



AÑO 1914

Núm. 2767

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Adenopatía tráqueo - brónquica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO GONZALEZ FIGUEROA



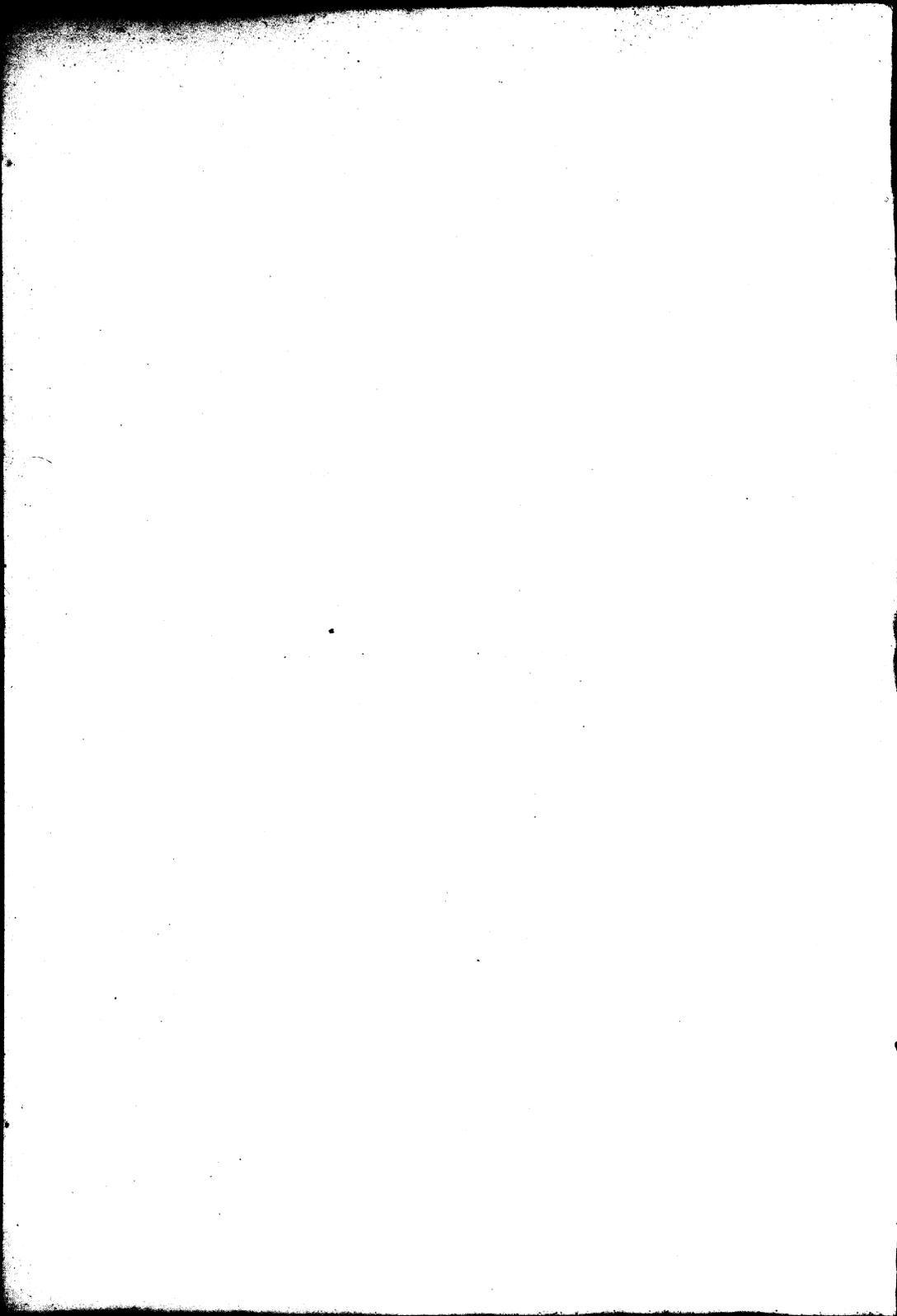
BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914

Mi. 3. 38. 2

ADENOPATÍA TRÁQUEO - BRÓNQUICA



AÑO 1914

NÚM. 2767

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Adenopatía tráqueo - brónquica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO GONZALEZ FIGUEROA



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO

1914

Man
13
88.2

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

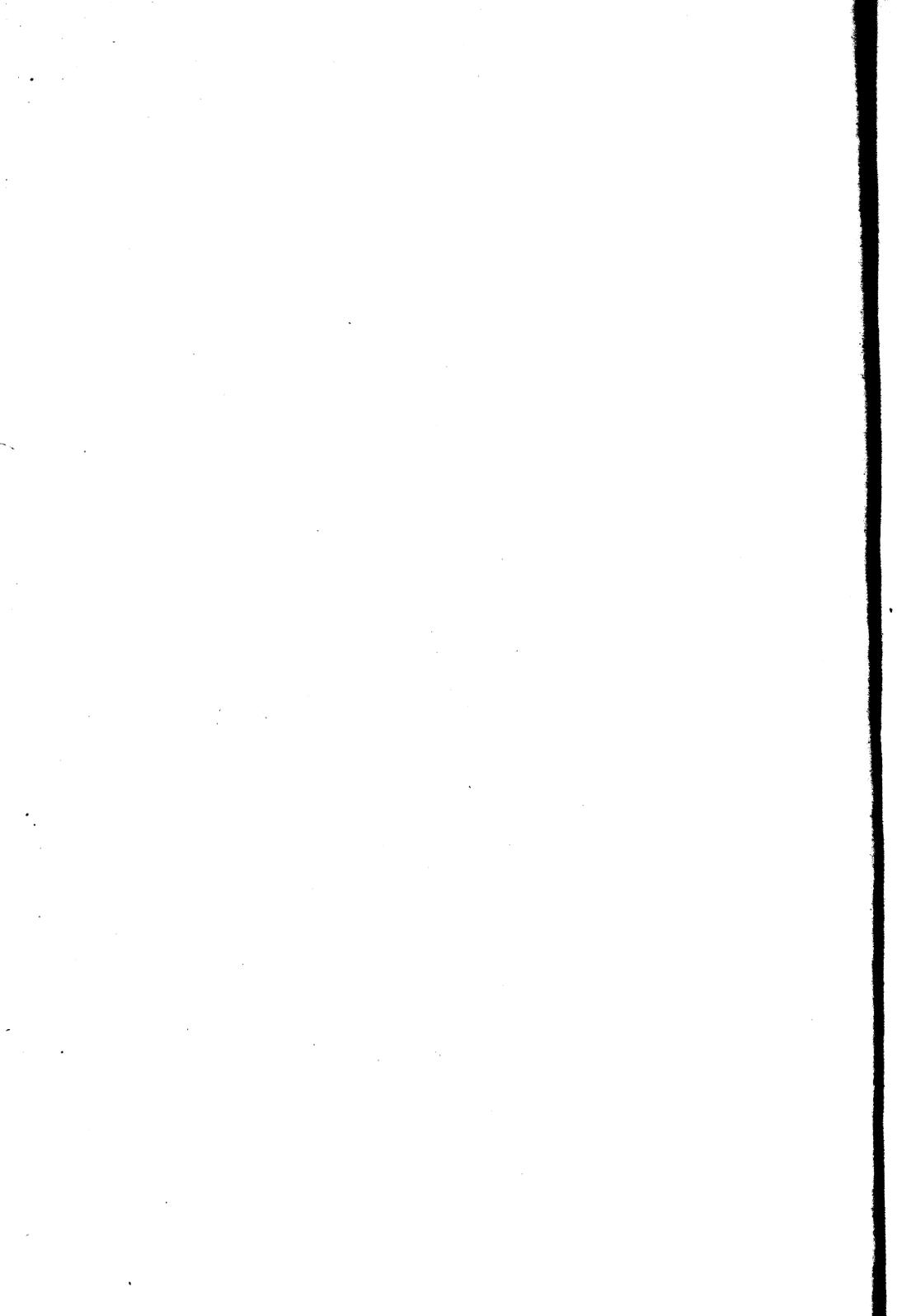
Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARATA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEYZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BAZTERRICA
11. " " ANTONIO C. GANDOLFO
12. " " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. " " DANIEL J. CRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOERI
16. " " ANGEL GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " DIÓGENES DECOUD
21. " " BALDOMERO SOMMER
22. " " FRANCISCO A. SICARDI
23. " " DESIDERIO F. DAVEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS

