52 R
3071

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

PULSACIÓN LARINGO-TRAQUEAL

EN CIERTOS ANEURISMAS DEL CAYADO AÓRTICO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. BORZONE
EX-PRACTICANTE MAYOR Y MÉDICO INTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO

BUENOS AIRES
Imp. y Taller de Fotograbados de F. Ortega, Perú 662-72
1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

PULSACIÓN LARINGO-TRAQUEAL

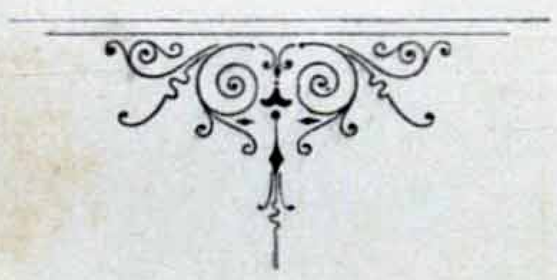
EN CIERTOS ANEURISMAS DEL CAYADO AÓRTICO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. BORZONE
EX-PRACTICANTE MAYOR Y MÉDICO INTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO



BUENOS AIRES
Imp. y Taller de Fotograbados de F. Ortega, Perú 662-72
1899

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. Enrique E. del Arca

VICE-DECANO (en ejercicio)

Doctor D. José T. Baca

ACADEMICOS TITULARES

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Eliseo Cantón
» » Luis Guemes

ACADEMICOS HONORARIOS

Doctor D. Ernesto A. Berg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Edmundo Noccar

SECRETARIO

Doctor D. Luis M. Acuña

PRO-SECRETARIO

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedràticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred
Clínica Quirúrgica	Doctres	Julián Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica Médica	Doctres	Luis Güemes Francisco A. Sicardi Abel Ayerza Gregorio N. Chaves
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina
Medicina legal	»	Vacante
Génito Urinario	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina	Doctres	Pedro N. Arata Atanasio Quiroga
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa
Zoología médica	»	Eliseo Cantón
Toxicología	»	Juan B. Señorans
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar
Botánica médica	»	Martín Spuch
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda
Química analítica	»	Atanasio Quiroga
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica
Dentística operatoria	»	León Pereyra

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero
Higiene pública y privada	Doctres	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Aráoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Doctres	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	»	José Badía
Medicina operatoria	»	Nicolás Repeto
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Doctres	José F. Molinari Alfredo Lagarde
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamín T. Solari
Clínica Quirúrgica	Doctres	Juan B. Justo Alejandro Posadas Diógenes Decoud
Clínica Médica	»	Julio Méndez Patricio Fleming Ignacio Allende
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano
Obstetricia y su Clínica	»	Luis F. Vila
Medicina legal	Doctres	F. de Veyga Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor	Francisco P. Lavalle
Farmacia práctica	»	J. B. Reyes
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello y E. Segura
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
Odontología		Vacante
Toxicología	»	Juan Alba Carrera
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica	»	Roberto S. Kalle

Padrino de Tesis:

Académico Dr. José T. Baca

A la memoria de mi Madre

A mi Padre

A mis Hermanos

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumpliendo con lo que prescribe el reglamento, vengo á presentaros mi última y modesta prueba. El tema que he elegido para presentar mi Tesis Inaugural, «La pulsación laringo-traqueal de Cardarelli», *que los autores ingleses y franceses abarcan bajo la misma denominación "Traqueal tugging, Secousse tracheale" que la sacudida traqueal de Oliver, Errart, Grimsdole.*

Haré cuanto me sea posible por tratarlo tan extensamente, como mis fuerzas y la naturaleza del trabajo que presento me lo permitan.

Me limitaré en este trabajo á hacer una reseña histórica de los estudios hechos en Inglaterra, Italia y Francia; enumerar y comparar los varios métodos de recoger el síntoma, su interpretación y su mecanismo, hacer notar la diferencia que existe entre el síntoma de Oliver y el de Cardarelli, y por último, presentar los casos por mí observados, en los cuales el diagnóstico de Aneurisma del Cayado Aórtico, hecho por la observación del síntoma de Cardarelli, ha quedado confirmado.

La dificultad del diagnóstico de ciertos aneurismas del cayado aórtico, puede inducir al clínico más experto á un falso diagnóstico debido á que similan perfectamente ciertas afecciones de las vías ácreas y especialmente de la laringe.

Casi no hay clínicos, que en sus estadísticas no tengan casos, en los cuales éllos habían hecho diagnósticos de afecciones de las vías ácreas, en los que la muerte, seguida de la autopsia, se han encargado de desmentirlos, poniéndolos frente á un saco Aneurismático que había pasado desapercibido para éllos.

La dificultad del diagnóstico, es producida por la extrema pequeñez del saco, que muchas veces no excede á aquel de una cereza, adhiriéndose íntimamente á la tráquea, comprimiéndola y desgastando sus anillos, puede abrirse camino hacia la luz del tubo produciendo una oclusión mortal del conducto ácreo, sin que se haya

observado uno solo de los signos físicos que pueden conducir al médico al diagnóstico del Aneurisma.

Lo mismo puede decirse de aquellos aneurismas que se forman en la concavidad del cayado ó en su pared anterior, y que por la presión que ejercen sobre el recurrente izquierdo, pueden producir en la laringe modificaciones capaces de simular perfectamente una afección de este órgano.

Comunmente, como las aiteraciones vocales son el único ó el que más llama la atención de los síntomas que el enfermo presenta, pueden inducir al médico á tratarle como un simple catarro laríngeo, una paralísis de las cuerdas vocales, una hiperemia laríngea, etc., como sucedió en mi primera observación.

Creo inútil citar casos de esta naturaleza, pues Cardarelli, Potain y otros citan muchos, en los cuales éllos mismos habían sido inducidos á error.

La dificultad para reconocer el aneurisma interno, en algunos casos es realmente grande: se puede comprender esto, tomando como punto de comparación los casos, afortunadamente raros, de aneurismas externos, confundidos con abcesoso y abiertos como tales por cirujanos de reconocida competencia; de esto se puede desprender, como en el aneurisma interno, que las causas de error en el diagnóstico pueden ser numerosas y fáciles de cometerse.

Esta dificultad de diagnóstico, sobre la cual llamó la

atención el profesor Cardarelli en su libro *Aneurisma de la Aorta* (1868), puede ahora ser subsanada, debido á los trabajos del antedicho profesor, de Oliver, Mac Donnell, Lugana y otros.

