.)

### HYDRO-THORAX.

#### III.

Seria muy largo el detenernos á analizar todos los síntomas que desenvuelve un derrame de pecho, y que bien apreciados lo revelan con una precision á veces verdaderamente matemática. Respecto de los racionales tendremos que repasar algunos en adelante, al inquirir su valor pronóstico. En lo que mira á los físicos, que indudablemente son los mas valiosos á la cabecera del enfermo, todas sus circunstancias exigen de nuestra parte algun mas detenimiento y atencion. Debo no obstante, señalar aquí, respecto de los primeros, la importancia que tiene la calentura para fundar el diagnóstico diferencial entre un derrame purulento y un seroso. En la observacion 1<sup>a</sup> este dato, unido al origen del mal, sirvió para descubrir el carácter purulento del líquido encerrado en el pecho, y esto mismo acontece en la mayoría de los casos; pero hay algunos, que acaso tendremos ocasion de señalar, en que la calentura por sí sola no basta á precisar la naturaleza del derrame.

Lo primero que se ofrece á la vista al examinar un enfermo de la especie de que nos ocupamos, es la forma y volúmen del pecho y la poca movilidad de las costillas del lado enfermo. Hace aquella inmovilidad contraste mas ó menos aparente con lo forzado de la respiracion y con la mayor amplitud de los movimiertos del diafragma y de las costillas opuestas; y está en proporcion con el aumento de volúmen y el abovedamiento del costado. Estos dos últimos fenómenos son á veces muy poco perceptibles, y como normalmente hay desigualdad en el resultado de las medidas comparativas de uno y otro lado, los que se obtienen en el hidro-torax suelen dejar alguna duda; pero en la generalidad si este es algo considerable, el pecho se abulta donde existe, toma una forma mas arredondada, las costillas se alejan unas de otras, y los espacios que las separan quedan muy poco ó nada hundidos. Suele venir á aumentar el volumen y deformidad del costado un accidente curioso del que referiré un ejemplo.

OBSERVACION 6<sup>a</sup>—D. F. R., jóven de 22 años, bien constituido, sufrió á consecuencia de un grave enfriamiento súbito una pleuro-neumonía del lado izquierdo, que comenzó el 7 de Julio de 848 y terminó el 15 del mismo mes: fué

tratada por el sistema hydropático, entonces en gran boga. En 2 de Agosto me consultó acerca de una tos seca que le habia quedado, y de unas calenturas que él llamaba fríos porque diariamente le venian por las tardes, y terminaban en las noches con sudor copioso. Todo esto ocurría de ocho dias á aquella fecha, es decir, una semana despues de haber convalecido de la pulmonía; pero habia aparecido ademas tres dias antes (el 30 de Julio) una inflamacion encima de la tetilla izquierda, muy dolorosa y que impedia los movimientos de abduccion del brazo. Compendiando los datos recogidos en mi primer exámen hallé: 1º un flegmón debajo del músculo gran pectoral izquierdo, que lo levantaba, impedia haciendo muy dolorosos sus movimientos, y ofrecia ya alguna fluctuacion oscura y profunda: 2º tos seca y frecuente, disnea, calentura de 112 pulsaciones, exacerbaciones y sudores nocturnos y calofríos irregulares: 3º lado izquierdo del torax en uno y medio centímetros mas abultado que el derecho en la base, aunque á la vista no parezca haber diferencia, costillas inmóviles al respirar, falta de vibracion de las paredes al hablar, sonido macizo desde la tercera costilla hasta la base por delante, y desde la espina del omóplato por detrás, falta de la respiracion en toda esa área, alguna broncofonía y frotacion en la fosa supra-espínosa, fluctuacion oscura en el 8º y 9º espacios intercostales.

El dia 4 habia aumentado el tumor levantándose, y en anchura hasta una estension mayor que la palma de mi mano; en su centro se sentia claramente la fluctuacion, y comprimido con toda la mano de plano, daba una sensacion como si se vaciara en parte, y volvía á llenarse con fuerza y adquiria mayor resistencia haciendo toser al enfermo. El diagnóstico quedó formulado así. Empiema en la pleura izquierda: el pus ha perforado un espacio inter-costal, y forma un absceso debajo del músculo gran pectora. Prescribí el reposo, una bebida diurética y un ancho vejigatorio al costado.—Hice con el trocar en la parte mas declive del tumor una puncion, subcutánea en cuanto lo permitia la resistencia de las partes, y estraje de una vez una cantidad de pus escesivamente desproporcionada al volúmen del tumor, pues que salieron algo mas de tres libra, de aquel líquido. El tumor se desvaneció; el pecho quedó resonando bien; se oía por todas partes la respiracion normal, y la fatiga se hizo menor.