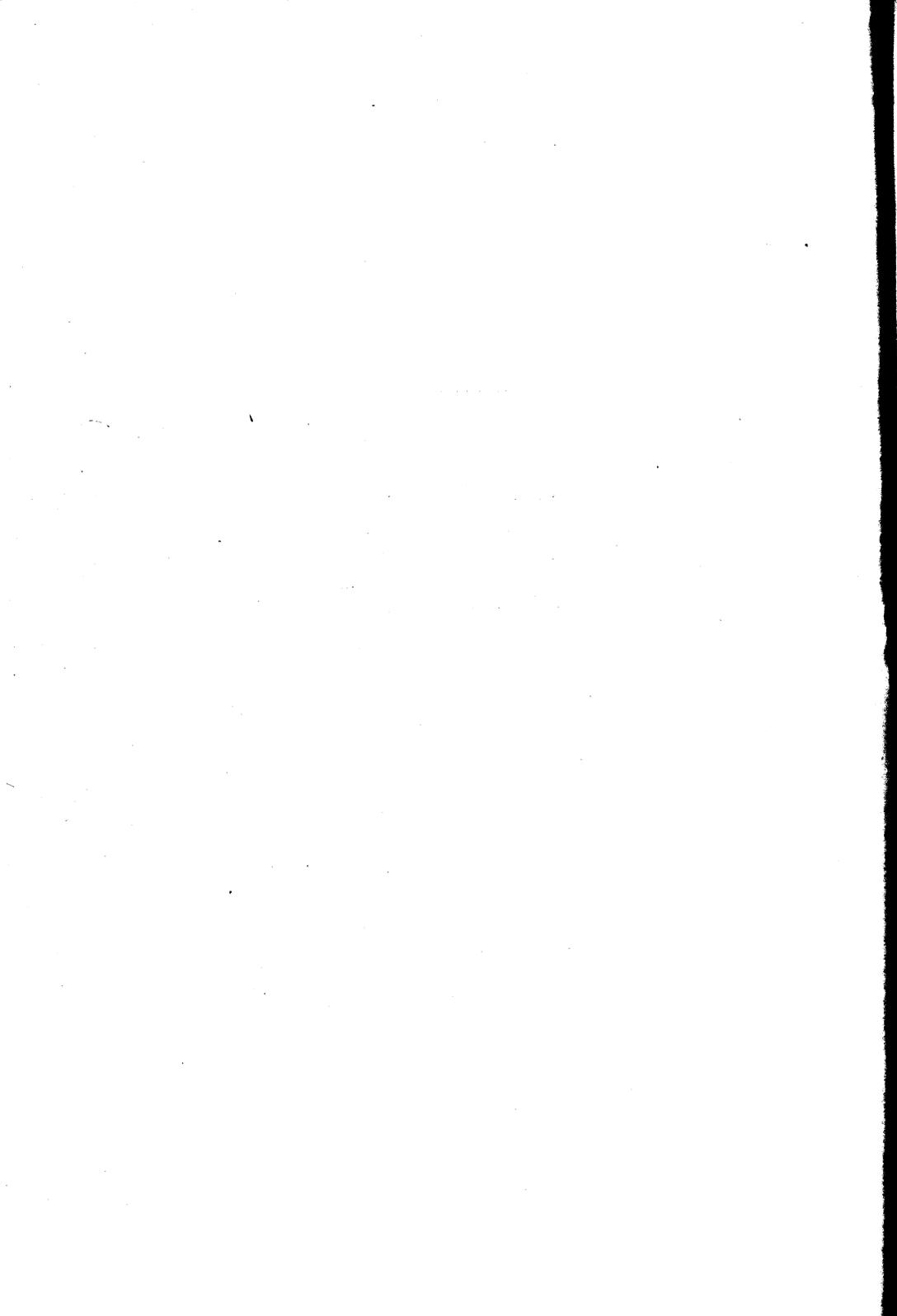


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

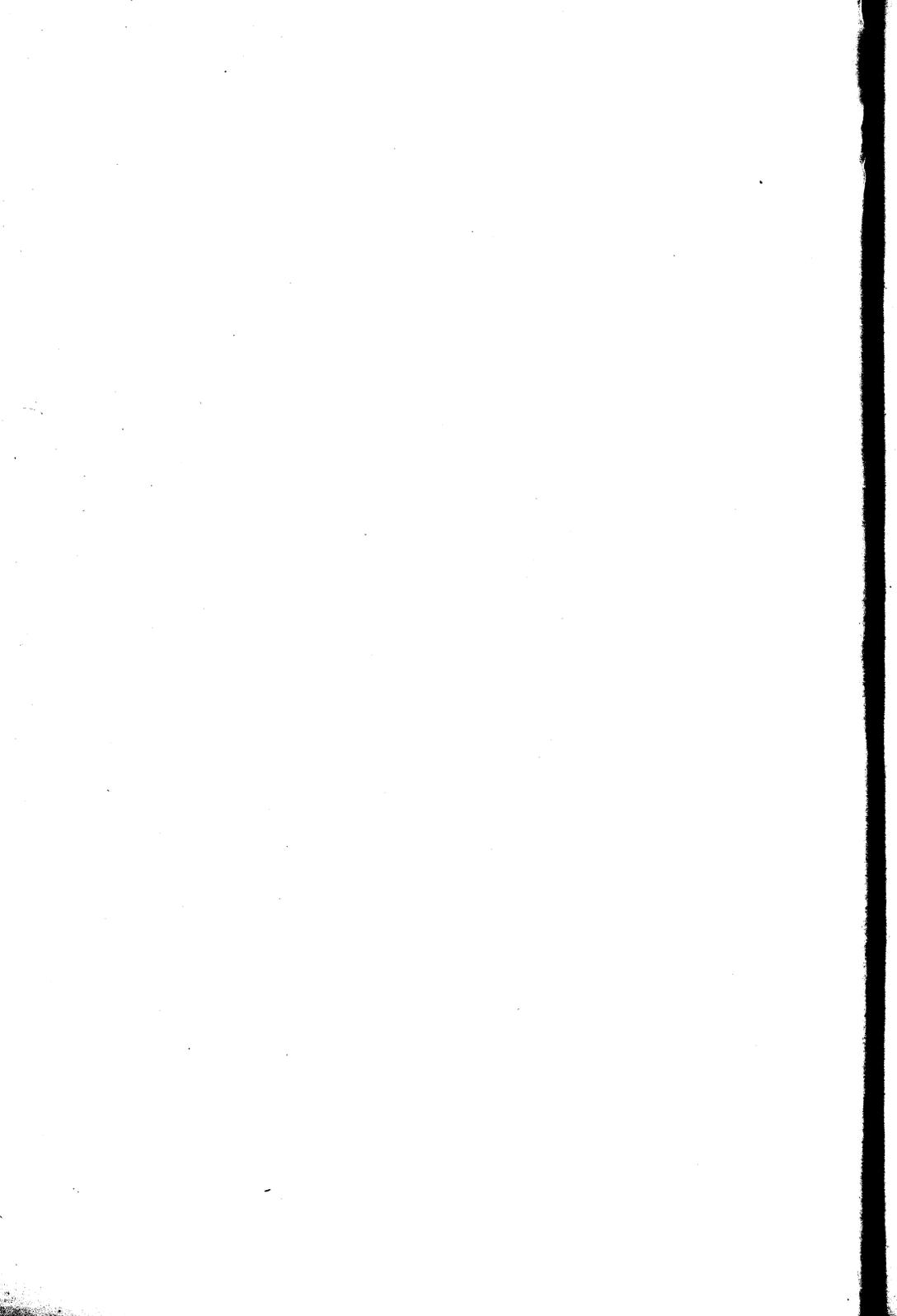
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

” ” FRANCISCO SICARDI
” ” TELÉMACO SUSINI
” ” NICASIO ETCHEPAREBORDA
” ” EDUARDO OBEJERO
” ” LUIS GÜEMES
” ” ENRIQUE BAZTERRICA
” ” JUAN A. BOERI (supiente)
” ” ENRIQUE ZÁRATE
” ” PEDRO LACAVERA
” ” ELISEO CANTÓN
” ” ANGEL M. CENTENO
” ” DOMINGO CABBED
” ” MARCIAL V. QUIROGA
” ” JOSÉ ARCE
” ” ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

” ” JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. T. BACA

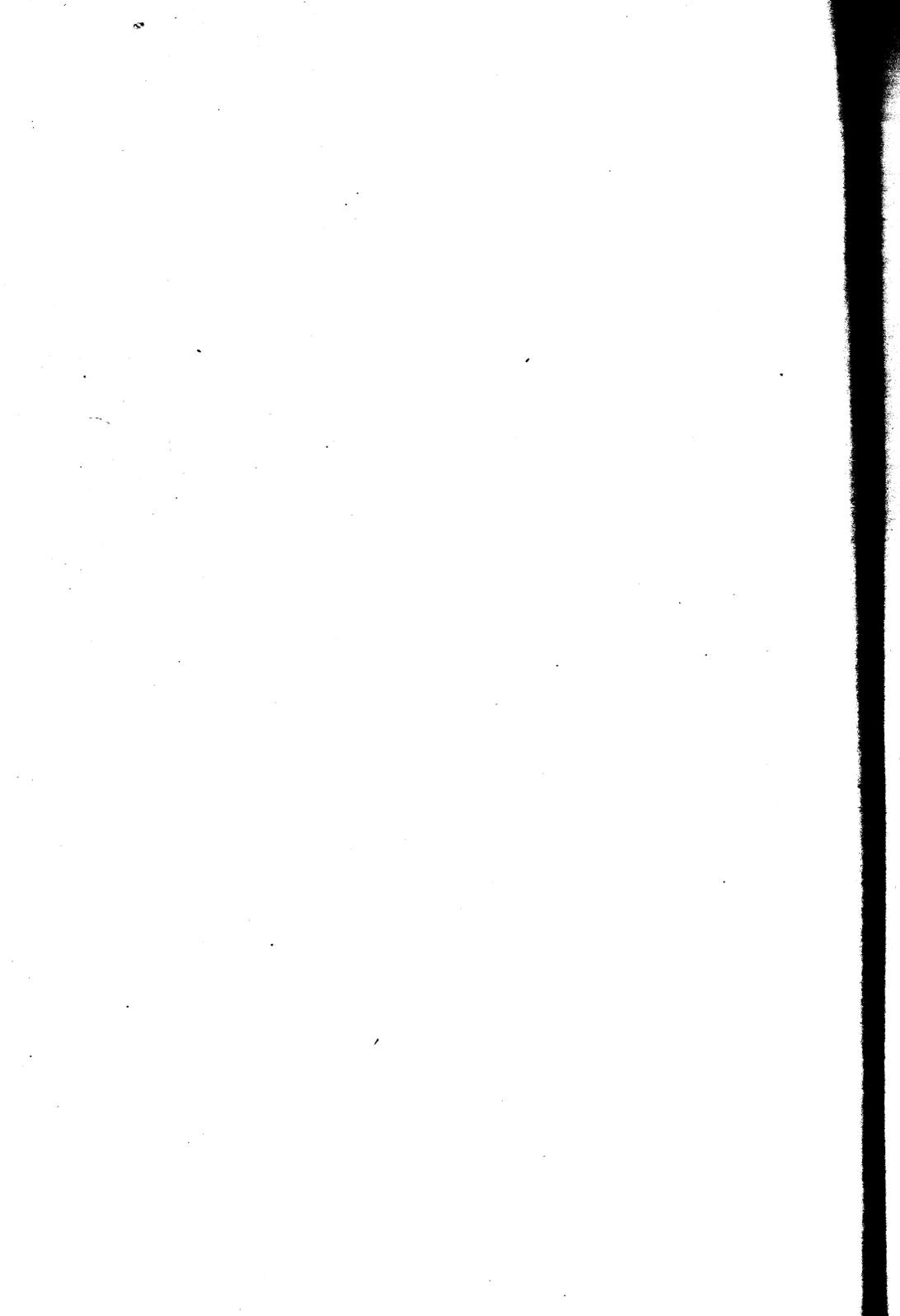
„ J. Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