En 1878, Oliver, en una no muy extensa carta dirigida á los redactores del *Lancet,* llamó la atención sobre un signo de diagnóstico en estos casos de aneurismas; *La Sacudida-Traqueal, Tracheal-Tugging,* de los ingleses; *Seccousse-tracheale*, de los franceses; publicación que no tuvo repercusión alguna en su época, y aún en Inglaterra nadie se ocupó de ella, quedando desconocida para muchos clínicos.

En esta carta, he aquí todo lo que Oliver dice de su síntoma, después de llamar la atención sobre la dificultad del diagnóstico, en ciertos aneurismas del cayado aórtico, habla de su método de examen que dice le da material suficiente para el diagnóstico; el procedimiento que sigue es el siguiente: "Situad al enfermo en posición de pié, hacedle cerrar la boca y elevar el menton cuanto sea posible; entonces tomad el cartílago cricóides entre el pulgar y el índice, y ejerced sobre él una ligera presión hacia arriba; en estas condiciones, si la dilatación ó el aneurisma existe, la pulsación de la aorta será sentida distintamente transmitida á través de la tráquea á la mano. El acto del examen aumentará la ansiedad laríngea, si esta acompaña la enfermedad".

La pulsación en este método de observar es sentida

de arriba hacia abajo, en sentido vertical, lo mismo que en los demás procedimientos ingleses, según veremos más adelante.

Sus sucesores en el Hospital de Montreal continuar n sus observaciones sobre este síntoma, y en 1891, Mac-Donnel publicó en el *Lancet* los resultados de las observaciones hechas en el Hospital General de Montreal, basadas en 25 casos, que lo inducen á sentar las siguientes conclusiones:

Primera. — La Sacudida traqueal no existe más que en el aneurisma.

Segunda. — Cuando la Sacudida traqueal existe, el aneurisma está situado de manera á presionar de arriba á bajo el bronquio izquierdo.

Tercera. — La Sacudida traqueal puede existir aunque los demás signos físicos falten en absoluto.

Cuarta. — La Sacudida traqueal no existe en el aneurisma que no tiene su asiento en la porción transversa del cayado aórtico.

Quinta. — La compresión directa de la tráquea, no produce la Sacudida traqueal.

Ewart, que también se ocupó del asunto, publicó un nuevo procedimiento para la investigación del síntoma de Oliver.

Procedimiento Ewart. – El investigador debe tenerse de pié detrás del enfermo, cuya cabeza, si es posible, debe hacerla apoyar sobre su pecho; entonces, coloca la

punta de los dos índices bajo el cartílago cricoides, levanta delicadamente este cartílago y con él la tráquea.

La laringe está así en equilibrio entre los pulpejos de los dedos y se percibe la más mínima sacudida.

Pero bien pronto aparecen los contradictores á este síntoma: en *El Practitioner* (Febrero 1892), Grimsdale, discípulo de Ewart, levanta su voz contra la importancia que han dado á este signo los demás autores.

Al procedimiento primitivo de Oliver, él prefiere dos métodos: el primero, el de su maestro Ewart; el segundo, le pertenece y lo ha empleado en sí mismo. Es una modificación al método precedente: consiste en colocar la punta de uno de los dos dedos bajo el cricòides, en lugar de los índices; método que permite observarse á sí mismo, por lo que Martín Durr, lo ha llamado *Procedimiento de anto-exámen.*

Grimsdale observa en sí mismo y en dos de sus amigos la existencia de la Sacudida traqueal, lo que le indujo á comunicarlo á su maestro, y juntos estudian, en enfermos tomados al acaso, la existencia de la Sacudida traqueal. De sus investigaciones resulta que, sobre 55 mujeres examinadas, éllos, encuentran en 15 casos la Sacudida traqueal; sobre 63 hombres, 36 presentan este signo más ò menos marcado; de modo que, en 118 casos examinados, encuentran la Sacudida traqueal en 51, entre los cuales había, en realidad, enfermos en los que se confirmó el diagnóstico de aneurisma, pero en muchos no.

Por mi parte, he tratado de observar un cierto número de enfermos, habiendo tenido el siguiente resultado: En todos los casos que existe la pulsación laringo-traqueal, se observa también la Sacudida traqueal, pero la existencia de esta última la he podido constatar en muchos enfermos que distaban de tener un aneurisma aórtico, y por último he podido observarla en algunas personas sanas.

Grimsdale, de sus estudios sobre estas observaciones saca las siguientes conclusiones:

"El valor positivo del signo traqueal es débil."

"Como signo puramente negativo, la Sacudida traqueal puede ser de alguna utilidad. Su ausencia indica con seguridad, la ausencia de alguna dilatación. Pero es también cierto que su presencia, sin ser signo corroborante y evidente, está tan lejos de tener un valor patognomónico, como de no tener ninguna significación.

Por su parte Ewart, en una publicación que hace, reconoce el valor diagnóstico de la Sacudida traqueal, y rectifica, en parte, lo que tienen de exageradas las conclusiones de Grimsdale.

Él reconoce que el procedimiento que le es propio, dice: "presenta una desventaja, es de sér muy delicado; los dedos aprecian el menor movimiento." Más adelante continúa diciendo: "A mi modo de ver el valor del signo de Oliver no queda destruído por el hecho de que se puedan observar grados ligeros de Sacudida traqueal en indivíduos sanos.

"Yo estoy convencido de la importancia de la Sacudida traqueal en el diagnóstico de ciertos aneurismas del cayado aórtico y no es posible desechar este medio indirecto de palpar el pulso del cayado de la aorta"

Después de estas publicaciones, la atención de los clínicos fué dirigida hacia este medio de diagnóstico.

Entre nosotros, el Dr. Diego T. R. Dávison, contribuyó al estudio de este síntoma con dos casos minuciosamente detallados y sus observaciones las publicó en el *Lancet* (1891).

En Francia, recién en 1893, aparecen los primeros trabajos publicados sobre este sujeto. Potain y Martín Durr, después de serios estudios de la cuestión, aceptan las conclusiones de los autores ingleses é italianos, sobre la importancia de este signo de diagnóstico.

En Italia: pocos meses después de la publicación de Oliver, sin tener en absoluto conocimiento de ella; Cardarelli, que desde algún tiempo enseñaba á sus alumnos y hacía observar á sus colegas la pulsación Laringo-traqueal; publicó en el *Movimento Médico Chirúrgico* (1879), una serie de cinco casos en los cuales el diagnóstico, aneurisma del cayado aórtico, quedó confirmado; en unos por la autopsia y en otros por la marcha progresiva de la enfermedad.

