

*Tuberculosis pulmonar.* — La frecuencia y el papel de la congestión en la tuberculosis pulmonar, son considerables.

Muchas veces se inicia la escena por un ataque congestivo del vértice, que se revela por una hemoptisis. Más tarde, pueden producirse movimientos fluxionarios variables por su intensidad y asiento, y dar origen á las hemoptisis del período de estado. Estos movimientos fluxionarios, deben ser distinguidos de las congestiones bronco-pneumónicas ó de los cambios debidos á una generalización del proceso tuberculoso.

La congestión episódica de la tisis, facilita la extensión del proceso tuberculoso; así es que Peter ha podido decir: « La congestión; he ahí el enemigo ». Conocida es la marcha rápida de ciertas tisis hemotóicas, y por otra parte, los efectos nefastos de la tuberculina de Koch parecen provenir, en parte, de las enormes congestiones que provoca.

II. CONGESTIÓN EN LAS ENFERMEDADES GENERALES. — *a) Enfermedades generales febriles.* — Es necesario distinguir con G. Sée y Talamon:

1.º El estado congestivo habitual, que se observa en el período inicial de las fiebres;

2.º Los accidentes pulmonares, que sobrevienen durante el curso de las enfermedades;

3.º La congestión hipostática, común á todos los estados febriles de tendencia adinámica.

1.º La *congestión inicial de las fiebres*, estudiada por Woillez, se localiza en las partes posteriores del pecho, y se revela por una disminución en la sonoridad á la percusión, una obscuridad considerable del murmullo vesicular y una ampliación cirtométrica de la caja torácica.

En la *grippe*, los fenómenos de hiperemia son muy precoces; existen desde un principio, antes de la aparición de la bronquitis. En el *sarampion* y la *fiebre tifoidea*, se unen ordinariamente á los signos de la bronquitis.

Esta congestión inicial de las fiebres, no tiene generalmente ninguna gravedad por sí misma. Sin embargo, puede ser muy marcada en el período de invasión del sarampion y de la viruela, dar origen á una disnea muy intensa con cianosis y acarrear alguna vez la muerte por asfixia. En la fiebre tifoidea, puede ser muy acentuada y hacer pensar en una tuberculosis aguda.

En general, la congestión inicial es pasajera, desaparece con bastante rapidez, siendo sustituida por las lesiones del segundo grupo.

¿Los accidentes pulmonares del *período de estado* de las fiebres, merecen el nombre de congestión? Muchos autores opinan, que de lo que se trata en este caso con más frecuencia, es de bronco-pneumonías con esplenización, no de simples hiperemias; en efecto, así sucede en la fiebre tifoidea, fiebre puerperal y fiebres eruptivas. Pero hay dos pirexias, en las que los accidentes pulmonares parecen provenir únicamente de la congestión: el *reumatismo articular agudo* y el *paludismo*.

Los accidentes pulmonares que se pueden observar en el *reumatismo articular agudo* (1), presentan una fisonomía clínica variable.

En la primera forma, ó *forma pneumónica*, los pacientes se ven acometidos

(1) Bernheim, Clinique médicale de Nancy, 1877. — Le Breton, Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires, chez les rhumatisants et les arthritiques. Thèse de Paris, 1884.

de una disnea más ó menos intensa, tos frecuente, dolor de costado más ó menos marcado y expectoran unos esputos que tan pronto son espumosos y blancuecinos, como viscosos y herrumbrosos. Por la auscultación, se percibe estertores de bronquitis y focos de soplo notables por dos caracteres: su fugacidad y su movilidad. A menudo, pero no siempre, parece que se aminoran los dolores articulares, mientras se pronuncian los accidentes pulmonares. Se ha negado la naturaleza reumática de estos accidentes, y se han atribuido á una pneumonía verdadera ó á una bronco-pneumonía concomitantes. Sin embargo, en las diversas autopsias que se han hecho, y que se refieren en la tesis de Le Breton, se vió que se trataba de congestiones puras. Es, por lo tanto, verosímil que sean hiperemias neuro-paralíticas, desarrolladas bajo la influencia del veneno reumático (Bernheim).