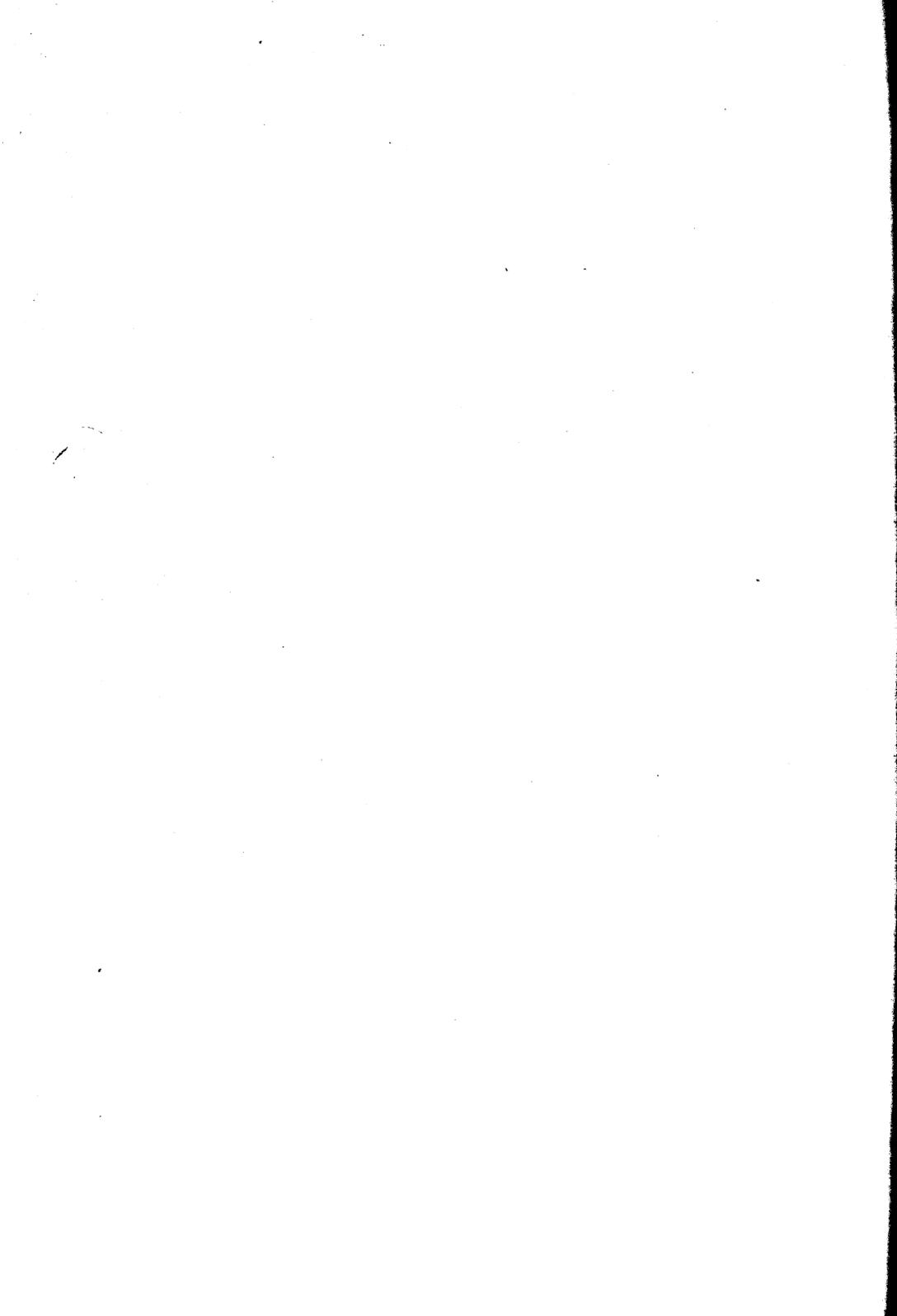
„ ELISEO CANTÓN

„ J. M. RAMOS MEJÍA



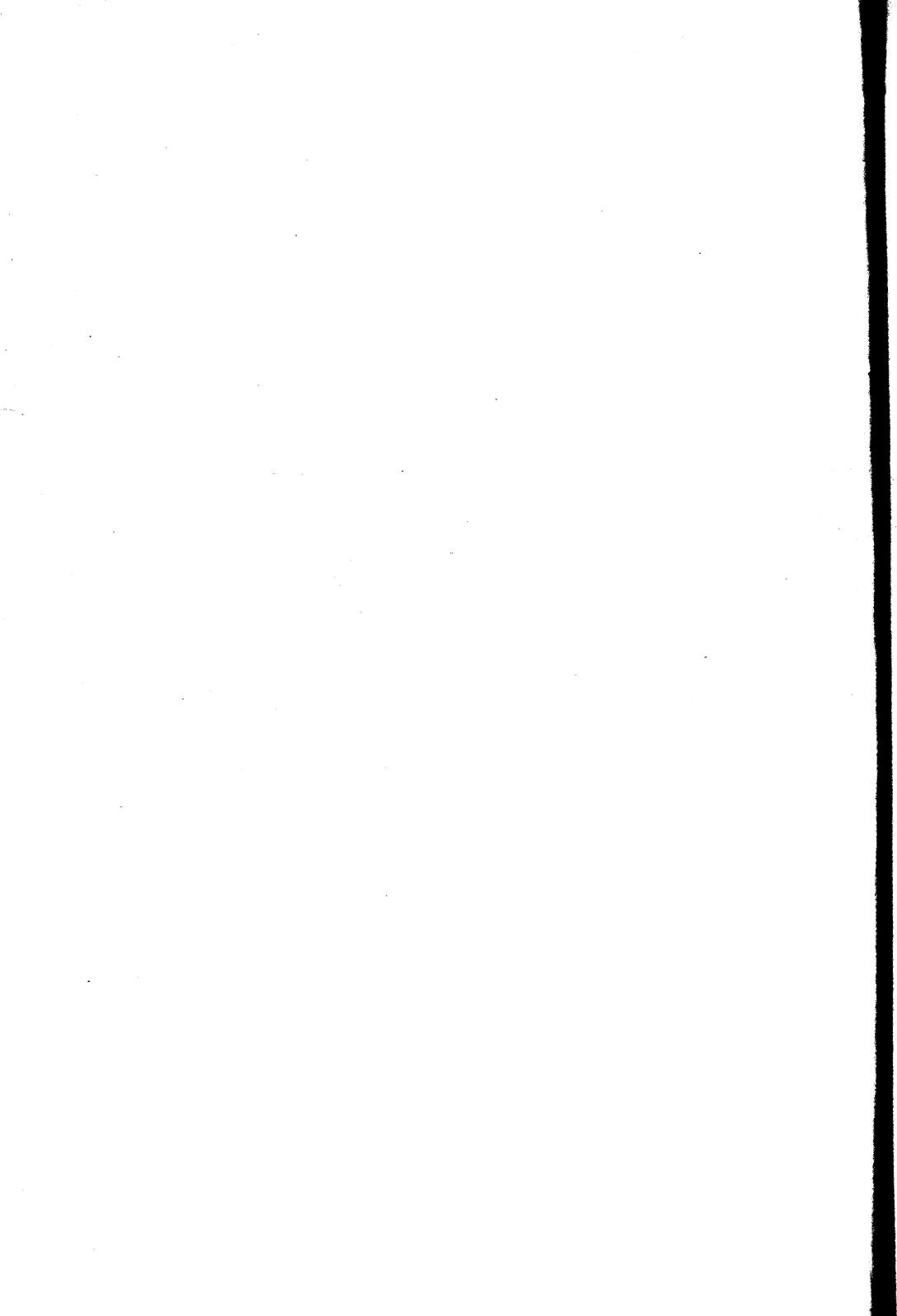
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Sociología y Ejercicios clínicos .	} „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-urinaria	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica ...	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Quirúrgica	„ DIÓGENES DECOUD
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ FRANCISCO A. SICARDI
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Neurológica	} „ MARCELO VIÑAS
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZÁRATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



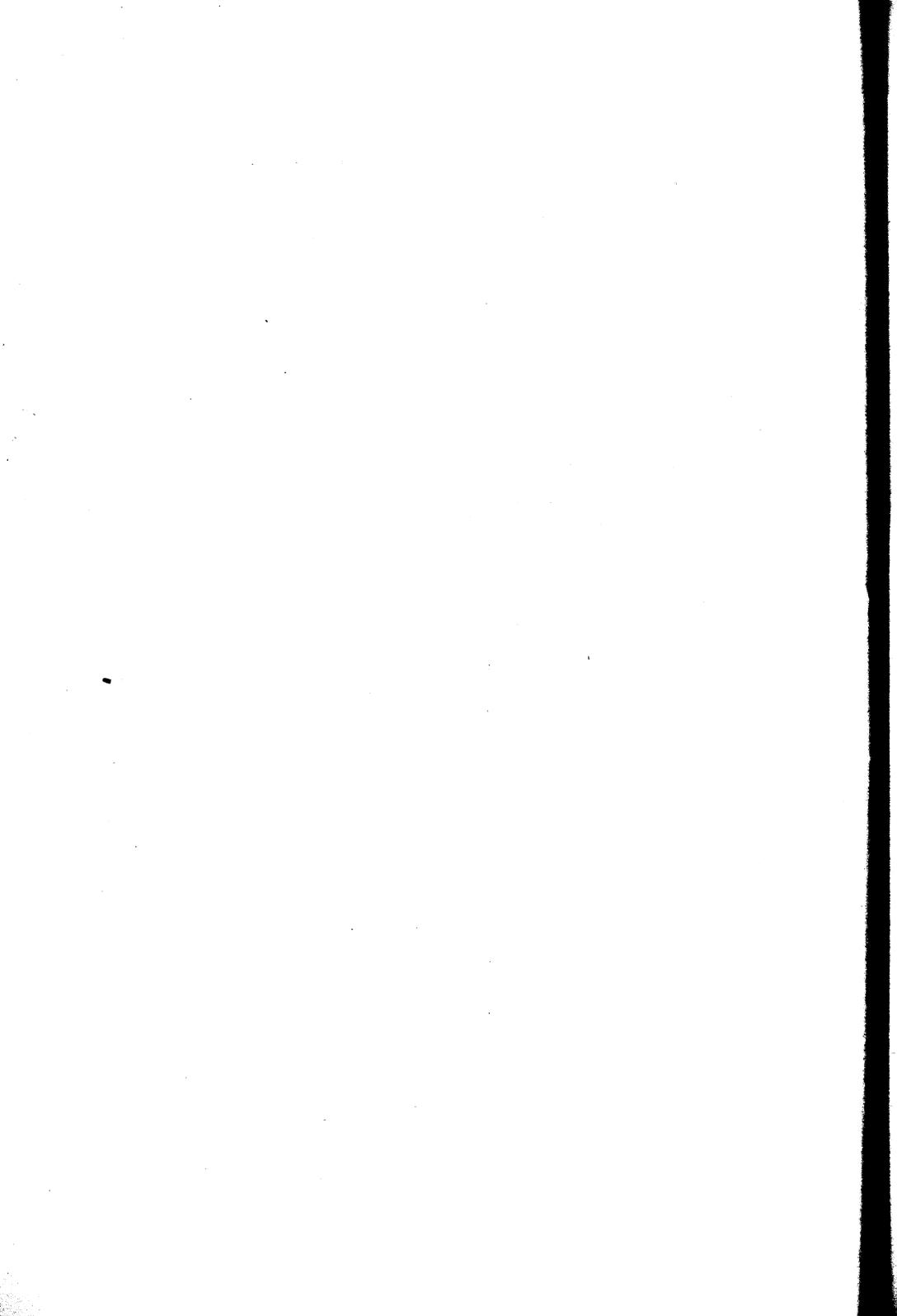
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ejer.)
Anatomía descriptiva	" PEDRO BELOU
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semciología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Médica	" FERNANDO R. TORRES
" Pediatría	" PEDRO LABAQUI
" Ginecología	" LEONIDAS JORGE FACIO
Obstétrica	" ENRIQUE DEMARÍA
Medicina legal	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" J. C. RISSO DOMINGUEZ
	" JOAQUÍN V. GNECCO



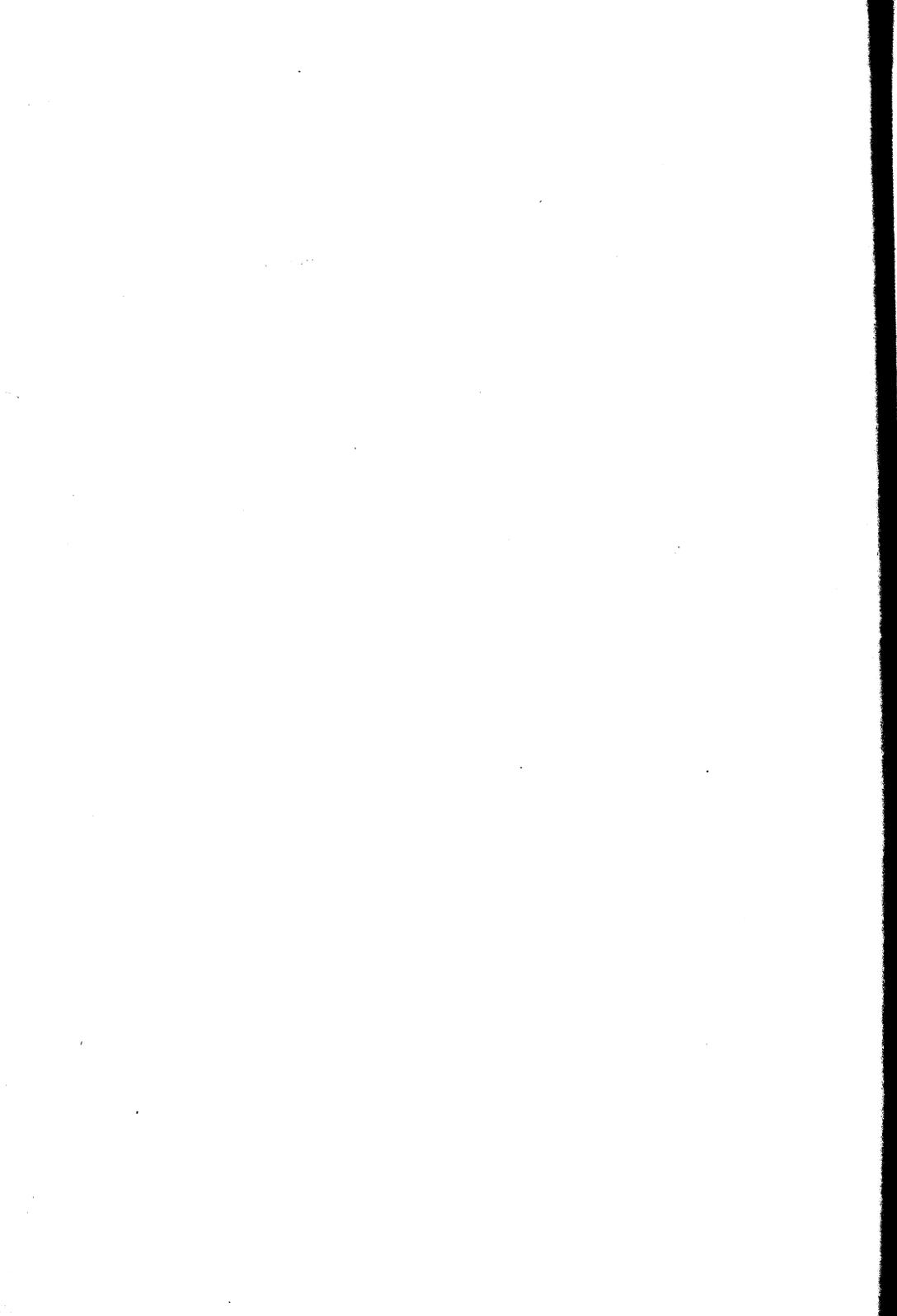
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICÁ (con lic.)
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	„ JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ



Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ „ PASCUAL CORTI „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	„ JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distóico y Clínica Obstétrica	

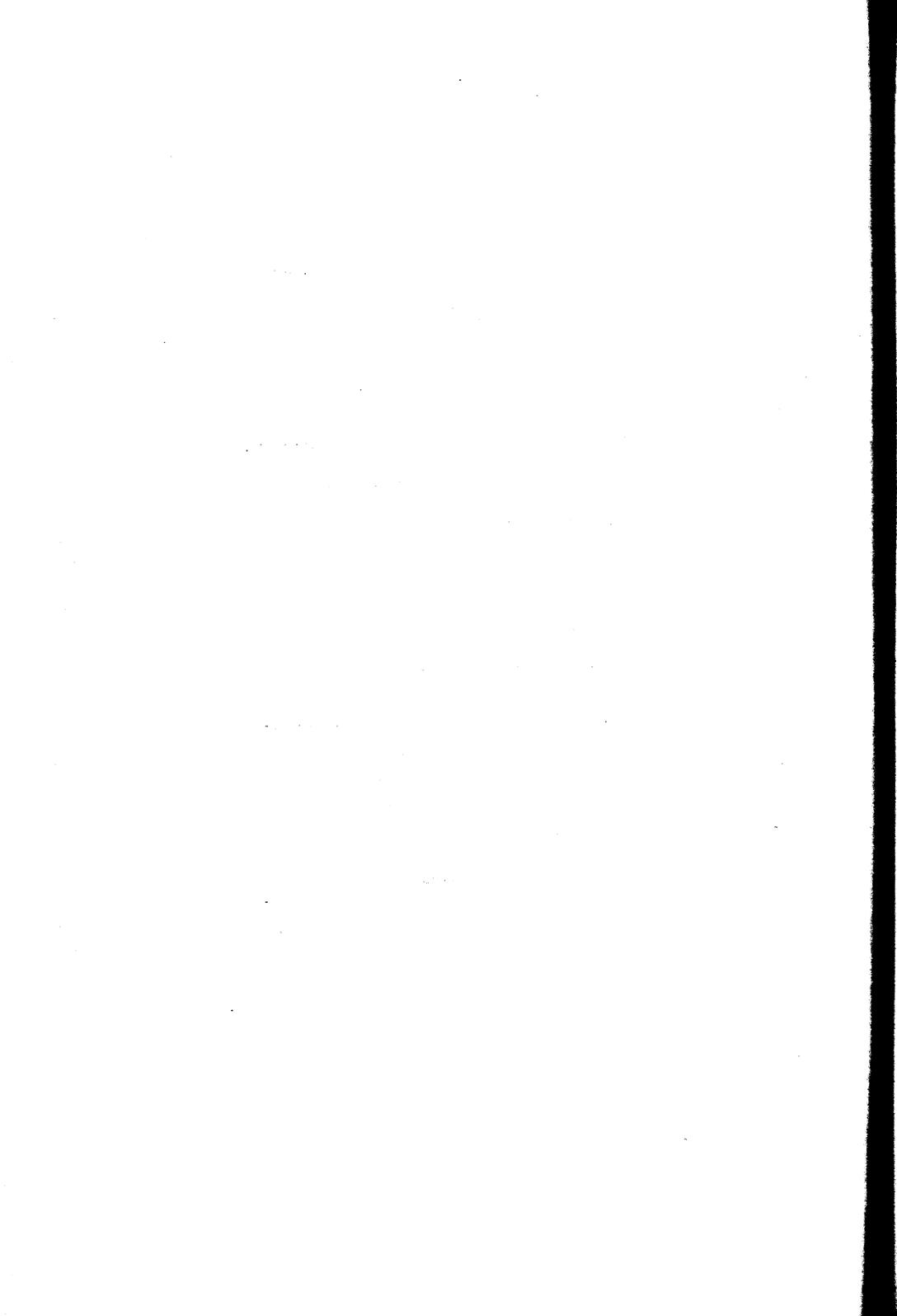
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distóico y Clínica Obstétrica	

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

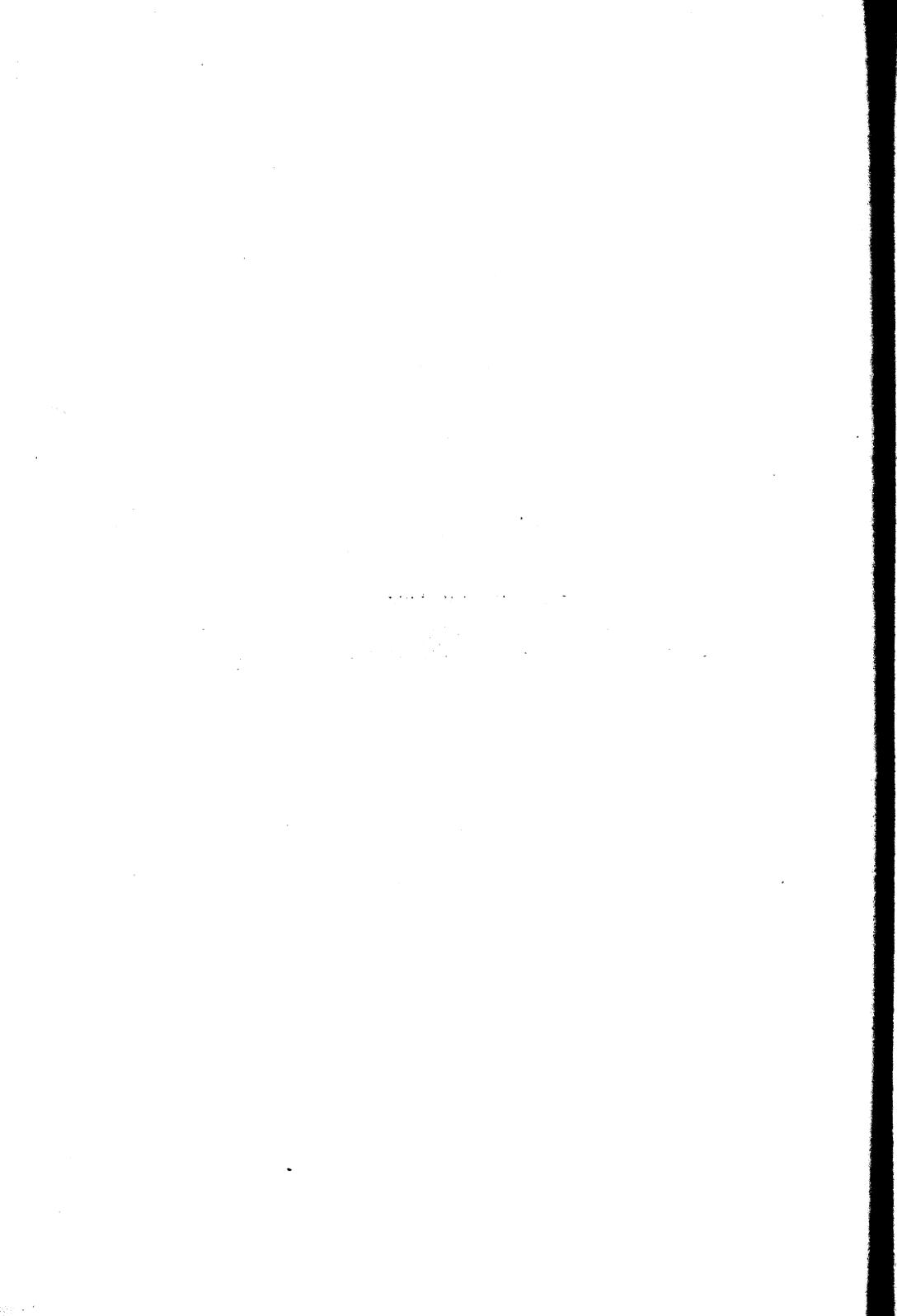
Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

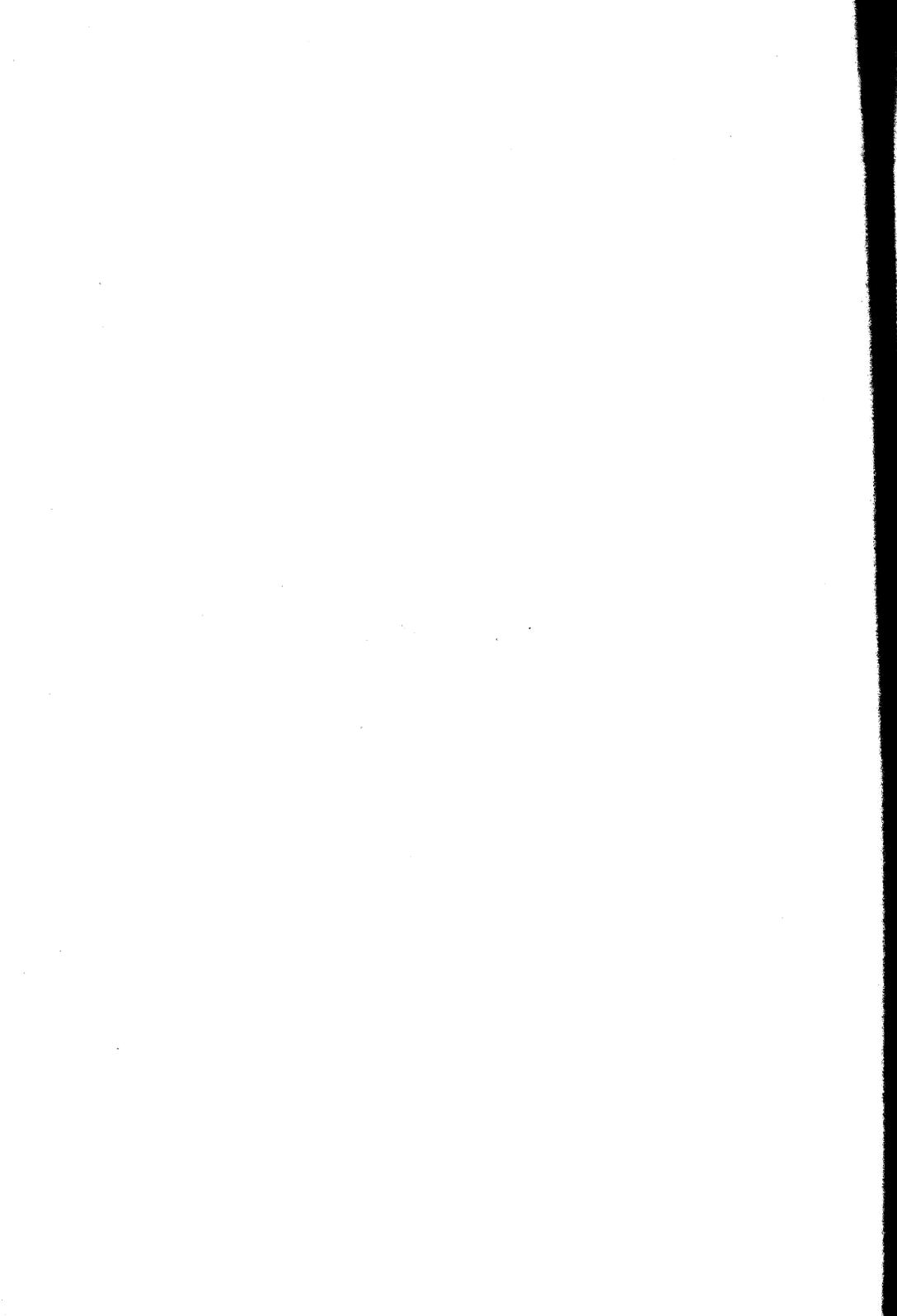


PADRINO DE TESIS:

Dr. Juan José Álvarez y Álvarez



A LA MEMORIA DE MI MADRE



A LOS MIOS



Señores Académicos:

Señores Profesores:

Presento a vuestro ilustrado criterio este modesto trabajo de tesis, sin pretensión de ningún género, hecho con el único objeto de llenar el último requisito que me exige el Reglamento de la Facultad para optar al título de Doctor en Medicina.