El dia 6 se abrió espontáneamente el punto por donde penetró el trocar, y desde ese momento siguió escurriendo el pus de una manera espontánea, lenta y continua en lo ordinario, pero en oleadas violentas á cada golpe de tos. Introducido un estilete en la herida, penetraba por el tercer espacio intercostal hasta el interior del pecho, en una abertura que segun los movimientos que permitia dar al instrumento, calculé de cosa de dos centímetros.

El dia 9 pudo oírse con toda claridad la oleada hipocrática al sacudir al enfermo: se marcaban con toda precision dos áreas que cambiaban segun la posicion del paciente; una superior que resonaba mucho percutiendo, y otra inferior maciza: en esta faltaba la respiracion, en la primera era muy débil: la resonancia de la voz tenia aquí cierto timbre anfórico; pero no habia retin-

tin metálico, que solo se percibió dos veces, el 15 y el 21, y esto inmediatamente despues de practicada la sucusion, fugaz y confuso.

Permanecieron las cosas en tal estado hasta el 11 de Setiembre, enflaqueciéndose rápidamente y perdiendo fuerzas el enfermo de un modo visible y alarmante, y con una calenturita éctica tenaz; sujeto á un régimen moderadamente reparador, al uso de pociones béquicas, á repetidos y variados vejigatorios sobre el pecho y á una compresion sostenida en éste por medio de un buen vendaje de cuerpo.

El mencionado dia 11 se advirtió una disminucion notable y repentina de la supuracion, la que siguió bajando con rapidez hasta reducirse en pocos dias á un escurrimiento ligero mas y mas seroso, que se hacia por la especie de trayecto fistuloso en que se habia convertido la puncion: esta misma fístola cerró al fin el 17 de Octubre; pero ya entonces hacia mucho que la calentura habia desaparecido; las fuerzas y el volúmen y vigor muscular habian reparádose; la forma y la resonancia del pecho habian ido volviendo á su estado normal, lo mismo los ruidos respiratorios que solo eran modificados por otros diversos de frotacion pleural, pero que al fin se oían perfectamente limpios y claros; en suma se entró en convalecencia feliz, y no desmentida hasta hoy despues de los años trascurridos.

Los documentos que entraña este hecho, harán que repetidamente lo recordemos en varias ocasiones de nuestro trabajo: él me ha servido en gran manera para dar cierta precision á mis ideas acerca de algunos puntos de la historia del hydro-thorax. Por hoy nos sirve para demostrar, que á la deformidad que engendra en el pecho la presencia de un líquido encerrado en una de sus cavidades, aumentando su volúmen, separando unas de otras las costillas y abovedando los espacios que median entre ellas, así como la totalidad del costado; á todos esos motivos de deformidad, repito, puede agregarse la que da un tumor bastante difuso y elevado, proveniente de la irrupeion bajo de los tegumentos de una porcion del pus del empiema, despues de haber perforado las paredes del pecho en algun espacio intercostal. Es muy probable que semejante trabajo sea peculiar y esclusivo de los empiemas de origen flogístico.

La falta de la vibracion de las paredes del pecho al hablar el enfermo, la de los ruidos respiratorios y de la resonancia de la voz y el sonido macizo que se obtiene al percutir el costado enfermo son consecuencias naturalísimas de la ocupacion de la cavidad correspondiente por un líquido que desaloja y usurpa el lugar del pulmon; y de ella se sacan signos preciosos, que dan al diagnóstico toda la exactitud apetecible. Mas hay que estudiar un punto delicado en lo que se refiere á la percusión.

Es una creencia aceptada por muchos, que la área en que el sonido es macizo, cambia en el hydro-thorax respecto de la que resuena bien, segun las diversas posiciones que se hace tomar al enfermo, ocupando siempre aquella los

puntos mas bajos, exceptuándose solo los derrames enquistados; es decir, que obedeciendo á las leyes de los líquidos, el del hydro-thorax busca como en la ascitis las partes declives, variadas siempre que se varia la postura del cuerpo, y dando allí las señales de su existencia. Procuraremos buscar sobre este punto alguna claridad, estudiándolo en los enfermos que hay actualmente en nuestras salas, y en las observaciones recogidas con ese intento en el semestre anterior.