La segunda forma de pneumopatía reumática, ha recibido el nombre de *edematosa*, y puede seguir una marcha fulminante. En el curso de un ataque de reumatismo, ligero ó grave, se ven acometidos los enfermos de una opresión brusca y extremada, que hace pensar en una embolia ó en un acceso de asma, sobreviniendo una abundante expectoración serosa, á veces con estrías de sangre; se oyen estertores crepitantes ó subcrepitantes finos en casi toda la extensión de ambos pulmones, y el enfermo sucumbe. Estas fluxiones edematosas graves, se observan sobre todo, en los sujetos que padecen además una cardiopatía (Charcot y Ball).

Según Le Breton, la congestión pulmonar, sea bajo su forma pneumónica ó bajo la edematosa (pero entonces más benigna), podría constituir por sí sola todo el ataque de reumatismo. Le Breton cita, después de Fuller y Bernheim, observaciones de pneumopatías agudas que han sobrevenido en verdaderos reumáticos, pero sin ninguna determinación articular, y notables por la palidez del sujeto, los sudores abundantes que presenta y el olor especial de la transpiración reumática. Lo mismo que se admite la posibilidad de una endocarditis reumática sin artropatías, se puede admitir que estas pneumopatías son también de origen reumático.

Si se dejan á un lado las verdaderas pneumonías que sobrevienen en el *paludismo*, y que se combinan con la fiebre malárica (pneumonías proporcionadas), todavía nos quedan accidentes pulmonares que no se pueden atribuir más que á la congestión. Se trata entonces de un verdadero acceso pernicioso pulmonar, como se observa á veces en Sologne. El paciente tiene accesos de tipo terciano ó cotidiano, que van acompañados de dolor de costado, opresión, expectoración sanguinolenta, soplo y estertores crepitantes. Creemos hallarnos en presencia de una pneumonía, pero terminado el acceso, parece que esta pneumonía ha desaparecido. Mas, se repite el acceso y reaparecen todos los signos de la misma. No se trata de una verdadera pneumonía, que no progresaría más que durante la fiebre, sino de una congestión hemotóica que acompaña á ciertos accesos y que se atenúa después de ellos. Si no se trata enérgicamente el enfermo con el sulfato de quinina, puede presentarse el coma pernicioso y acabar con su existencia.

3.º La congestión hipostática, es constante en las *fiebres de tendencia adinámica*. Hacia la declinación de estas enfermedades, se observa éxtasis sanguíneo y edema, localizados en la base de ambos pulmones. La adinamia general,



el decúbito supino y la astenia cardio-vascular, combinan sus efectos para engendrar la hiperemia. Pocos trastornos funcionales denuncian este estado; sólo revela su existencia, el examen físico. Por lo demás, se le puede modificar favorablemente, haciendo variar al enfermo de decúbito. Cuando la enfermedad primitiva se cura, la resolución se efectúa rápidamente.

En las *caquexias crónicas*, que obligan al enfermo á permanecer mucho tiempo en decúbito dorsal, se observan congestiones pasivas semejantes á las de las enfermedades febriles adinámicas.

Así se explica la frecuencia con que se encuentran, en las autopsias, infartadas las dos bases del pulmón, frecuencia que permite comprender el que Laënnec considerase á esta lesión como de origen cadavérico.

*b) Intoxicaciones.*—Los venenos que obran sobre el sistema nervioso, pueden engendrar la congestión pulmonar, especialmente el *alcohol*. Los borrachos que pasan la noche al sereno, pueden ser invadidos de una congestión pulmonar súbita y generalizada, y sucumbir rápidamente con fenómenos asfíxicos. Para que se produzca este accidente, parece que á la influencia del alcohol, debe añadirse la del frío.