Antes de retirarme, séame permitido expresar mi agradecimiento a todos los señores profesores que con sus lecciones y consejos han contribuído a formar mi criterio médico, lo mismo que al doctor Juan Carlos Navarro, por las atenciones que ha tenido conmigo.

Mi más profunda gratitud hacia el doctor Juan José Alvarez y Alvarez, por el alto honor que me hace acompañándome como padrino de la presente tesis.

Los médicos y compañeros de Hospital, reciban este trabajo como la prueba del mayor afecto.

patía-tráqueo-brónquica, pero todos ellos la estudian en niños y hacen principalmente un estudio de la adenopatía brónquica de origen tuberculoso.

Durante mucho tiempo fué el único origen admitido, hasta que otros autores describieron las consecutivas a otras enfermedades y desde entonces, afirmadas por unos y negadas por otros, aparecieron nuevos estudios.

Rilliet y Barthez en 1840 y 42, el cual describió el roncus sonoro que lleva su nombre; después Gueneau de Mussy, en 1868 y 1885, que la estudió tan magistralmente y que inspiró la tesis de su alumno Barety en 1874, que hizo la descripción anatómica de los ganglios mediastinales y que con la clasificación de Becker son las dos que se conocen en la actualidad con algunas modificaciones.

Jules Simon, en 1885 al 87, se ocupa de nuevo de ella; pero no se ocupa sólo de la adenopatía traqueo-brónquica de origen tuberculoso, sino que ya admite la existencia de adenopatías de origen no tuberculoso.

Cadet de Gassicourt la estudió también y le asignó un origen tuberculoso y dice que aunque otros le den otro origen, él no lo creerá, porque nunca ha visto lo que esos autores refieren, y después de haber sostenido y enseñado muchos años esto, fué haciendo poco a poco algunas reservas al respecto.

Geffrier refiere haber visto casos de niños que en los primeros días de la vida tenían un cornaje especial.

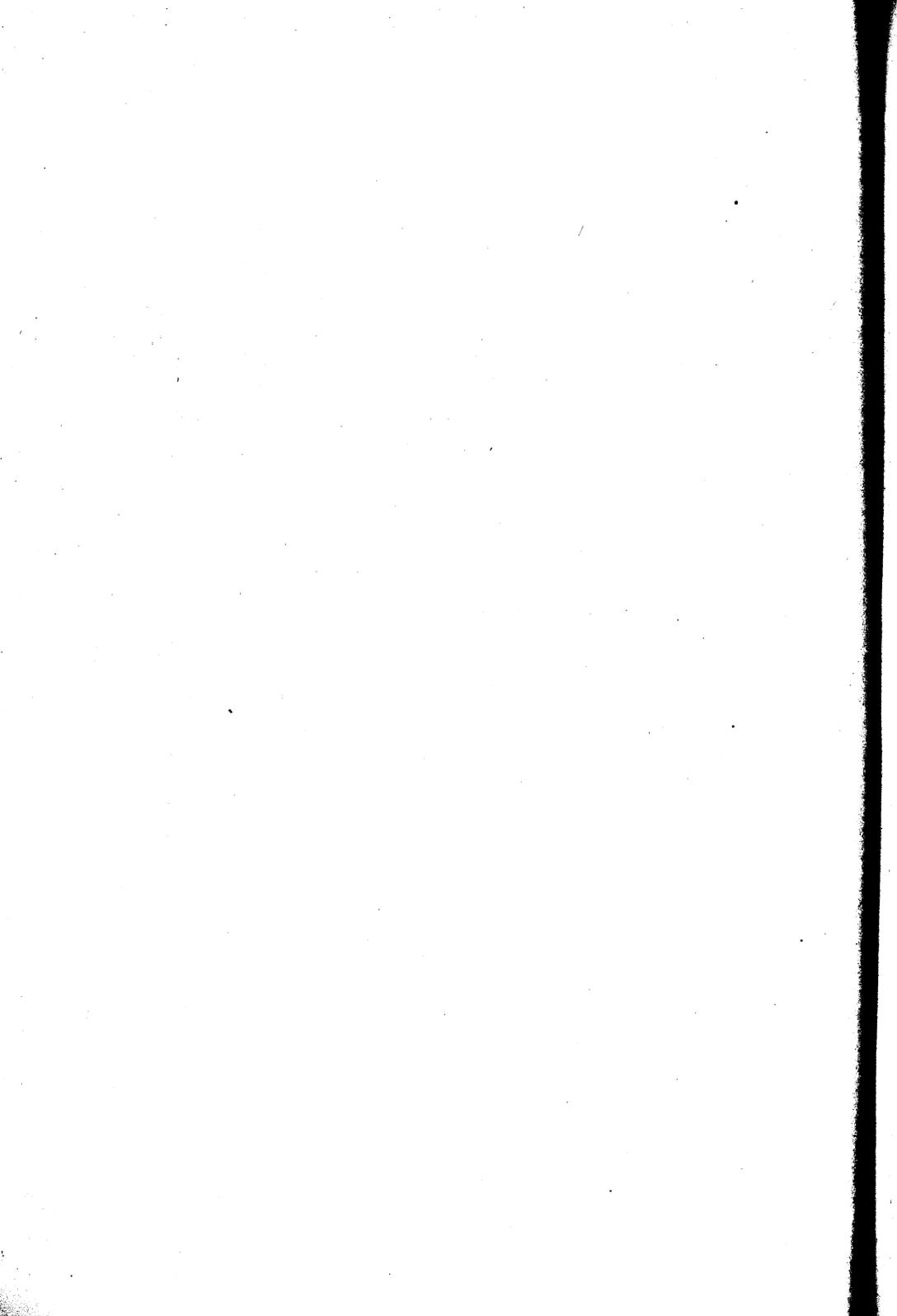
lo cual lo atribuye a una congestión pasajera de los ganglios mediastinales bajo la influencia de un simple coriza y esto mismo fué tratado después por su alumno Jakhinne en 1897 en una tesis.

Hench, ocupándose de la adenopatía-tráqueo-brónquica, dice “que es una enfermedad tal, que algunas veces pasa desapercibida, cuando no tiene todos sus signos clínicos, que es tan difícil de diagnosticarla que hasta pretende ponerla en duda”.

Babes dice que ha encontrado la adenopatía traqueo brónquica en más de la mitad de las autopsias hechas o sea en más del 50 o|o de los casos. Neuman la ha encontrado en no menos del 35 o|o de los casos.

El Profesor Grancher hizo una estadística tomando como base los niños de las escuelas de París y encontró un 14 a 15 o|o de los niños atacados y dice que en las niñas encontró el 17 o|o. Roux y Josserand, en una estadística que comprendía niños de 1 a 15 años encontró que el porcentaje era del 20 o|o. Estos autores piensan que seguramente estas cifras dadas por ellos están muy lejos de la realidad.

Aquí todavía no se han hecho tan grandes estudios; sin embargo, los doctores Penna, Araoz, Alfaro y Centeno se han ocupado de ella. Los doctores Lemos en 1890 y Aranguren en 1902 la han hecho objeto de sus tesis y se han visto algunos estudios en las revistas médicas del país.



ANATOMÍA

Haré un ligero esbozo de los ganglios mediastinales de la región cuya descripción clásica debemos a Barety.

Este autor considera varios grupos ganglionares: un primer grupo ganglionar pretracheobrónquico izquierdo que presenta importantes relaciones con la rama izquierda de la arteria pulmonar y sobre todo con el nervio recurrente, adentro y atrás con el origen del bronquio izquierdo, la tráquea y el esófago.

El grupo ganglionar pretracheobrónquico derecho, que es el más voluminoso al estado normal y más importante bajo el punto de vista clínico. Está alojado entre la vena cava superior, el cayado de la aorta y el pedículo del pulmón derecho, por arriba del cual pasa la vena azigos y se echa en la vena cava superior. Sus relaciones con el nervio neumogástrico derecho y el recurrente son mucho menos inmediatas que a la izquierda.

El grupo intertracheobrónquico está situado en el espacio triangular comprendido entre la cara inferior

de los dos bronquios y corresponde atrás a la cuarta vértebra dorsal.

De cada lado del esternón se encuentran los ganglios retroesternales, situados de cada lado de la primera pieza esternal, al nivel y un poco debajo de la articulación esternoclavicular. El grupo derecho alojado hasta el punto donde la vena yugular interna se reúne al tronco innominado para formar la vena cava superior. El grupo izquierdo, el menos importante, tiene por centro la cara anteroexterna del cayado aórtico entre el nacimiento de la carótida izquierda y el canal arterial.

A estos grupos ganglionares hay que agregar los ganglios intrapulmonares de Nøgeli, ganglios de cuarto orden y que, según Jacques, serían los más importantes.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

En el capítulo Historia hemos visto cuán divididas han estado las opiniones de los autores con respecto a la etiología y patogenia de esta enfermedad.

Algunos sostuvieron que el único origen de la adenopatía tracheobrónquica era el bacilo de la tuberculosis. Esta enfermedad, que es tan común en los niños, se produciría por el contagio; en los niños descendientes de padres tuberculosos o aquellos que por cualquier razón están en contacto directo con enfermos de esta naturaleza.

En los niños cuyo aparato linfático está tan desarrollado y tan pronto para reaccionar, llegado el germen a cualquier parte de las vías respiratorias, éstas lesionarían el ganglio inmediato al sitio implantado, aun sin tener tiempo de producir lesiones clínicas apreciables y aun reconocibles a la autopsia.

De aquí que algunos autores hayan podido sostener la existencia de adenopatías tráqueo-brónquicas de origen primitivo.

Parrot dice haber encontrado casos de enormes

adenopatías traqueo brónquicas con lesiones pulmonares mínimas y aun sin lesiones pulmonares, que en estos casos toma el carácter de primitiva, por más que sea siempre secundaria, pues dice que los ganglios son el espejo del pulmón.

El origen tuberculoso de estas adenopatías es sumamente común. La adenopatía es la primera etapa de la tuberculosis en los niños, dicen; ella presenta una lesión susceptible de curar; pero bajo la influencia de una causa debilitante, sarampión, coqueluche, la tuberculosis podrá despertarse y franquear una nueva etapa.

Delthil le asigna el mismo origen. Hablando de la meningitis en los niños, dice que ella no es nunca primitiva, sino secundaria a una tuberculosis antigua de los ganglios traqueo bronquiales.

Pero como es una ley general que en todos los ganglios de la economía haya una reacción de estos ganglios cuando hay una lesión en el territorio a que ellos pertenecen, los ganglios traqueo brónquicos no pueden substraerse a esta ley y de ahí que podamos encontrar siempre esta lesión en muchas afecciones originadas por procesos pulmonares, pleurales, generales o en las enfermedades infecciosas.

Todas las enfermedades agudas o crónicas del aparato respiratorio son susceptibles de producir las en mayor o menor grado. Desde un catarro naso-faríngeo mantenido al estado de cronicidad por las vegetaciones adenoides, en el cual aparecen poussées congestivas, se

ven aparecer los signos de adenopatía que desaparecen a menudo con la ablación de estas vegetaciones; las anginas, tan comunes, las laringitis, traqueo bronquitis a repetición son capaces de producirlas bajo la influencia de la simple congestión ganglionar, retrogradando a causa de la terminación feliz de la afección que le había dado origen y otras veces en los terrenos predispuestos, adquiriendo una extensión tan grande que quedan subsistentes y siguen su curso progresivo, instalándose la afección con o sin todo su cuadro característico.