Hé aquí el resumen de sus cinco observaciones:

I

El primer enfermo ha sido visto con el profesor Pellachia. Era áfono y se observaba en él una ligera pulsación comunicada al tubo laringo-traqueal.

La autopsia mostró un aneurisma del cayado de la aorta.

II

La segunda observación se refiere á un cura que se había vuelto súbitamente áfono, y en el que Cardarelli constata también una ligera pulsación laringo-traqueal.

III

La tercera observación refiere la historia de un hombre áfono, en el que Cardarelli constata también la pulsación laringo-traqueal.

El enfermo fué visto algún tiempo después, en un momento en que el diagnóstico ya no podía ser dudoso; el aneurisma había gastado el esternón y las costillas.

IV

En el cuarto enfermo, la pulsación laringo-traqueal no

era solamente sensible aplicando el dedo lateralmente al tubo aéreo, pero aún si se observaba atentamente el cartílago tiróides, este, á cada pulsación arterial, era llevado hacia la derecha, de manera que, el enfermo siendo de cuello largo y delgado y la manzana de Adan muy prominente, si se tomaba esta entre los dedos, se podían contar exactamente las pulsaciones arteriales.

El médico del enfermo confirmó más tarde la presencia de un aneurisma aórtico.

V

La quinta observación se refiere á un enfermo áfono, y atormentado por tos espasmódica. Se constata en él una pulsación manifiesta de la tráquea, que se sentía aplicando la pulpa del dedo sobre el lado derecho del cartílago tiróides. La misma operación practicada sobre el lado izquierdo no permitía percibir la pulsación.

Ahora bien; el procedimiento que emplea Cardarelli para la investigación de su síntoma, es el siguiente: colocado el enfermo en decúbito dorsal, le hace llevar la cabeza hacia atrás; aplica el pulpejo del dedo sobre el lado derecho del cartílago tiròides, presionando ligeramente la laringe hacia la izquierda, el dedo percibe, en los casos en que élla existe, una pulsación transversal de izquierda á derecha, raramente en sentido contrario.

Este síntoma adquiere mayor valor diagnóstico, cuan-

do colocando el dedo en el lado opuesto no se percibe pulsación alguna; siendo esta unilateralidad un signo precioso para diferenciarla de la pulsación que puede ser transmitida por las carótidas.

En ciertos casos, la pulsación puede ser percibida por la vista, sin necesidad de aplicar el dedo.

Según Cardarelli, la pulsación laringo-traqueal, merece grandísima importancia, no sólo porque puede observarse en aneurismas muy circunscriptos, pero aún, porque no se observa en tumores de otra naturaleza.

Cardarelli, conjuntamente con Pellachia, Martino y Mássei, han estudiado infinidad de casos, en los cuales la presencia de la pulsación laringo-traqueal, en enfermos cuya sintomatología conducía á otros médicos al diagnóstico de afecciones de la laringe, llevó á Cardarelli al diagnóstico de aneurisma, viniendo más tarde á ser confirmado.

Algunos años después. Lugana, discípulo de Cardarelli, publicó un nuevo caso de aneurisma de la aorta, que ocupa la concavidad del cayado, en el cual la presencia de la pulsación laringo-traqueal, le permitió hacer el diagnóstico. Él deduce de sus largas observaciones que, los síntomas de un aneurisma que ocupa la parte postero inferior del cayado aórtico, son tres; los fenómenos de compresión del recurrente ó de la parte del neumogástrico que es superior al orígen del laringeo inferior, los fenómenos de compresión del exòfago y bronquios y la pulsación del tubo laringo-traqueal.

El autor concluye que la pulsación laringo-traqueal, es un síntoma importante en el diagnóstico de un aneurisma de la porción postero inferior del cayado, pudiendo considerarse como patogromónico en los casos en que se acompaña de fenómenos de compresión del laringeo inferior.

Otros autores, entre ellos Castellino, Pansini, Secchieri, y otros han seguido ocupándose de este síntoma, concluyendo todos en la gran importancia de la pulsación laringo-traqueal, en ciertos aneurismas del cayado aórtico.

Establecidos estos precedentes históricos, pasaré ahora á tratar de su mecanismo, para ocuparme más adelante de la diferencia que existe entre el síntoma del cirujano inglés y el del clínico napol tano.

El mecanismo por medio del cual se producen tanto la Sacudida traqueal como la pulsaciòn laringo-traqueal es aceptado como lo describe Mac Donnel, que dice: "La longitud de la porción transversa del cayado aórtico no es grande y su dirección es casi directamente de arriba abajo, del margen superior del segundo cartílago costal derecho á la parte superior de la quinta vértebra dorsal, hacia el lado izquierdo del cuerpo. La porción transversa del cayado aórtico, está á caballo sobre la parte más alta de la raiz del pulmón izquierdo y tendido entre el bronquio del mismo lado y la tráquea.

Una dilatación vasal de cualquier grado, ejercería una presión sobre el bronquio ó sobre la tráquea en la raiz

del bronquio y comunicará por esto su pulsación al tubo aéreo.

La superficie de contacto entre el cayado aórtico y el bronquio izquierdo, es poco extensa y se comprende que es el aneurisma de la parte inferior del cayado, el que produce la Sacudida traqueal. Cuando solamente está dilatada la porción ascendente, la presión puede ser ejercida sobre el bronquio derecho ó la bifurcación de la tráquea pero no existe presión de arriba abajo"

Para Cardarelli, no tratándose de una sacudida de arriba hácia abajo, pero de una pulsación transversal, se tiene: que el Aneurisma chocando con una de las extremidades de la tráquea de izquierda á derecha hace excitar también de izquierda á derecha la extremidad extra toráxica y cuanto más fuerte y visible sea esta pulsación, será indicio de mayor grado de adherencia entre el Aneurisma y la tráquea.

En cuanto á los caracteres de la pulsación Laringo-Traqueal, se aprecian perfectamente por medio de la palpación y aún algunas veces por la simple inspección. La pulsación tiene idénticos caracteres que el pulso r dial; estos caracteres pueden hacerse más visibles por medio de los instrumentos gráficos de Marey.

La gráfica de la pulsación fué dada hace algún tiempo por Cardarelli y después por Cavazzani, que agregó una particularidad digna de ser mencionada; esto es, que la Pulsación Laringo-Traqueal precede en algo la eleva-

ción diactólica de lo radial, la que demuestra el caracter arterioso de la pulsación. Se obtiene el trazado gráfico con un pequeño Cardiografo de Marey, ó con un aparato especial (Treaqueografo) como usa Cavazzani.