La *ponzoña de las serpientes*, determina, de ordinario, congestiones edematosas muy intensas del pulmón.

La *insolación* y el *enfriamiento*, que hoy en día se tienden á atribuir á la acción combinada de la auto-intoxicación del cansancio (1), con la del frío ó del calor, pueden dar origen á una congestión pulmonar fulminante (Lacassagne), como la de los borrachos expuestos á la acción del frío.

Las congestiones de los borrachos, las del enfriamiento ó de la insolación, es todo lo que queda de real del antiguo *golpe de sangre al pulmón*; pues los demás hechos descritos en otro tiempo con esta denominación, no eran otra cosa que grandes embolias del pulmón, lesión desconocida por los antiguos.

En todos los casos de *asfíxia* (auto-intoxicación por el ácido carbónico), sea cual fuere su origen, se observa congestión pulmonar con focos hemorrágicos (véase *Apoplejía pulmonar*).

La auto-intoxicación realizada por la *enfermedad de Bright*, engendra también congestiones y edemas pulmonares que se han descrito con las bronquitis albuminúricas. Puede también ocasionar un edema agudo fulminante, análogo al que hemos de describir en las *cardiopatías arteriales*.

*c) Diátesis.*—El estado constitucional, designado con el nombre de artritis ó de *neuro-artritis*, considerado por algunos autores como la diátesis congestiva por excelencia (Cazalis), es capaz de engendrar congestiones pulmonares de formas particulares (Collin de Saint-Honoré, Potain, Huchard, Le Breton).

Se han descrito tres formas de congestión pulmonar artrítica:

*a) Forma hemotóica.*—Hay sujetos sanos, que de cuando en cuando tienen una hemoptisis abundante, después de la cual la auscultación revela un foco de estertores crepitantes, bien en un punto, bien en otro. Surge la idea de la tisis; pero la salud general del sujeto es perfecta en el intervalo de las hemoptisis; y además, se reconocen los estigmas de la diátesis y se averigua que el interesado pertenece á una familia de artríticos.

(1) Marfan, Le surmenage physique. *Gazette des hôpitaux*, 1891, núm. 8.

*b) Forma remitente ó disnéica.*—El enfermo se acuesta en plena salud, y despierta por la noche con una sensación de cosquilleo en la garganta; le acomete una tos seca y fatigosa, y presenta una disnea muy penosa. La crisis termina, expectorando unos esputos espumosos y que hacen hebra; durante esta crisis, el pecho está lleno de estertores de toda especie. Estos accesos cesan por la mañana y pueden repetirse cada noche, por espacio de varios días.

*c) Forma latente.*—En esta forma, según Collin, no se manifiesta la congestión por ningún trastorno funcional; sólo la revela la auscultación, que nos hace oír un *ruido particular, semejante al estertor crepitante de la pneumonia, en la línea axilar, en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores*. Este roce crepitante artrítico se oye á veces en los dos lados, otras en uno solo, de preferencia en el derecho. Collin, en su última memoria, atribuye este ruido á un roce ó frote pleural. Según Huchard, el roce artrítico se puede oír en todo el tórax. Lasègue ha encontrado un ruido análogo en los *diabéticos*; en éstos, se le oye, ya en la base, ya en la cresta del homoplato.

G. Sée y Talamón interpretan de un modo enteramente diferente, los hechos que acabamos de describir. Según ellos, las hemoptisis artríticas son hemoptisis tuberculosas; pero como la tuberculosis evoluciona en un terreno especial, en un terreno artrítico, es benigna y el enfermo la tolera muy bien. La forma remitente, no es más que una forma del asma catarral. En fin, si es latente, no tiene derecho alguno á ser considerada como una congestión pulmonar: es una pleuresía seca de causa desconocida.