Al lado de la tuberculosis hay un cierto número de enfermedades infecciosas que tienen una repercusión bronco pulmonar, tales como el sarampión, la coqueluche, la gripe y las bronconeumonias de diversos orígenes que pueden acompañarse de congestión ganglionar simple. En estos casos es transitoria, bien que pueda traducirse por signos netos; pero cada vez que estos signos persisten varias semanas después de la afección, se está en el derecho de sospechar la tuberculosis y admitir que la enfermedad aguda ha favorecido o despertado la evolución de lesiones tuberculosas y aun mínimas.

Las adenopatías consecutivas a tumores son raras en los niños, pero pueden ser de origen sarcomatoso, de la misma manera que en los viejos son de origen canceroso.

Los linfadenomas pueden generalizarse y produ-

cir adenopatías de este origen. No carecen de malignidad por sus complicaciones.

Pueden producirse adenopatías de origen sífilítico, que pueden encontrarse tanto en la heredo-sífilis como en la sífilis adquirida. Boyer, Mauriac han tratado la adenopatía sífilítica de los ganglios acompañándose de cornaje, sobre todo en el período secundario, pero también el período terciario; para Dufour aparecerían entre los 6 y 15 años y serían de pronóstico benigno bien tratadas. Hoy se las ve menos, porque retrogradan bajo la influencia del tratamiento apropiado.

La linfademia que ataca a todos los ganglios de la economía, produciendo enormes masas ganglionares abollonadas, visibles y reconocibles en el cuello, axila, ingles, puede producir un aumento de volumen de los ganglios bronquiales y constituir una adenopatía de este origen.

Pero los órganos y ganglios del mediastino están envueltos por una capa de tejido celular, la cual puede ser inflamada por la vecindad y esta inflamación, por sí sola, es suficiente para producir algunos síntomas de adenopatía; es necesario buscar metódicamente todos los síntomas y signos para poderla afirmar.

SINTOMATOLOGIA

En todos los autores que hemos visto encontramos la misma división de la clasificación de los síntomas. Hay síntomas funcionales y signos de compresión.

En un sujeto afectado de una cualquiera de las afecciones que conocemos, como capaces de producir una adenopatía traqueo brónquica, aparece un síntoma que llama la atención, aunque en el primer momento puede hacernos alejar de su verdadera causa. Este puede ser: accesos de sofocación, angustia, accesos de disnea diurnos o nocturnos, de intensidad muy variable asemejándose a los accesos de tos de la coqueluche.

Esta tos, que es común, fué llamada por Gueneau de Mussy, tos coqueluchoide. Otras veces son accesos semejantes al asma (asma ganglionar), y otras hay verdaderos espasmos de la glotis.

En estos casos es necesario buscar con cuidado, si no hay otros signos reveladores de la afección que estudiamos. En muchos casos pueden encontrarse, en otros aparecen más tarde y en otros casos no aparecen nunca.

Los signos de compresión de los órganos del me-

diastino pueden faltar; cuando hay una compresión o irritación, el órgano más atacado es el que da la nota dominante.

La compresión de la vena cava superior puede ser realizada por el grupo ganglionar pretraqueo brónquico derecho, que es el más voluminoso y que, como hemos dicho, tiene mayor importancia clínica; teniendo en cuenta que ella va al corazón derecho llevando toda la sangre de la cabeza, cara, parte superior del tórax y miembros superiores, es natural que su compresión dentro del tórax produzca un obstáculo a la circulación de retorno de todas las partes citadas y por consiguiente dilatación, congestión, cianosis y edema de todas estas partes y así tenemos sujetos con una marcada red venosa de la parte superior del cuerpo, red venosa que puede extenderse hacia el abdomen, podemos constatar la circulación invertida, haciéndose por las venas toraco epigástricas largas tegumentosas, o sea el tipo de circulación colateral designado con el nombre de tipo cava superior; esto puede ir acompañado de vértigos, náuseas, ruidos de oídos, epistaxis.

La compresión de las arterias pulmonares produce congestiones pulmonares pasivas y de ahí algunas veces hemoptisis; pero por su misma composición elástica, las arterias escapan mucho más fácilmente a estas compresiones.

Muy próximos a estos ganglios pasan varios nervios que pueden ser comprimidos o irritados, de donde

síntomas de parálisis o de excitación. Cuando sus efectos se producen sobre el neumogástrico, tenemos taquicardia que puede ir hasta 120 y 130 pulsaciones en la radial; con elevación de la presión arterial, o bien bradicardia con disminución de la presión arterial. Y como este mismo nervio, es el respiratorio por excelencia, pues inerva la laringe, tráquea, bronquios y pulmones, de ahí los accesos de tos que la acompañan.

La compresión del nervio laringeo inferior o recurrente, que es la rama del nervio neumogástrico que inerva la laringe, produce los espasmos de la glotis o las parálisis de las cuerdas vocales, reconocibles en la disnea, la disfonía y la ronquera de la voz.

Los nervios del plexus cardíaco pueden ser afectados, y en estos casos se ve sobrevenir en los enfermos verdaderas crisis de angina de pecho. Dieulafoy cita algunos ejemplos de este accidente.

Las compresiones del nervio frénico producen las contracciones del diafragma y por consiguiente accesos de hipo.

El nervio gran simpático puede ser comprimido, y de ahí la desigualdad pupilar.

La compresión de la tráquea produce una disnea continua con un cornaje expiratorio, sin duda porque la ampliación inspiratoria del tórax disminuye la intimidad de las conexiones entre el ganglio y las vías respiratorias, las deja más amplias y más libres para el pasaje de la corriente inspiratoria.

La compresión de un bronquio produce la disminución del murmullo vesicular del pulmón del lado correspondiente al bronquio comprimido; si la compresión es mayor, el murmullo vesicular desaparece y en vez de él tenemos una respiración brónquica que puede ser muy semejante al sopro de la neumonia y que se oye a la altura del íleo del pulmón entre el borde espinal del homóplato y la columna vertebral, que es el sopro interescápulo vertebral de Guéneau de Mussy, que puede ser abarcado con la punta del dedo, pero que puede tener una mayor extensión.

La inspección nos enseña sobre la disnea, el tiraje, la cianosis, la circulación colateral, la retracción de los espacios intercostales. El buen estado general.

La percusión que debe efectuarse débilmente, como recomienda Zuber, que es la que nos da los mayores datos; no obstante, algunos sostienen su poca importancia.

Por la percusión podemos obtener una gran matitez en la parte anterior a la altura de la primera pieza del esternón en los casos de hipertrofia de los ganglios retroesternales, a ambos lados del esternón o de un solo lado del tórax, comprendida una zona que abarca el 2.º y 3.º cartílago costal.

En la parte posterior del tórax una adenopatía puede darnos submatitez o matitez franca a uno o ambos lados del tórax a la altura de la espina del homóplato, entre la columna vertebral y el borde espinal

del homóplato, Para revelarla, cuando es de un lado podemos usar de la percusión comparada de Gueneau de Mussy.

Pero debemos tener presente que en la parte posterior del tórax, en el lado izquierdo, puede percutirse la aurícula en los casos de grandes estrecheces mitrales con mucha dilatación de la aurícula, de modo que esta matitez debemos tenerla en cuenta en caso que no haya una lesión cardíaca de este género.

La palpación puede darnos una disminución o un aumento de las vibraciones vocales .

Signo de d'Espine. — Este signo está fundado en la auscultación de la voz cuchicheada.

Se hace repetir una palabra en voz baja al enfermo, mientras se ausculta las primeras vértebras dorsales y espacios inter-escápulo vertebrales; en los sujetos normales no se oye, pero en los casos de adenopatía traqueo brónquica este síntoma tiene una intensidad tan fuerte como en los casos de derrames pleurales.

Signo de Eustache Smith. — Es un soplo de compresión venosa, y basado sobre la auscultación de los gruesos vasos del cuello. Su autor lo dió como un signo muy precoz y patognomónico de la adenopatía.

Ha sido muy discutido: unos le han negado todo valor, otros han ido más lejos aun, y han negado este signo. Hoy, por fin, ha sido confirmado, y cuando se encuentra es de un gran valor. Sólo que el procedimiento a seguir para tomarlo es algo costoso; es ne-

cesaria la docilidad del niño, que no llore, que no se mueva, que son condiciones difíciles de llenar en algunos casos.

El porcedimiento a seguir consiste en sentar al niño, ponerle la cabeza en hiper-extensión, aplicar el estetoscopio al nivel del manubrio esternal o mejor en la unión del manubrio esternal y del primer cartílago costal derecho. Se oye un murmullo venoso con reforzamiento sistólico que desaparece llevando la cabeza a su posición normal.

La explicación de su signo que da su autor, es que los ganglios hipertrofiados y no adherentes a los órganos vecinos, pero sí a la tráquea, por un proceso de periadenitis, son arrastrados por la tráquea y comprimirían los vasos venosos de la región retro-esternal (tronco venoso braquio cefálico) y principalmente la vena innominada.

FORMAS CLINICAS, MARCHAS Y COMPLICACIONES

Es fácil hacer el diagnóstico de esta enfermedad cuando esta afección se presenta con su cuadro completo, es decir, cuando encontramos perfectamente todos los síntomas y signos que hemos descrito anteriormente. Pero siempre no es así, y hay una porción de casos en donde esta enfermedad se presenta enmascarada con los síntomas de otras afecciones.

Los casos raros son aquellos en que la enfermedad se presenta con una sintomatología tan compleja como la hemos descrito; los casos comunes son aquellos que vienen acompañados de procesos concomitantes, en cuyo caso es bastante difícil diagnosticarla.

Los procesos pulmonares tuberculosos no son raros que acompañen a estas adenopatías, que, como hemos dicho, pueden ser, bien originados por ella o viceversa; en otros casos puede ser originada por un sarampión o una coqueluche prolongada durante varias semanas o varios meses; otras veces evoluciona sola,

como si fuera una enfermedad de origen primitivo y no debemos olvidar que hay casos que evolucionan rápidamente, apareciendo en sujetos en perfecto estado de salud.

Debemos tener en cuenta que la tos que caracteriza a esta enfermedad es un síntoma constante que ha causado muchas veces errores, habiendo hecho suponer una coqueluche que no existía.

En todos los casos de niños convalecientes de enfermedades capaces de producir esta enfermedad, tosedores continuos, que enflaquecen, que se debilitan, que hacen procesos febriles, debemos pensar en que pueda haberse producido una adenopatía. Barthez decía “que siempre que un niño presente síntomas febriles, tos continua, por accesos, sudores, inapetencia y adelgazamiento, en el cual no se pueda constatar lesiones del pulmón que nos expliquen estos hechos, debemos siempre pensar en la adenopatía tráqueo brónquica”.

El Profesor A. M. Centeno ha hecho la observación de que en el período espasmódico de la coqueluche aparecen todos los signos de la adenopatía acompañados de fiebre, sin lesiones de pulmón y que desaparecen una vez que cura la coqueluche y que constituye lo que él ha llamado la coqueluche febril.

Esta enfermedad tiene una marcha crónica. Ella sigue su curso hasta el día en que se produce una complicación casi siempre fatal.

Algunas veces tiende hacia la curación, pero esto

es mucho más raro y sólo sucede en los casos de adenopatía simple.