Pansini suele usar para este mismo objeto uno de los receptores que Verdin, constructor de instrumentos de precision, ha construído, como explorador del corazón del conejo: Como no conozco los detalles de este instrumento y el mecanismo de su funcionamiento, me abstengo de hacer su descripción.

La ventaja de usar este último Cardiografo, dice Pansini, está en que debido á sus pequeñas dimensiones el tambor receptor no tiene más contacto que con la Laringe; sobre todo, cuando se aplica el aparato lateralmente no permite que se recojan las pulsaciones de la Carótida del mismo lado.

En los trazados obtenidos por estos procedimientos tenemos, lo mismo que en el trazado del pulso radial, la línea de ascenso rápida, y la línea de descenso algo lenta é interrumpida por algunas oscilaciones, que en algunos enfermos pueden ser percibidas por la palpación, dando la sensación de un pequeño extremecimiento.

La mayor ó menor altura de la línea de ascensión, en estos trazados, no está en relación con el mayor ó menor volumen del Saco Aneurismático, pero sí con el mayor ó menor grado de intimidad que existe entre el saco y el ángulo Tráqueo-Brònquico izquierdo.

Tenemos, pues, dos métodos para apreciar la *sacudida traqueal*, de los autores ingleses y franceses: el método de Oliver y el de Ewart. Martín Durr, prefiere el primero al segundo, pues es éste, como su mismo autor reconoce, muy delicado y permite apreciar cualquier movimiento, pudiendo hacer confundirle con la sacudida.

Ahora bien: estos dos métodos no son siempre de fácil aplicación, hay ciertas constituciones del cuello y ciertas conformaciones de la glándula tiróides, que no permiten que esta sea fácilmente tomada en su márgen inferior y llevada hacia arriba, sin que se haga una cierta presión sobre la laringe, causando al enfermo una molestia más ó menos penosa y provocando accesos de tos. El mismo Oliver, en su carta á los editores del *Lancet*, dice: "Este método aumenta la angustia laríngea, si existe."

Estos accesos de tos son siempre muy peligrosos en

esta clase de aneurismas y si este signo fuese buscado por varios observadores á la vez, ó un mismo observador tuviese que repetir sus investigaciones por varias veces, para cerciorarse de su existencia, pregunto yo: ¿en qué condiciones quedaría el enfermo después del exámen?

Pero lo que más importa considerar, es que los métodos de Oliver y Ewart, pueden exponer al enfermo á un gran peligro: á la ruptura del aneurisma. ¿En qué condiciones quedaría un médico, que en el momento de examinar un enfermo por uno de estos procedimientos, le viera sobrevenir una broncorragia fulminante y fallecer?

Cardarelli dice: "basta un desastre solamente, no digo en cien, pero en mil casos, para hacer al clínico circunspecto; y si un desastre por objeto curativo puede y debe merecer disculpa, con objeto de diagnòstico, en una enfermedad incurable merece absolutamente ser condenado."

Conocidos estos inconvenientes que presenta la investigaciòn del síntoma del cirujano inglés, voy á ocuparme del síntoma del clínico de Nápoles, al que es mi intenciòn aportar un pequeño contributo á su estudio.

Con el método del profesor Cardarelli, para buscar la *pulsación laringo traqueal* en ciertos aneurismas del cayado aòrtico, no sòlo no se corre el peligro de ofender el aneurisma, pero ni aún se provoca la más mínima molestia al enfermo.

En primer lugar, porque la pulsaciòn puede ser observada mirando muy atentamente la Manzana de Adán, cuando la cabeza es llevada hacia atrás; en mi última observaciòn se vé muy claramente la pulsaciòn.

Cardarelli, antes de aplicar el dedo sobre la laringe para percibir la pulsaciòn, trata siempre de buscarla primero por la inspecciòn.

Estas pulsaciones son muy manifiestas en la laringe, aún en casos en que no es posible hallarlas por la inspecciòn, ni por la palpaciòn, en ningún punto del torax.

Ahora bien; cuando por medio de la inspección, no se observa la pulsaciòn de la laringe y para sentirla es necesario recurrir á la palpaciòn, aplicando el dedo sobre la glándula tiróides, aun haciendo una ligera presiòn sobre ella; ninguna molestia se ocasiona al enfermo y ninguna violencia puede ser ejercida sobre el aneurisma; pues, no se ejerce sobre el tubo aéreo ninguna tracciòn capaz de repercutir sobre el saco aneurismático á él adherido.

El método de Cardarelli, para observar la pulsaciòn laringo-traqueal en el aneurisma del cayado aòrtico, tiene la ventaja de permitir el determinar con precisión el asiento del aneurisma y su grado de adherencia ó por lo menos su relación íntima con el tubo aéreo: lo que no se obtiene con los métodos de los autores ingleses.

Con los procedimientos de investigación de los autores ingleses, no se recoje más que la pulsación en senti-

do vertical y de arriba á abajo, y esta pulsación puede tenerse por aneurisma de la porción ascendente de la aorta (Oliver), por aneurisma de la porción del cayado que está por pasar sobre el bronquio izquierdo (Mac-Donnell), y aún en muchos casos de simple éxtasis aórtica (Grimsdale).

En todos estos casos, la pulsación sería siempre en el mismo sentido; no indicaría la relación íntima ó la adherencia entre la tráquea ó bronquio izquierdo y el aneurisma; pero, sólo habría la posibilidad de que, tirando la tráquea hacia arriba, llevar á esta, ó mejor, al bronquio izquierdo, á contacto con la aorta simplemente extásica, produciendo la sacudida traqueal, lo que llevaría al médico á un falso diagnóstico.

Mientras con el método italiano, se vé ò se siente la pulsaciòn transversal, y en un solo sentido; más comunmente de izquierda á derecha, más raramente en sentido opuesto.

Esta pulsaciòn unilateral es un gran control, para excluir la duda de que la pulsaciòn sea comunicada por las caròtidas ò por una éxtasis general de la aorta. Es también por el hecho de ser unilateral, que puede valer para precisar el asiento del Aneurisma.

Pero lo que la pulsaciòn laringo-traqueal revela con mucha probabilidad, es la adherencia, ò la íntima relaciòn, del saco Aneurismático con la tráquea ò con el bronquio.