OBSERVACION 7ª (Cama núm. 11).—Casimiro Legorreta tiene una hipertrofia del corazon y un estrechamiento del orificio aórtico, que han dado ocasion á una anasarca abundante. En ambas pleuras hay hidropesía, y el sonido macizo á que da lugar, sentado el enfermo, sube del lado derecho hasta el borde inferior de la 4ª costilla por delante; sigue este borde hasta cuatro centímetros encima del ángulo inferior del omóplato por detras; aquí hay un ligero soplo tubario y egofonía perfecta. En el lado izquierdo falta la resonancia desde la tercera costilla por delante, y desde encima de la espina del omóplato por detras; en este punto hay soplo tubario algo mas fuerte, pero no hay egofonía. Acostado el enfermo sobre el dorso no se aprecia descenso alguno en el límite anterior de la arca macisa del lado derecho; en el izquierdo baja aquel límite del centro al borde inferior de la 3ª costilla; es decir, un centímetro. En el decúbito sobre el vientre no se nota cambio alguno de nivel.

OBSERVACION 8ª (Cama núm. 5.) Estanislao Perez tiene una insuficiencia de la válvula tricúspide y un estrechamiento del orificio aórtico: hay anasarca y un derrame en la pleura izquierda cuyo nivel se aprecia con la percusion de esta manera: sigue el borde inferior de la segunda costilla por delante, se oculta bajo del brazo en la axila, y termina atras dos y medio centímetros sobre la costilla del omoplato en la fosa supra-espinal: aquí hay un ligero soplo tubario, pero no egofonía. En postura supina, baja el nivel por delante cerca de un centímetro, hasta el borde superior de la 3ª costilla. Sobre el vientre ningun cambio.

OBSERVACION 9ª (Cama núm. 23).—Rosalío Perez, padece de albuminuria crónica con anasarca é hydro-thorax doble. Sube el derrame del lado derecho hasta la clavícula; por detras todo es macizo. En el izquierdo sigue el nivel el eje de la 7ª costilla hasta el costado, en que sube al 6º espacio intercostal, y luego á cerca de un centímetro encima del ángulo del omóplato: aquí no hay soplo ni broncofonía, pero sí egofonía. Nada cambia la resonancia del lado derecho en las diversas posturas, y en el izquierdo solo por delante baja poco mas de un centímetro en la supinacion. Habiéndonos resuelto á hacer la punccion del lado derecho, experimentamos de este modo: estraida cierta cantidad de líquido, suspendimos su salida por dos veces sucesivas, cerrando la llave de la cánula, y hallamos en la primera ocasion que el nivel habia bajado siguiendo el borde inferior de la 5ª costilla, y en la segunda suspension hasta el 7º espacio intercostal por delante y la 8ª costilla por detras. En ninguna de esas

dos veces influía la postura en cambiar sensiblemente el nivel, ni hubo egofonía.

En estos tres casos la autopsia puso despues de manifiesto la libertad y permeabilidad de los pulmones y las condiciones ordinarias del derrame seroso.

OBSERVACION 10. (Cama núm. 17.)—Pioquinto Ruelas trae una hidropesía del lado derecho del pecho, consecuencia de un dolor de costado que sufrió hace diez meses. La falta de resonancia llega por delante hasta el segundo espacio intercostal: á lo largo del espacio que media entre el omóplato y la columna vertebral hay una zona de nueve á diez centímetros de ancho que baja hasta tres centímetros encima del ángulo de aquel hueso en que hay sonido algo claro: todo el resto de ese costado lo dá perfectamente macizo. En dicha área se oye la respiracion. Aquella disposicion no cambia sea cual fuere la postura que se dé al cuerpo. Tampoco se modificó cosa alguna despues de intentar con la puncion el sacar el líquido, por cuyo medio solo se obtuvo una parte del que existia.

Al mes de permanecer este enfermo en el hospital comenzó á espectorar una gran cantidad de pus muy líquido y seroso, con un hedor especial: aparecieron el soplo y voz anóricas, el retintin metálico y se hizo con éxito la sucusion hipocrática, es decir, se convirtió el mal en un hydro-neumo-thorax con fístula pulmonar: la respiracion, algo áspera, siguió oyéndose únicamente debajo de la clavícula y en la zona dorsal descrita. El nivel del sonido macizo bajó hasta la 7ª costilla por delante, á la 9ª en el costado y al 9º espacio intercostal por detras: encima de esa línea, perfectamente horizontal, la resonancia era timpánica. Cambiando la postura del cuerpo, esta resonancia exagerada se obtenia en las partes altas cualquiera que fuesen, quedando siempre las bajas enteramente macizas.