Siendo los *gotosos*, artríticos, están expuestos al asma, á la bronquitis y á las congestiones que acabamos de estudiar. Pero, según E. Barié, se observarían además en ellos, accidentes congestivos que les pertenecen de un modo especial. La gota podría remontar al pulmón; en el momento en que disminuye la hinchazón del dedo gordo del pie, acometen al enfermo la tos y la disnea, y se presenta una congestión pulmonar que simula á menudo la pleuresía. E. Barié describe también, en los gotosos, congestiones repetidas del vértice, que terminan por tuberculosis (1).

III. CONGESTIÓN PULMONAR EN LAS AFECCIONES DE LOS CENTROS NERVIOSOS.—La congestión y el edema pulmonares, pueden suceder á una lesión de los centros nerviosos, tal como una hemorragia, un reblandecimiento, un tumor; asienta del mismo lado que la hemiplegia (Charcot, Ollivier), y va á menudo, acompañada de focos apopléticos. Es evidentemente el resultado de un trastorno vaso motor. Klippel, ha demostrado recientemente, que la congestión pulmonar con focos apopléticos se observaba bastante á menudo en la parálisis general (2).

En los hemipléjicos ancianos, puede desarrollarse la congestión hipostática, en el período terminal, bajo la influencia de la atonía cardio-vascular y del decúbito supino.

Después de los *grandes traumatismos cerebrales*, la congestión pulmonar

(1) Potain, Manifestations pulmonaires de la goutte, *Semaine médicale*, 1890, núm. 6.—E. Barié, La goutte du poumon, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1891, 24 Junio, núm. 26.

(2) *Archives de médecine expérimentale*, Julio 1892.



sobreviene, en muchas ocasiones, algunas horas después del accidente, y puede adoptar una marcha rápida y mortal (Dumesnil y Houël).

En las *histéricas*, Trousseau, Axenfeld, Huchard y Debove (1), han señalado la existencia de congestiones seguidas de hemoptisis. Son hiperemias fugaces, unilaterales, y localizadas del mismo lado que la hemianestesia.

IV. CONGESTIONES REFLEJAS. — Diversas irritaciones nerviosas de origen periférico, pueden repercutir por vía refleja en los vaso-motores del pulmón y engendrar la congestión pulmonar:

a) N. Guéneau de Mussy ha descrito la congestión de la base del pulmón derecho que acompaña al *cólico hepático*, y Potain ha visto casos de este género, en que la hiperemia se acentuó hasta producir la hemoptisis. En las afecciones *gastro-intestinales* (E. Barié), pueden observarse hechos del mismo orden. Recordemos á propósito de esto, que Arloing y Morel han demostrado, experimentalmente, que las excitaciones que parten del estómago, del intestino ó de las vías biliares, aumentan considerablemente la tensión en la arteria pulmonar, y que esta hipertensión resulta de un trastorno de los vaso-motores, de origen reflejo. Por otra parte, Brown-Sequard y Vulpian admiten que la vía centrípeta del reflejo, reside en el gran simpático, el centro en la médula cervical, y la vía centrifuga, en los filetes que van de la médula á los ganglios torácicos superiores, y de aquí á los plexos pulmonares.

b) Potain, en una comunicación hecha en 1883 á la Asociación francesa (sesión de Rouen), llamó la atención sobre ciertas congestiones pulmonares que acompañan á las *afecciones utero-ováricas*. Esos accidentes aparecen sobre todo en la dismenorrea, en el momento de las reglas; la hiperemia pulmonar puede ir acompañada de hiperemia pleural, y ésta acentuarse hasta ocasionar un ligero derrame de líquido en la pleura. En estos casos, la resolución es bastante rápida.

Estos hechos son análogos á las *congestiones gravídicas y post partum*.