Los especialistas en las afecciones laríngeas, sobre

todo el profesor Massei, iluminando fuertemente la laringe, ha podido observar en la tráquea la pulsaciòn de la aorta adosada. Mac-Donnel afirma que en este caso, que es fisiològico, la pulsaciòn no se observa con el método de Oliver; y de esto pretende deducir: que los Aneurismas que pueden dar la Sacudida traqueal, no son aquellos que están en relaciòn con la tráquea, pero sî aquellos que están en relación con el bronquio izquierdo.

Esta afirmacion de Mac-Donnel, dice Cardarelli que es inexacta; continúa diciendo: "yo admito como el que la tráquea no pueda recojer la pulsación fisiológica del cayado aórtico y transmitirla hasta el tiróides; pero desde el momento que la tráquea y la aorta, están íntimamente acercadas, ò mejor aún, adheridas, no es posible que la porción intra-toráxica de la tráquea no reciba y comunique á la parte extra-toráxica, la pulsación del aneurisma."

Para Cardarelli, cuanto más la pulsación laringo-traqueal es visible y se puede observar netamente sin la aplicaciòn del dedo, tanto más íntimas son las relaciones y fuertes son las adherencias entre el aneurisma, aun siendo este muy pequeño, y la tráquea.

Con el método del profesor Cardarelli, se puede determinar exactamente los caracteres de la pulsación laringo traqueal, y sobre todo, se puede recojer gráficamente la pulsación. Con el método de los autores ingleses, también se puede trazar la gráfica de la pulsación; pero esta no es tan clara, tan precisa, ni se pueden apreciar distinta-

mente los caracteres de la pulsación, como con el procedimiento italiano.

Por último; la sacudida traqueal de los ingleses, por las conclusiones sacadas en sus mismas investigaciones, queda demostrado: que ella puede percibirse no solamente en los aneurismas del cayado aórtico, como ya dije más arriba, por aneurisma de la porción ascendente del cayado (Oliver), por aneurisma de aquella porción de cayado que está por pasar sobre el bronquio izquierdo (Mac-Donnel), por simple extasia de la aorta (Grimsdale), por hipertrofía cardiaca (Ewart), por vicio cardiaco, por neoplasmas (Tagliaferro, Secchieri), y aún en personas sanas (Grimsdale, Ewart).

Tenemos, pues, muchas afecciones en las que es posible percibir la sacudida traqueal, sin que exista la enfermedad á la que se atribuye ese síntoma y sin que este tenga ningún signo característico que lo diferencie en el caso de ser producido realmente por un aneurisma del cayado, del caso en que es producido por cualquiera de las afecciones anteriormente citadas, ó en individuos sanos.

Mientras que la importancia de la pulsación laringo traqueal está, como dice Cardarelli en su comunicación de 1879, *en que puede observarse en aneurismas de volúmen muy circunscripto, pero no puede obtenerse en en tumores de otra naturaleza;* salvo, dice, que se quiera suponer el caso de tumores desarrollados en el

poco tegido conectivo, que separa el cayado aórtico del tubo aéreo y que ponga estos dos órganos en relación más directa.

Cardarelli, antes de dar á su síntoma el valor diagnóstico que tiene, estudió en infinidad de casos, en que podía sospechar la existencia de la pulsación, y en todos ellos, por más que tratara de investigarla, obtuvo un resultado negativo.

Por mi parte, he hecho investigaciones en 15 enfermos, que pudieron hacerme sospechar la existencia de la pulsación; entre ellos, uno con adenopatía tráqueo-brónquica; otro con extasia aòrtica; varios con vicios valvulares é hipertrofía cardiaca; pero, en ninguno de ellos he podido percibir pulsación laringo-traqueal.

No creáis, por esto, que yo pretenda concluir en la no existencia de la pulsación en casos que no se trate de aneurismas del cayado; no, creo como Cardarelli, que pueda existir, en casos, como él dice, de tumores desarrollados en el poco tejido conectivo que separa la tráquea del cayado aórtico; también creo en el resultado obtenido por el estudio de los casos descriptos por Castellino y por Secchieri, en los que la pulsación laringo-traqueal era producida por tumores endotorácicos, desarrollados al nivel de la segunda vértebra dorsal, siempre que estos llenen las condiciones necesarias, como en el caso de aneurismas, para poner en relación más íntima que la normal, el cayado aórtico y el tubo aéreo.

Pero en estos casos, no sucede lo que con el síntoma de los autores ingleses, que como ya he dicho anteriormente, no tiene signo característico alguno que lo diferencie en un caso de otro; la pulsación larigo-traqueal ha sido, en estos últimos tiempos, observada en indivíduos cuyo cayado aórtico no presentaba ninguna dilatación aneurismática; pero, merced á los estudios del profesor Castellino (de Padua), conocemos para estos casos modificaciones que sirven perfectamente para diferenciarla de los casos en los cuales la existencia de la pulsación es signo seguro de ciertos aneurismas del cayado aórtico.

Castellino presenta la historia clínica de varios enfermos, en los cuales, basándose en la existencia de la pulsación laringo-traqueal, había hecho el diagnóstico de aneurismas del cayado, diagnóstico que no fué confirmado por la autopsia; pero se vió que era debido á la existencia de tumores situados al nivel de la segunda vértebra dorsal (tumores del Mediastino, del exófago, etc.,) tumores que, llevando la aorta por desviación ó compresión, en relación más íntima con el tubo aéreo, la ponían en iguales condiciones que en el caso de aneumisma, para la producción del síntoma.

Basado en las observaciones y en el estudio minucioso de sus enfermos, Castellino hizo una importante comunicación sobre la pulsación laringo-traqueal en los tumores del exófago y del Mediastino, presentada al Congreso de Medicina interna de Roma (1894).

En esta comunicación, el autor habla de dos casos de cáncer de la pared anterior del exófago, al nivel de la segunda vértabra toráxica, en los cuales se observaba muy claramente la pulsación laringo-traqueal; con observación escrupulosa é inteligente había notado, como en la inspiración profunda, la pulsación no se modificaba en nada, sucediendo lo contrario en los enfermos en que se trataba de aneurisma del cayado.

En su comunicación, Castellino explica cómo la pulsación laringo-traqueal puede modificarse con la inspiración profunda, cuando es producida por un aneurisma del cayado aórtico.

Dice el autor: "Haciendo hacer á estos enfermos tales actos inspiratorios, la pulsación laringo-traqueal desaparece casi por completo, por la razón obvia, de la diferencia de presiòn que se produce en este período, entre la caja toráxica interna y la presión exterior, que obligaba al saco aneurismático á una dilatación mayor, de donde resulta la pulsación paradoxal."