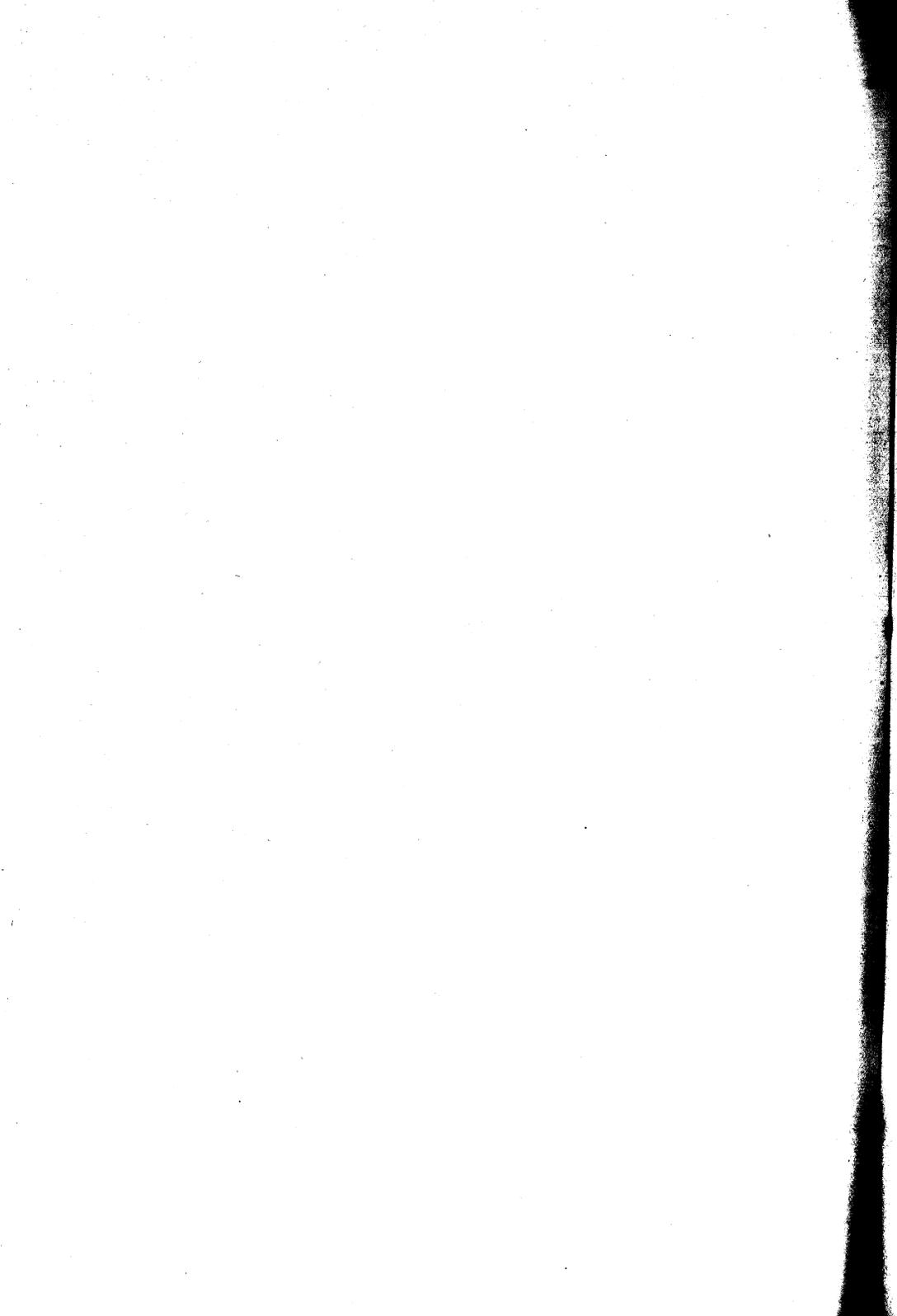
Entre las complicaciones que podemos ver en el curso de la enfermedad, tenemos todas las compresiones de los órganos del mediastino, que pueden considerarse como el primer paso en estas complicaciones.

Otra complicación es cuando los ganglios llegados a un período de abcedación, este pus se fragua una abertura hacia la tráquea o los bronquios. Entonces el pus del absceso hace irrupción en estos órganos y en un acceso de tos sería arrojado al exterior, o bien podría, penetrando en las vías respiratorias, producir un acceso de sofocación mortal.

Un ganglio abcedado puede abrirse en el pulmón y producir un neumotórax; la comunicación, con un grueso vaso, produciría una hemorragia fulminante; su abertura en el esófago sería de menores consecuencias.

El pronóstico de esta enfermedad es benigno en los casos de adenopatía simple, y es grave en los casos de adenopatía de origen tuberculoso o consecutiva a tumores.

La terminación de esta enfermedad puede ser la muerte rápida por hemorragia o síncope por parálisis del neumogástrico, por una granulía generalizada o por meningitis tuberculosa.



DIAGNOSTICO

Para hacer el diagnóstico de la adenopatía tráqueo brónquica, debemos tener en cuenta los signos ganglionares, el examen radioscópico y la cutirreacción.

Entre los signos ganglionares tenemos las dos zonas anterior y posterior, que corresponden a los ganglios enfermos más cercanos a estas regiones. En estas regiones la percusión débil debe darnos submatitez o matitez en las grandes adenopatías, pero que algunas veces puede darnos una elevación de tonalidad. Estas modificaciones se acompañan de disminución de la elasticidad y aumento de resistencia que puede ser percibida por el dedo. Proceso raramente bilateral, se encuentra más marcado del lado derecho.

La auscultación nos da un soplo brónquico expiratorio.

La auscultación de las apófisis espinosas de las primeras vértebras dorsales y espacios inter-escapulares puede revelarnos la voz cuchicheada o signo de d'Espine.

En la región anterior podemos obtener la matitez

y por la auscultación el murmullo continuo venoso en la hiper-extensión de la cabeza o signo de Eustache Smith.

El examen radioscópico puede ser una indicación complementaria o un control de los signos obtenidos por el examen clínico.

Se deben hacer varias pruebas. Estas se llevarán sobre la cara anterior, cara posterior y otras dos tomadas en las posiciones oblicuas derecha e izquierda.

Este método de investigación no debe ser descuidado, pero él no puede ser empleado por sí solo para establecer el diagnóstico.

La cutirreacción siendo positiva en niños en que no se encuentre ningún foco apreciable de tuberculosis, debe hacernos pensar en adenopatía traqueo brónquica de este origen.

TERAPEUTICA Y TRATAMIENTO

El tratamiento se divide en profiláctico, paliativo y curativo.

Como medida profiláctica, debemos hacer la anti-sepsia de la boca y vías respiratorias en todas las enfermedades de estos aparatos.

En los casos que se constaten los signos de esta enfermedad, debemos hacer el tratamiento paliativo para disminuir los síntomas que tanto molestan a los enfermos y curativo.

Contra la tos se usan el bromuro de potasio, de sodio, aconito, belladona, bromoformo, agua laurel cerezo, morfina en inyecciones hipodérmicas.

Contra la misma adenopatía, los repulsivos: pinturas con trementina, con tintura de yodo.

Levantar el estado general y mejorar el terreno por medio del aceite de hígado de bacalao, el jarabe yodotánico, el arsénico.

Pero lo que ejerce mayor influencia es la climatoterapia y cura marítima.

Los niños deben ser llevados al aire libre. Según la célebre frase de Grancher, "el niño debe ser puesto

a doble ración de aireación y de alimentación y a media jornada de trabajo, debiendo entender por este trabajo, sea tanto el ejercicio muscular como el trabajo cerebral”.

Este método puede ser substituído por la cura marítima. Para esto se deben elegir las costas del mar. Barbier sostenía en el Congreso de Climatoterapia d'Arcachón en 1905, sobre la diferencia que hay entre zonas marítimas y marinas, diciendo que las primeras se distinguían por el hecho de que las flores retoñaban y las segundas porque eran inaptas para la vegetación y para todas las afecciones tuberculosas de las vías respiratorias son necesarias las zonas marítimas. A esto hay que agregar un régimen de vida regular.

La helioterapia puede jugar también un gran rol en el aumento de las resistencias orgánicas y la mejoría del terreno, por medio de los baños de sol bien reglamentados para evitar las insolaciones.

Los sitios de altitud también pueden prestar grandes beneficios a estos enfermos.

Para esto se deben elegir las estaciones de altitud en donde la zona de vapores atmosféricos, siendo más delgada, permita una más grande penetración de los rayos ultravioletas que son, como ya está demostrado, lo más activo en estos casos.

Su acción es tan poderosa como la de los baños de sol y a orillas del mar, como lo prueba la rápida pigmentación de los enfermos sometidos a estos tratamientos.

HOSPITAL NACIONAL LAS HERAS
DIRECTOR: DR. J. T. ROSSELLO
CONSULTORIO EXTERNO

Nombre. — J. G., 1 año, argentino.

Antecedentes hereditarios. — Abuelos sanos, padre y madre sanos; dos tíos han muerto tuberculosos.

Antecedentes familiares. — Hermanos todos sanos.

Antecedentes personales. — Es el cuarto hijo.

Parto normal. — Niño nacido a término.

Alimentado a pecho materno. — A los tres meses ha tenido una bronquitis.

Enfermedad actual. — Hace varios días que la madre le nota fiebre y tos.

Estado actual. — Temperatura, 39°. Pulso 120, regular, buena tensión. Disnea 70 respiraciones por minuto. Tiraje supra e infra-esternal, cianosis de los labios, latidos de las alas de la nariz.

En ambos pulmones, a la auscultación por delante y por detrás, se oyen sibilancias y rales de congestión.

Palpación y percusión. — Nada.

Corazón. — Choque de la punta no se ve ni se palpa. Area cardíaca normal. Tonos normales.

Hígado. — Borde superior a la altura del 5.º espacio. Borde inferior a la altura del reborde costal.

Bazo. — No se palpa.

Abdomen. — No tiene nada anormal.

Diagnóstico. — Bronquitis congestiva.

Se le hace tratamiento y mejora.

Es traído por segunda vez a las 6 semanas.

El niño tose, adelgaza visiblemente, aparecen elevaciones y descensos de la temperatura y una tos espasmódica que lo pone muy intranquilo.

Boca, encías, amígdalas. — Nada de anormal.

Cuello, cara, tórax. — Se ven las venas algo dilatadas.

Tórax. — Pulmón derecho a la auscultación por delante y por detrás roncus.

Palpación. — Vibraciones aumentadas.

Percusión. — Submatitez en el espacio inter-escápulo vertebral; por delante sonoridad normal.

Pulmón izquierdo. — A la auscultación, respiración ruda en el vértice, en la base, roncus y sibilancias y rales de burbujas, vibraciones aumentadas y en este mismo punto una zona de matitez.

Se hace dermo reacción: da francamente positiva.

Diagnóstico. — Tuberculosis pulmonar con adenopatía traqueo brónquica.

Se manda hacer examen radioscópico y se confirma una enorme adenopatía traqueo brónquica. El pulmón izquierdo, en su base, presenta un foco de reblandecimiento.

Tratamiento. — Tiocol, criogenina, revulsión con tintura de yodo, baños de sol sobre el tórax de 10 minutos, régimen alimenticio contra la tos, aconito y belladona.

Después de varios meses de tratamiento, se ve que la adenopatía es menor, pero el proceso pulmonar avanza y el niño muere.

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS
CLINICA PEDIATRICA
SERVICIO DEL PROF: A. M. CENTENO

Cama 7; nombre, J. V., 1 año, argentino.

Diagnóstico. — Adenopatía tráqueo brónquica.

Muerte por bronconeumonía.

Antecedentes hereditarios. — Padre con tos permanente desde 13 o 14 años, fiebre, escalofríos nocturnos, muy predispuesto a los resfríos; madre enferma, padece de dolores óseos. Tratada hace 10 o 11 años con yoduro de potasio y fricciones. El abuelo materno murió a los 56 años, habiendo tenido hemoptisis, fiebre, sudores nocturnos y espectoración abundante.

Antecedentes familiares. — Dos partos prematuros a los 8 meses; dos niños nacidos muertos y cuatro hermanos que viven. La mayor de 6 años es idiota, repite lo que oye decir, respondiendo con incoherencias a las preguntas que se le dirigen. Otra de las hermanas de 4 años, tiene por temporadas fiebre, sudores nocturnos, propensa a las bronquitis; de los cuatro, el que queda es sano.