Durante el embarazo, Churchill y Trousseau, han observado hemoptisis fuera de toda sospecha de tuberculosis. Son causadas por congestiones pulmonares, que Peter atribuye á la «plétora gravídica» y á la hipertrofia cardíaca del embarazo, pero que otros autores asimilan á las congestiones reflejas. Cuando sobrevienen hemoptisis durante el embarazo, es prudente no atribuirles con demasiada facilidad un origen gravídico; Siredey ha demostrado que, en un caso de este género, la tuberculosis se había desarrollado á consecuencia de las hemoptisis. Pero, si se prescinde de los casos sospechosos de tuberculosis, estas hemoptisis no presentan gravedad en los casos simples.

No ocurre lo mismo; cuando existe una afección cardíaca anterior. Entonces, podemos llegar á presenciar la evolución de los terribles accidentes que Peter ha estudiado con la denominación de *accidentes grávido-cardíacos*. Súbitamente, hacia el quinto ó séptimo mes del embarazo, estalla una disnea excesiva, con amenaza de asfixia inminente; la cara se pone cianósica, el pulso se hace filiforme, el cuerpo se cubre de sudores fríos y la voz se extingue; se oye en el pulmón una lluvia de estertores subcrepitantes finos diseminados, y la expectoración, más ó menos abundante, tiene un color rosado. La sangre es un

(1) Société médicale des hôpitaux, 1882.

remedio heroico de estos accidentes; si no se la practica, la enferma se enfría, se pone afónica y sucumbe.

Durante el trabajo del parto, se han observado casos de hiperemia pulmonar mortal; accidente que se ha atribuido á los esfuerzos de la expulsión. Pero esta patogenia no debe ser aceptada, más que con ciertas reservas (E. Barié). La congestión puede, en fin, encontrarse *post partum*, y en las *nodrizas*, las cuales pueden estar escupiendo sangre hasta el fin de la lactancia (Trousseau).

El escupir sangre de un modo periódico, supliendo á la regla que falta en mujeres histéricas ó neuropáticas (N. Guéneau, de Mussy), y el que se produzca en la menopausia (Bordeu), se han atribuido á congestiones suplementarias, cuyo origen angio-neuropático parece probable.

c). Verneuil y sus discípulos, han demostrado que la congestión pulmonar se observaba frecuentemente en la *estrangulación herniaria*, y que podría adquirir tales proporciones, que ocasionase la muerte. En virtud de experimentos de Demarquay, Carville, Terrillon y Queyrat, parecía que la congestión pulmonar de las hernias estranguladas entraba en el grupo de las congestiones reflejas. Hoy en día no parecen indiscutible esta explicación; en efecto, Clado ha encontrado el *bacterium coli* en el pulmón congestionado á causa de una estrangulación, y sabemos que la infección coli bacilar provoca casi siempre una intensa congestión de todos los órganos (1).

d) Las *quemaduras* extensas, van acompañadas á menudo de congestión del pulmón, cuya causa se atribuye á un trastorno vaso-motor de origen reflejo.

V. CONGESTIONES IDIOPÁTICAS. — Con este nombre, se describen tres grupos distintos de hechos: 1.º La congestión aguda de Woillez; 2.º la esplenopneumonía de Grancher, y 3.º la congestión paroxística mortal, de que ha referido un caso Weil, de Lyon.

1.º Como ya hemos dicho, según Woillez, sería necesario admitir la existencia de una enfermedad especial del pulmón, primitiva, autónoma y caracterizada únicamente por la congestión pulmonar. Es lo que Woillez ha llamado *congestión-enfermedad*, y lo que otros han denominado *enfermedad de Woillez*, *fluxión de pecho*, ó también *congestión pleuro-pulmonar*.

Hé aquí la descripción que se ha dado de este estado morboso.

La congestión pulmonar idiopática es común en la infancia y se confunde, las más de las veces, con una neuralgia intercostal ó una pleurodinia.

Comienza por calofríos vagos y frecuentes, ó por un calofrío intenso y único. La fiebre es alta, el pulso frecuente, muy intenso el dolor de costado y la

(1) Marfan et Nanu; Recherches bactériologiques sur les cadavres de nouveau-nés; *Revue mens des mal. de l'enfance*, 1892.