En los casos de carcínomas observados por el autor, la pulsación era dada por el neoplasma que desprendiéndose de la pared anterior del tubo alimenticio, llevando hacia adelante la tráquea, poníala en contacto con el cayado aórtico, de donde la producción de la pulsaciòn laringo-traqueal y su ninguna modificacion en la inspiraciòn profunda.

En mis observaciones, como más adelante veremos,

no he constatado estas modificaciones, á excepción de mi último enfermo, no porque en los demás no existiera, sino porque en la época de mis primeras observaciones, yo no conocía la comunicación de Castellino.

De todo lo que hasta ahora he dicho, puedo llegar á las siguientes conclusiones:

I

Pertenece por completo á Cardarelli el mérito de haber sido el primero en indicar la pulsación laringo-traqueal como síntoma de ciertos Aneurismas del cayado aórtico.

II

El síntoma de Cardarelli y aquel de Oliver, si bien es cierto que tienen el mismo objeto diagnóstico y se acepta para ambos el mismo mecanismo en su producción, con alguna lijera modificación para el de Cardarelli, son bien diversos, en el modo de manifestarse al exterior y en el método para recojerlos.

III

El síntoma de Oliver, no es verdaderamente característico de los Aneurismas del cayado aórtico; con el mismo mecanismo que en estos, se produce también por neoplasmas, lesiones aórticas etc. y no existe para estos casos un índice que lo distinga de cuándo es producido por Aneurismas.

IV

El síntoma de Cardarelli se tiene siempre, más ó menos intenso, en ciertos Aneurismas del cayado aórtico; pero puede ser producido por neoplasmas al nivel de la segunda vértebra dorsal, siempre que llenen las condiciones necesarias, como los Aneurismas, para ser más íntimo que la normal la relación de la aorta con el tubo aéreo.

V

Para el síntoma de Cardarelli existe el índice diferencial, la modificación indicada por Castellino, que sirve perfectamente para conocer cuándo la pulsación es dada por Aneurisma del cayado y cuándo por neoplasmas.

VI

El índice semiológico de Castellino es un medio seguro

para diferenciar el Aneurisma del cayado aórtico, de los neoplasmas al nivel de la segunda vértebra toráxica.

VII

La pulsación laringo-traqueal no fué observada en casos de simple extasia aórtica ni en personas sanas, mientras en estos casos existía la sacudida traqueal de Oliver; así también, mientras en los pequeños Aneurismas del cayado aórtico, la sacudida traqueal brilla por su ausencia, se tiene siempre y tal vez como único síntoma la pulsación laringo traqueal de Cardarelli, con las modificaciones inspiratorias indicadas por Castellino.

VIII

La pulsación laringo traqueal y la sacudida, se complementan; pues en todos los casos que existe la pulsaciòn, se halla también la Sacudida, pero no en todos los casos en que existe la Sacudida se encuentra la pulsación.

OBSERVACIONES

I

ANEURISMA DE LA PARED ANTERO INFERIOR DEL CAYADO, PRIMERO ENDOTORÁXICO Y LUEGO DESARROLLADO AL EXTERIOR.

Labanca Nicolás, ingresó al Hospital el 2 de Febrero de 1897.

Italiano, de 35 años de edad, soltero, era mecánico y, según decía, su oficio le obligaba á veces á hacer grandes esfuerzos.

De sus antecedentes hereditarios, nada sabe decir; no conoce la causa de la muerte de sus padres.

Sus antecedentes personales; dice haber tenido blenorragia y unas úlceras, que por lo que refiere y no haber tenido manifestación alguna, parece haberse tratado de úlceras venéreas; no recuerda haber tenido ninguna otra enfermedad.

Dice que desde hace algún tiempo, que no sabe preci-

sar, siente un dolor sordo, soportable, que él localiza bajo el esternón, al nivel del tercer cartílago costal; pero que le impide trabajar, pues cuando hace algún esfuerzo se fatiga; que de noche, al acostarse, aumenta la molestia y le trae un poco de dificultad en la respiración, pero que sentándose en la cama, se alivia y puede dormir.

El exámen del enfermo; he aquí todos los datos que nos dá: á la inspección del torax, la punta del corazón se ve latir en el quinto espacio intercostal al nivel de la línea mamilar; inspeccionando otras partes del torax nada hay que nos llame la atención.

La palpitación nada nos dá de anormal; aplicando la mano sobre la parte superior del esternón y poniendo el dedo profundamente en la foseta supraesternal, no percibimos sensación alguna de pulsación.

La percusión no nos dá absolutamente nada; pero por la auscultación, notamos en el segundo espacio intercostal derecho, es decir en el foco de auscultación aórtico, el segundo tono bastante acentuado; es todo lo que se siente.

El pulso de las radiales es algo lento y deprecible, no siéndome posible apreciar diferencia alguna entre las dos radiales.

Con esta sintomatología, teniendo en cuenta los estudios de Cardarelli, dirijimos nuestras investigaciones hacia el tubo aéreo, buscando orientarnos para formular el diagnóstico; la investigación nos dá el siguiente resultado: colocado el enfermo en posición y observando atentamente

la laringe al nivel del cartílago tiróides, no se nota indicio alguno de pulsación; pero aplicando los dedos á los lados de la laringe en el nivel indicado, se percibe claramente una débil pulsación, de izquierda á derecha, sincrona con el pulso radial. Con este síntoma toda duda desapareció y se aceptó el diagnóstico: aneurisma de la pared antero inferior del cayado aórtico.

Algún tiempo después, el 2 de Abril, el enfermo pidió el alta y se ausentó del Hospital.

Cuando ya no nos acordábamos de él, en el mes de Julio de 1898, volvió á solicitar su ingreso al Hospital; esta vez venía á confirmar plenamente nuestro primer diagnóstico; pues el tumor, siguiendo su marcha progresiva, había gastado el externón, los cartílagos costales y costillas del lado izquierdo del torax, manifestándose al exterior por un tumor netamente circunscripto, esférico, del volumen de un puño de adulto, cubierto por la piel adelgazada y roja. Este tumor es duro y resistente, él es asciento de latidos y de un movimiento de expansión, de ampliación general, que se produce casi al mismo tiempo que la sistole cardiaca.

El paciente se presenta muy sianótico con grandes accesos de sofocación y de tós.

Esta vez hubiéramos podido investigar la modificación de Castellino, pero debido al estado del enfermo nos abstuvimos de ello, pues hubiera sido inhumano pretender que hiciera inspiraciones profundas.