La autopsia puso á la vista un derrame purulento que medio llenaba el pecho del lado derecho; el resto contenia gas; la pleura forrada de pus concreto; el pulmon envuelto en una capa fibrosa, adherido á la tercera costilla en el costado, á la primera por delante, y replegado y adherido contra la gotera vertebral. Abajo de la adherencia á la 3ª costilla habia una fistula que hacia comunicar la cavidad de la pleura con los brónquios.

OBSERVACION 11.—En el núm. 36, tuvimos hace 4 meses un caso parecido al anterior pero en que hubo un accidente curioso. Un jornalero llamado Miguel de los Santos vino con un hidro-thorax del lado izquierdo, efecto de una pulmonía antigua de seis meses, y que llenaba toda la cavidad, escepto en la parte superior de la gotera vertebral, en que habia sonido un poco claro y se oía la respiracion aunque muy áspera: nada cambiaban las condiciones del pecho en las diversas posturas. Hecha una puncion con el trocar, salió una buena cantidad (cosa de tres libras) de serosidad turbia, con copos albuminosos y muchos glóbulos de pus: al llegar á cierto punto escurria el líquido arrastrándose, y al inspirar con fuerza el enfermo penetró el aire por la cánula, lo que

hizo terminar la operacion. Examinando entonces el pecho, se halló en las mismas condiciones de plenitud que tenia antes; solo que su abovedamiento era menor, y abajo de la clavícula izquierda apareció, sentado el enfermo, una resonancia muy clara al percudir, sin que se oyera respiracion alguna. Esa claridad á la percusion se desalojaba enteramente cambiando la postura, y siempre ocupaba la parte mas elevada en relacion con la misma postura. Dos dias despues el fenómeno habia desaparecido, dejando el costado tan inalterablemente macizo como estaba antes de la operacion.

---

Analizando estos hechos, y otros mas que omito en gracia de la brevedad, se deducen sin violencia las siguientes conclusiones: 1<sup>a</sup> El nivel del líquido del hydro-thorax no cambia en manera alguna con las diversas posturas del cuerpo, si la cavidad está enteramente llena, ó si el pulmon adherido y fijo contra el mediastino y la columna vertebral, como de ordinario se halla, ó á otro punto cualquiera, no se dilata ni acciona dentro de la cavidad, dejándola con el derrame en las mismas condiciones de una vasta coleccion enquistada: 2<sup>a</sup> tampoco cambia, aun cuando el pulmon quede libre, si está endurecido é inútil, porque no flotando, mal podria seguir las leyes de la menor gravedad específica, y en todo caso él tambien daria sonido macizo: 3<sup>a</sup> cambia sensiblemente de ordinario el nivel del líquido si el pulmon conserva su integridad y facultad expansiva, de manera, que estrayendo el líquido pueda volver á ocupar toda la cavidad; pero no cambia francamente como en la ascitis, bajando todo á las partes declives y afectando la direccion horizontal, sino que desciende por lo comun unos cuantos centímetros, y conserva una línea no horizontal, de que voy á ocuparme: 4<sup>a</sup> Este cambio absoluto, como el que se experimenta en la ascitis, solo tiene lugar en el hydro-neumo-thorax, en que la existencia simultánea de un gas y de un líquido en la misma cavidad del pecho, la ponen en las mismas condiciones de un frasco medio lleno de agua, en que ésta por su gravedad siempre ocupa los puntos declives. 5<sup>a</sup> el repetido nivel en la 3<sup>a</sup> condicion, es decir, cuando el pulmon conserva su permeabilidad al aire y su facultad expansiva, afecta, sentado el enfermo, la direccion de una curva de concavidad superior, que poco mas ó menos sigue la direccion de las costillas; en consecuencia es mas alto en la parte posterior que en la anterior del pecho. No me detendré en investigar la causa de este fenómeno y de la cuasi-fijeza de nivel que lo acompaña; aunque pudiera hallarla muy á mano en la misma fuerza expansiva que se supone que el pulmon conserva, y que aplicada contra el líquido encerrado en la cavidad debe modificar los efectos de la simple gravitacion. Basta señalar el hecho que puede tener su valor en el pronóstico inmediato de las operaciones que haya de intentarse.

[Continuad.]