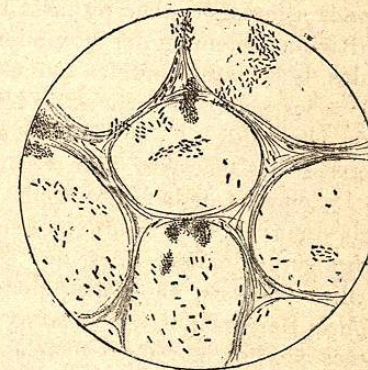


FIG. 9. — Corte del pulmón, en la hernia estrangulada — *Bacterium coli* en los alvéolos (según Clado).



disnea, considerable. Puede faltar la tos, pero generalmente existe, y es breve y penosa, yendo acompañada de una expectoración de esputos viscosos, poco aireados, parecidos á una disolución de goma y á veces con estriás de sangre.

Entre los signos físicos, Woillez ha insistido primeramente en la ampliación de volumen del lado enfermo, apreciada por medio del cirtómetro. Las vibraciones vocales son normales ó están disminuídas, jamás aumentadas. La sonoridad á la percusión es oscura, y la submacicez tiene límites vagos; ocupa la mitad ó los dos tercios del lado enfermo. Por la auscultación, se observa primero debilidad del murmullo vesicular, que llega á veces hasta el silencio respiratorio; finalmente, condensándose el parénquima, se puede oír una respiración áspera y á veces soplo bronquial. A nivel del foco morbozo, se pueden oír algunos estertores subcrepitantes finos ó verdaderamente crepitantes. La pleura participa á menudo del movimiento fluxionario, de igual modo que los músculos de la pared torácica que están muy dolorosos. Así que parecen afectados todos los planos superpuestos del pecho, cuya particularidad legitimaría, según Dieulafoy (1), el nombre de *fluxión de pecho* que dieron á este estado morbozo los maestros de la Escuela de Montpellier.

La marcha de la enfermedad, no tiene nada de cíclica; tan pronto es corta, y la defervescencia sobreviene bruscamente á los dos ó cinco días, como es más larga su evolución, tiene una duración indeterminada y la defervescencia se realiza por lisis. El primer modo de terminar, se observa sobre todo en los niños (Bergeron, Hirne, Cadet de Gassicourt), aunque se pueda observar á veces en ellos la defervescencia por lisis (Duflocq).

Al leer esta descripción, no puede uno sustraerse á la idea de que se trate, en estos casos, de una pneumonía de evolución incompleta ó anormal.

Tan cierto es esto, que Woillez declara no haber diferencia alguna entre la congestión pulmonar y el período de infarto de la pneumonía. Sin embargo, Potain (citado por Duflocq) declara que el *diagnóstico* es perfectamente posible. «En la *pneumonía franca*: macicez ordinariamente completa, exageración de las vibraciones torácicas, estertores crepitantes al principio, después soplo tubario seguido de estertor crepitante de retorno, expectoración viscosa y teñida, evolución cíclica del movimiento febril, y defervescencia súbita».

«En la *congestión pulmonar aguda*, submacicez, disminución de las vibraciones torácicas, no hay verdadero estertor crepitante inicial, ni de retorno; desde el primer momento el soplo es difuso y suave, crepitación pleural muy fina, muy seca y muy superficial, no constante, por lo demás; esputos blancos, parecidos á una disolución de goma; evolución febril sin carácter cíclico; defervescencia generalmente progresiva».

¿Pero estos caracteres diferenciales, permiten establecer una distinción nosológica entre la enfermedad de Woillez y una pneumonía de evolución anormal ó incompleta? Lo más que existe aquí, son dos variedades de una misma especie morboza.