El tumor siguió aumentando de volumen, llegando hasta el de la cabeza de un feto á término, concluyendo con la vida del enfermo, no por ruptura del saco, pero por asfixia lenta, producida por la compresión que ejercía ese enorme tumor sobre las vías aéreas.

II

ANEURISMA DE LA PARED POSTERO INFERIOR DEL CAYADO, ÁNGULO IZQUIERDO

Petrochi Enrique, Italiano de 45 años de edad, casado, peón.

Ingresó al Hospital en Marzo de 1897; dice que desde varios meses, perdió la voz, costándole algún trabajo el hacerse oir bien, no sintiendo dolor de ninguna especie; lo que sí que sabe tener un poco de fatiga, pero que no le molesta mayormente; viene para recuperar su voz perdida.

Los antecedentes hereditarios y personales del enfermo, no nos dan luz alguna; pues poco ó nada es lo que nos sabe decir el enfermo.

Creyendo nosotros que se tratase de una afección de la laringe, lo enviamos al Dr. Zawarthl para el diagnóstico; nos dió el siguiente: parálisis de la cuerda vocal izquierda por compresión sobre el recurrente.

Conocido este diagnóstico y teniendo en cuenta los

casos de esta naturaleza que Cardarelli cita, fuimos inducidos á la investigación del síntoma del ilustre clínico; pudiendo observarse la pulsación laringo-traqueal de izquierda á derecha, por lo que fué aceptado el diagnóstico de aneurisma de la pared postero inferior del cayado aórtico, comprendiendo el ángulo izquierdo.

Pero como el enfermo, después de algún tiempo, pidió su alta, no pudimos seguir observándolo; habiéndose marchado al campo no hemos vuelto á tener noticias de él.

III

ANEURISMA DE LA PARED POSTERO INFERIOR DEL CAYADO, OCUPANDO TODA SU EXTENSIÓN

Fressia Vicente, Italiano de 60 años de edad, soltero, fué panadero, pero últimamente estaba ocupado de cocinero.

Sus antecedentes hereditarios, no tienen importancia alguna.

En cuanto á los antecedentes individuales, no recuerda haber tenido otra enfermedad que una blenorragia; padece de hemorróides.

Dice: que hace unos tres años que le sobrevino un dolor, que él localiza vagamente al nivel de la tercera y cuarta vértebra dorsal; este dolor continuó, sin molestarlo

mucho, hasta hace cuatro meses, en que se hizo algo menos soportable y que localiza no solamente en la región interescapular, pero también á la región precordial.

Dice no poder trabajar por la fatiga que le ocasiona el menor esfuerzo y la dificultad en la respiración. Sabe tener también accesos de tos, lo que le fatiga muchísimo.

En estas condiciones se presenta, pidiendo su admisión en este establecimiento, en los últimos días del mes de Julio del 98.

Examinado el enfermo, nos da los siguientes datos: la inspección del torax, nos hace ver una pulsación en el sexto espacio intercostal izquierdo, sobre la línea mamaria, que la palpación nos dice ser la punta del corazón. Las carótidas también se ven latir.

Con la palpación, aplicando la mano sobre el manubrio esternal, no se percibe ningún impulso.

Pero la auscultación nos hace sentir: en la punta, los dos tonos están sustituídos por soplos, que son más claramente oidos acercándose algo hacia el externón; y en el foco aórtico, nos encontramos con el segundo tono reemplazado por un soplo.

En estas condiciones estábamos, cuando un buen día el enfermo amanece afono, con su voz muy apagada.

Recordando entonces los casos anteriores, fuímos á investigar la existencia del síntoma de Cardarelli, y nos fué dado hallar una ligera pulsación laringo-traqueal de izquierda á derecha, síncrona con el pulso radial; por lo

que hicimos el diagnóstico de aneurisma del cayado aórtico.

Investigado el signo de Castellino, pudimos confirmar nuestro diagnóstico, con la observación de la modificación indicada por el autor, durante la inspiración profunda.

Enviado el enfermo al Dr. Zawerthal para su exámen laringoscópico, nos da el siguiente diagnóstico: parálisis de la cuerda vocal izquierda, por compresión del recurrente izquierdo.

El enfermo continúa en el Hospital y la marcha progresiva de la enfermedad nos permitió observar: por la palpación sobre el externón, el impulso transmitido por el saco aneurismático, impulso que más adelante se hizo perceptible á la inspección; la percusión nos da un aumento de la matites aórtica y la pulsación laringo-traqueal es ahora percibida por la simple inspección.

Transcurriendo el tiempo y continuando su marcha la enfermedad, aparecen síntomas de compresión de las vías aéreas y digestivas, que aumentan hasta el punto que el enfermo siente dificultad, hasta para tomar alimentos líquidos.

En estas tristes condiciones, continúa el enfermo hasta el quince de Noviembre, en que el paciente amanece con pequeñas hemorragias, manifestadas por hemoptisis que se suceden con intervalos de treinta minutos á una hora, y en débil cantidad, hasta por la tarde del mismo día, en que el enfermo dejó de existir.

La autopsia nos permitió comprobar la existencia de un enorme saco aneurismático que ocupaba toda la extensión de la pared anterior del cayado aórtico, y que comenzaba á estenderse hacia las porciones ascendentes y descendentes del gran tronco aórtico.

Nos fué imposible apesar de todo el empeño que pusimos, dar con la diminuta perforación, la cual era manifiesta por las hemoptisis que había originado y el estado de las vías aéreas constatado por la autopsia.

IV

ANEURISMA DE LA PARED POSTERO INFERIOR DEL CAYADO AÓRTICO (ÁNGULO IZQUIERDO)

Bertassi J. B., italiano, de 65 años de edad, cocinero, soltero. Entra al Hospital el 13 de Noviembre de 1898.

Los antecedentes hereditarios del enfermo no nos dan dato alguno.

Antecedentes individuales: dice el enfermo haber tenido en su juventud una blenorragia, hace quince años tuvo en Italia fiebre Malarica y hace tres años fué atacado de influenza. Es algo amante de las bebidas alcohólicas.

Dice: que un buen día, hará cosa de dos meses, sin haber tenido nada, empezó á sentir, al deglutir el bolo alimenticio, un dolor provocado por su pasage en el exó-

fago; dolor que localiza bajo el esternón, próximamente al nivel del segundo y tercer cartílago costal; dolor que después de algunos días desapareció, volviendo nuevamente á molestarle, después de cierto tiempo, continuando en ese estado hasta hace próximamente un mes en que una mañana fué sorprendido por la falta de voz; se había puesto afono súbitamente, ó por lo menos no se había percibido hasta entonces, lo que le indujo á venir á nuestro consultorio externo, por una consulta.