Antecedentes personales. — Nacido a término, aun-

que laborioso; fué criado hasta los cuarenta días con leche materna y desde entonces hasta la decha con leche de vaca.

Ya ha tenido dos entradas en esta sala.

Desde que comienza a alimentarse con leche de vaca, el niño se descompone, disminuyendo de peso y sufriendo continuamente de trastornos gastrointestinales. Propensión a resfríos; muy a menudo bronquitis a repetición.

Enfermedad actual. — Desde hace quince días tiene tos y fiebre; por eso viene al consultorio, donde se le prescribió una poción espectorante que lo calmó en parte.

La madre lo trae porque la fiebre persiste, aumentando por la noche; la tos continúa, aunque disminuía. No pierde el apetito, que es bueno. Hace quince días tiene una gran constipación que no cedía al tratamiento por enemas y purgante. Después de cuatro días empezó la diarrea que persiste hasta la fecha, con 3 o 4 deposiciones diarias.

El 3 de Agosto es dado de alta por varicela.

Estado actual. — Niño enflaquecido, con escaso páncreo adiposo, esqueleto bien desarrollado para su edad; fontanela existe, ligeramente deprimida, piel y mucosas pálidas.

Boca y faringe. — Nada anormal.

Tórax. — En el tórax se observa ligera red venosa. Amplitud respiratoria disminuía, respiraciones rápi-

das, 48 por minuto, entrecortadas por pequeños accesos de tos, húmeda y ligera.

Tiraje supra-esternal, supra-clavicular, epigástrico y costal bien marcados.

Rales palpables inspiratorios y expiratorios; más marcados en la inspiración y al nivel de la base de ambos pulmones.

- Percusión. — Matitez en los dos espacios inter-es-cápulo vertebrales.

Octubre 23. — Se lo nota pálido. Se constata bronconeumonía con grandes focos en ambas bases. Envolturas húmedas. Balneación.

Muere el 24.

A la autopsia. — Los pulmones sembrados de nódulos pequeños, blanco-amarillentos, más abundantes en el lado derecho.

Los ganglios peritraqueo brónquicos están aumentados de volumen, del tamaño de un huevo de gallina y transformados totalmente en substancia caseosa.

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS

CLINICA PEDIATRICA

SERVICIO DEL PROF. A. M. CENTENO

Cama 10; nombre, A. D., 3 años, argentino.

Antecedentes hereditarios y familiares sin importancia.

Antecedentes personales. — Es el séptimo hijo.

Nacido a término, parto normal, niño de aspecto sano al nacer, creado a pecho 1 año, pero desde los 6 meses ha tenido una lactancia mixta, fué sano hasta los 2 1/2 años. A esta edad tuvo sarampión. Tardó 3 meses en reponerse de esta enfermedad quedando, con hipertrofia ganglionar en el cuello, esos ganglios se fistulizaron a los 6 meses. El niño se repuso y hasta el mes de Setiembre estuvo en buen estado general., época en que tuvo coqueluche. El niño empezó a tener edemas hace un mes; primero se agrandó el vientre (ascitis) después se le notaron en los pies a la vez que empezó a tener fatiga y color cianótico de los labios. Los 9 hermanos son sanos. Los padres sanos.

Estado actual. — En general el niño tiene que permanecer sentado, no obstante puede estar acostado pero por muy poco tiempo; presenta en el lado derecho del cuello cicatrices de ganglios que han supurado.

La piel es pálida, cianótica en general, con acentuación de la cianosis en las extremidades de los dedos, nariz, pabellón de las orejas, labios y mucosas.

Llama la atención el edema que presenta. Edema blando, se acompaña de ascitis.

En el lado derecho e izquierdo del cuello, se palpan unos grandes y otros más pequeños los ganglios superficiales, indoloros, no adherentes, sin periadenitis; un paquete de ganglios de la ascila duelen.

El edema es mucho más marcado en el brazo y pierna derechos; no se lo observa en las bolsas.

En el curso del examen tiene un acceso de coque-luche.

Ojos. — Se encuentra miosis.

Cuello. — Latidos venosos visibles.

Tórax. — Ensanchado en la base, con depresiones de sus partes antero laterales en los movimientos inspiratorios. Respiración regular, igual, de igual amplitud en los dos lados, conservando el predominio inspiratorio—50 por minuto.

Corazón. — Punta no se ve ni se palpa. Se ausculta en el 5.º espacio por dentro de la línea mamilar.

Tonos bien. El límite derecho del área cardíaca imposible de delimitar porque toda la parte anterior derecha de ese lado está sub-mate.

Pulmón derecho. — A la auscultación por delante, respiración brónquica y gran cantidad de rales de diverso tamaño, también finos.

Pulmón izquierdo. — Por delante sonido percutorio normal; auscultación, respiración vesicular vicariante.

Tórax por detrás y a ambos lados sonoridad conservada hasta la base. A la auscultación en ambos lados encontramos las bases con rales congestivos abundantes.

Abdomen. — Globuloso, ombligo saliente, sonoro menos en los puntos declives.

Hígado. — A la palpación es notable el agranda-

miento del hígado; de borde liso, algo doloroso y pasando de cuatro traveses de dedo el rebordé costal. Bazo no se palpa.

Pulso regular e igual, poco tenso, 150 por minuto. Se le administró un purgante y ventosas cortadas.

Diciembre 11. — La radiscopía da una gran sombra mediana que corresponde a la sombra cardíaca y que hacia el lado derecho no se delimita con nitidez, llegando casi a cubrir la imagen de ese hemitórax, dejando una angosta zona clara.

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS

CLINICA PEDIATRICA

SERVICIO DEL PROF. A. M. CENTENO

Nombre: C. A., 7 años, argentino.

Diagnóstico. — Adenopatía traqueo-brónquica.

Antecedentes personales. — En Diciembre de 1910 el niño tuvo varicela, la que en plena erupción se complicó de sarampión (con sus trastornos mucosos, coriza, bronquitis, diarrea, etc.) Desde entonces a la fecha le ha quedado una tos persistente, que cede momentáneamente al tratamiento, para reparacer cuando cesa éste. Este sarampión se complicó de bronceo-neumonía.

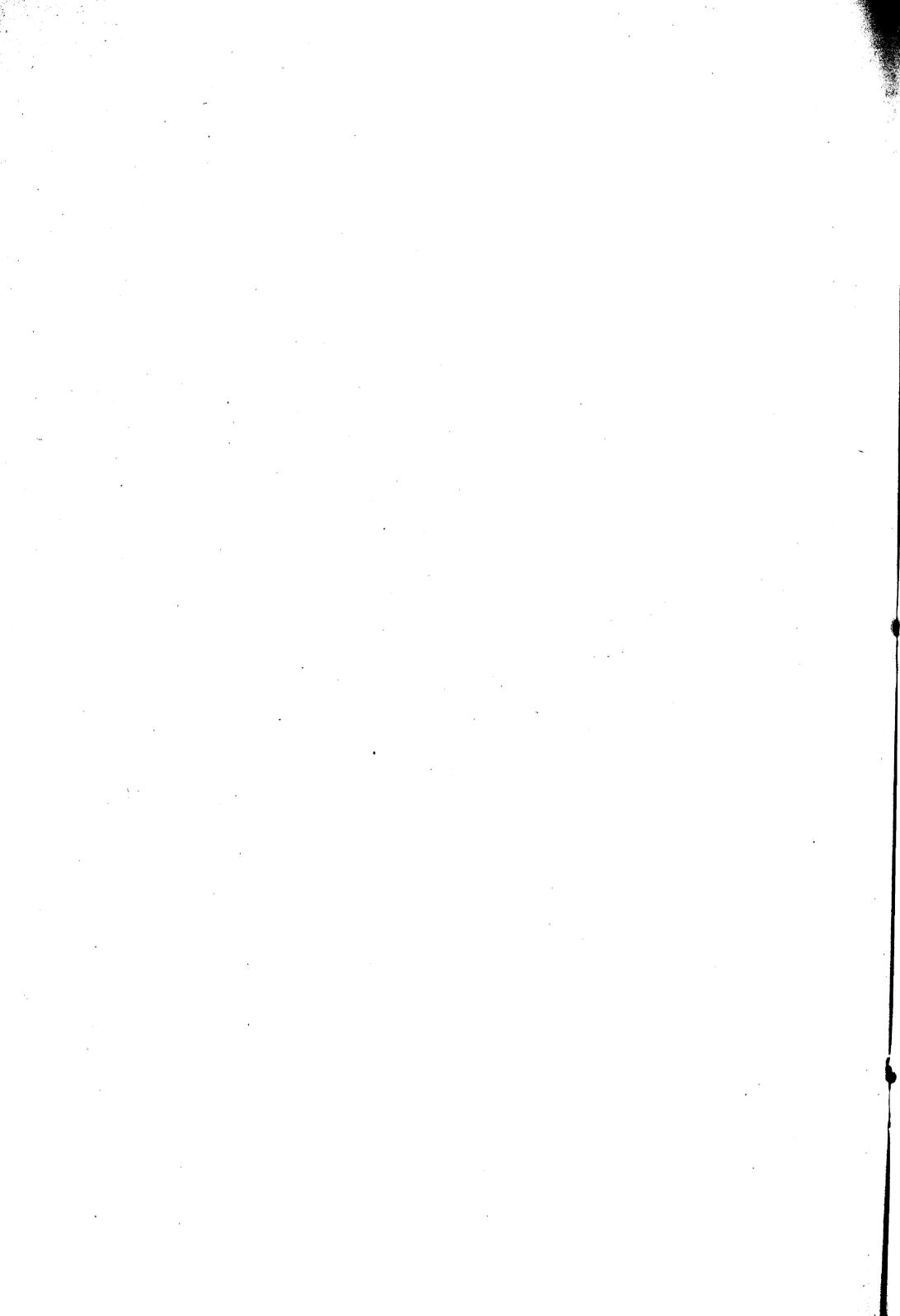
Examinado presenta todos los síntomas y signos de una adenopatía.

Se entiede la voz cuchicheada en el espacio inter-
escapular o signo de d'Espine.

El examen a la pantalla fluoroscópica muestra una
obscuridad difusa en la región ganglionar de ambos
híleos pulmonares, con un ligero aumento en la línea
mediana.

R. GONZÁLEZ FIGUEROA.





BIBLIOGRAFIA

- Testut.* — Traité d'Anatomie humaine (5.^a E).
- Testut et Jacob.* — Traité d'Anatomie Topographique.
- Collet.* — Précis de Pathologie Interne.
- Dieulafoy.* — Manuel de Pathologie Interne.
- Apert.* — Précis des maladies des enfants.
- Comby.* — Traité des maladies de l'enfance.
- Gueneau de Mussy.* — Clinique Médicale.
- Barèty.* — De l'adenopathie-trachéo-bronchique en général.
- Bougarel Louis.* — L'adenopathie trachéo-bronchique des nourrissons. Tesis.
- Breton Paul.* — Signes physiques de l'adenopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. Tesis.
- Armand Delille.* — L'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.
- Centeno A. M.* — Adenopatías tráqueo-brónquicas. Coqueluche febril.
- Ramón Aranguren.* — Contribución al estudio de la adenop. traq. bronq.
- Julio Lemos.* — Adenop. traq. bronq.
- Pedro Gómez Cello.* — Síndrome Mediastinal.



Buenos Aires, Marzo 28 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Abel Ayerza al profesor suplente en ejercicio doctor Pedro Elizalde y al profesor suplente doctor Mamerto Acuña para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿El signo de Eustache Smith, es revelador de la adenopatía tráqueo brónquica?

A. AYERZA

II

Imágenes radioescópicas y radiográficas de la adenopatía tráqueo brónquica.

P. ELIZALDE

III

Diagnóstico de la adenopatía tráqueo brónquica.

M. ACUÑA

Buenos Aires, Abril 18 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2767 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

EDUARDO OBEJERO

J. A. Gabastou

Secretario

30659