La *etiología*, atribuída por los autores á la congestión idiopática, no es bastante motivo para modificar nuestra opinión. Y no hablamos de la etiología indicada por Woillez, donde se encuentran las causas más diversas: conges-

(1) MANUAL DE PATOLOGÍA INTERNA, traducido por D. Rafael Ulecia (segunda edición) publicado en la BIBLIOTECA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, de Madrid.

tiones provocadas por esfuerzos, por traumatismos, por el parto, por la insolación y por la ira. En las descripciones más recientes, la etiología se resume en estos dos factores: el *frío* y la *grippe*. Ahora bien, sabemos que precisamente estas dos causas son las más poderosas de la pneumonía.

Las investigaciones bacteriológicas, resolverán definitivamente esta cuestión. Duflocq ha buscado el pneumococo, sin poderlo encontrar; pero él mismo reconoce, que estos resultados negativos no pueden todavía llevar el convencimiento al ánimo.

2.º La enfermedad descrita por Grancher con el nombre de *espleno-pneumonía*, ha sido considerada por Queyrat como una *congestión en forma de pleuresía*, que ha contrapuesto á la enfermedad de Woillez ó congestión en forma de pneumonía (1).

La espleno-pneumonía empieza por calofríos, fiebre y dolor de costado; se revela por síntomas de derrame pleural, sin que la punción dé salida á líquido alguno. El lado enfermo experimenta una ampliación exagerada; la macicez es casi completa en los dos tercios inferiores del pulmón, están abolidas las vibraciones vocales, se oye un soplo pleurítico y la voz es egofónica. Cuando la enfermedad asienta á la izquierda, que es lo más frecuente, ya no se nota por la palpación la punta del corazón, y el máximo de los ruidos se percibe ordinariamente hacia la cuarta ó quinta articulaciones condro-esternales izquierdas. Naturalmente, se piensa en un derrame pleural; pero si se practica la punción, no se obtiene líquido alguno.

Además, la afección se hace notar por la expectoración gomosa, la persistencia de la sonoridad en el espacio de Traube, la existencia inconstante de crepitaciones finas percibidas en el momento de la tos, la falta de desviación esternal (2), y la reaparición gradual de las vibraciones vocales hacia el vértice. La enfermedad dura quince días, tres semanas ó un mes y acaba generalmente por curarse. El tipo febril es remitente, y la defervescencia gradual. Lo más común, es que la afección sea consecutiva á un enfriamiento. Grancher la ha observado en reumáticos, albuminúricos, diabéticos y tuberculosos.

No se puede negar la existencia de la espleno-pneumonía; nosotros hemos observado un caso de los más típicos; pero falta mucho para que su naturaleza esté bien dilucidada. Como lo más general es que se cure, Grancher y sus discípulos no conocían, al principio, la lesión correspondiente al cuadro clínico, y se limitaban á emitir hipótesis. Grancher comparaba la lesión problemática á una pneumonía epitelial, á la esplenzización de la bronco-pneumonía; Queyrat la asimiló á la simple congestión; otros asimilaron la enfermedad de Grancher á la congestión que acompaña á los pequeños derrames, como Potain la ha descrito.

Pero, actualmente, ya se han hecho tres autopsias de la enfermedad de Grancher (Queyrat, Bouicli, Chantemesse). Estas autopsias han revelado la falta

(1) Grancher, *Maladies de l'appareil respiratoire*, Paris, 1890, pág. 492. — Queyrat, *Loco citato*—Bourdel, *De la spléno-pneumonie*, Thèse de Paris, 1886. — Mlle Brandhendle, *Spléno-pneumonie de l'enfant*, Thèse de Paris, 1890. — Queyrat, *Gazette des hôpitaux*, 1892, núm. 70.

(2) El procedimiento del cordel, de Pîtres, permite apreciar esta desviación esternal. En el estado normal, una línea trazada desde el medio de la horquilla esternal á la sínfisis pubiana, corta al esternón en dos mitades simétricas. En los derrames pleurales, el tórax gira alrededor del raquis, y el esternón se desvía hacia el lado enfermo.