Viendo de qué se trataba, le aconsejé entrar al Hospital; el enfermo no quiso hacerlo; pero, el dolor persistía, lo mismo que la falta de voz, aún más desde hace algunos días si habla mucho, hace algún esfuerzo ó sube una escalera, se fatiga, viéndose obligado al reposo; algunas veces le sobrevienen accesos de tos, aunque raros.

Todo esto lo indujo entonces á ingresar al Hospital; haciéndolo el 13 de Noviembre, como dije anteriormente.

El examen del enfermo, nos da lo siguiente:

Por la inspección tenemos un individuo fuerte, bien constituído, con una regular capa de tejido odiposo, la cara algo congestionada; en el torax nada se observa, el choque de la punta no se vé, pero con la palpación lo hallamos en el quinto espacio intercostal un poco por dentro de la línea mamilar. Aplicada la mano sobre el manubrio external, se siente, aunque muy débil, la sensación de una pulsación, comunicada al externón desde el interior; isocrono al pulso radial.

La percusión y auscultación, no nos dan nada que sea anormal.

La pulsación de las radiales es igual en ambos lados.

Haciendo levantar un poco el mentón y examinando el tubo laringo traqueal, por la inspección no se nota nada; pero aplicando el dedo hacia el lado derecho del cartílago tiróides y haciendo una ligera presión se percibe claramente una pulsación, y isocrona al pulso radial, no percibiéndose si se coloca el dedo en el lado izquierdo.

Las sacudidas en sentido vertical, de los autores ingleses también se observa en este enfermo.

Enviado el enfermo al doctor Zawerthal, para el examen laringoscópico, nos da el siguiente diagnóstico: Parálisis de la cuerda vocal izquierda por compresión del recurrente.

Este enfermo continuò en el Hospital, hasta que después de haber aumentado notablemente los signos anteriormente citados, al punto de no dejar duda alguna acerca del diagnóstico, falleció súbitamente el 13 de Febrero del presente año.

En este enfermo no nos fué posible practicar la autopsia.

V

ANEURISMA DE LA PARED POSTERO INFERIOR DEL CAYADO AÓRTICO (ÁNGULO IZQUIERDO)

Yemina Jorge, italiano, de 44 años de edad, albañil,

soltero. Entrò al Hospital el 1.º de Diciembre del año 1898.

Sus antecedentes hereditarios nada nos dicen.

Antecedentes individuales: dice que estando cumpliendo el servicio militar, tuvo una úlcera acompañada de dos bubones, úlcera que estuvo unos cuarenta días en curarse; no recuerda haber tenido otras enfermedades; es alcoholista.

Dice: que en el mes de Agosto fué súbitamente atacado por fuertes accesos de tos que le producían una sensación de sofocación, congestionándosele la cara, llegando á veces á tomar un color violáceo. Estos accesos, después de un tiempo de absoluto reposo, desaparecieron para volver nuevamente algún tiempo después, continuándole con intermitencias, hasta hace próximamente un mes y medio, en que una mañana se recordó, notando que tenía la voz apagada y se había puesto afono; casi por la misma época empezó á sentirse fatigado cuando hacía un esfuerzo y aun á veces caminando, se veía obligado á detenerse y tomar descanso; al mismo tiempo, la respiración empezaba á producir un ruído de cornage, ahora bastante notable.

En estas condiciones se presentó el enfermo al Hospital; veamos ahora lo que nos dicen el examen del enfermo:

La inspección nos hace ver un individuo de buena conformación, bien nutrido, la cara de un color algo subido

y cuando le sobreviene algún acceso de tos se pone cianòtico.

La inspección del torax nos hace ver el latido de la punta del corazón, en el quinto espacio intercostal al nivel mismo de la línea mamilar.

Por la palpación percibimos un pequeño sacudimiento, aplicando la mano sobre el manubrio external.

Por la percusión nada anormal se percibe.

Por medio de la auscultación, no es dado percibir, en el foco de auscultación aórtica, el segundo tono bastante acentuado y aun podría creerse algo prolongado; es todo lo que se siente.

Investigando el síntoma de Cardarelli, hallamos la pulsación laringo traqueal, de izquierda á derecha. El signo de Oliver también se encuentra. Examinado el pulso de las radiales se le halla igual.

Enviado el enfermo al doctor Zawerthal para el examen laringoscópico nos da el siguiente diagnóstico: Estenosis Laríngea por Hemiplegia izquierda de la Laringe por compresiòn sobre el recurrente izquierdo.

El enfermo continúa algunos días más en el Hospital, pidiendo el alta el 24 del mismo mes.

JUAN B. BORZONE

Mayo de 1899.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El método Baccelli es el mejor en el tratamiento de la malaria.

II

El Calomel constituye el mejor tratamiento terapéutico de las enteritis agudas de los niños.

III

La ruptura de las membranas como tratamiento de la placenta previa.

Buenos Aires, Mayo 19 de 1899.

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Luis Güemes, Profesor titular Dr. Francisco A. Sicardi y Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende, para que, constituídos en comisiòn, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca
Luis M. Acuña

Buenos Aires, Junio 12 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno señor Juan B. Borzone:

"En el local de la Facultad á 12 de Junio de 1899,
" reunidos los que subscriben, encargados de dictaminar
" respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por
" el ex-alumno señor Juan B. Borzone, que versa sobre
" *Contribución al estudio de la pulsación laringo-*
" *traqueal en ciertos aneurismas del cayado aórtico,*
" resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto.—
" Firmados: L. Güemes, F. A. Sicardi, I. Allende.—
" Firmado: Z. Aguilar, *Pro-Secretario.*"

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Junio 13 de 1899.

Entréguese esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca
Luis M. Acuña

BIBLIOGRAFÍA

Capozzi—Contributo allo studio degli aneurismi dell'aorta—Riforma Medica. Vol. III.—1895.

Cantani e Maragliano—Patología é terapía médica.

Cardarelli—Gli aneurismi dell'aorta.—1868.

Idem—Gli aneurismi latenti ed oscuri dell'arco aortico.—Riforma Medica.—1889.

Idem—Sulla pulsazione del tubo laringo-tracheale come segno di certi aneurismi aortici.—Movimento Medico-Chirurgico.—1878.

Idem—Idem id.—Giornale Internazionale delle Scienze Mediche.—1894.

Idem—Sulla pulsazione laringo-tracheale negli aneurismi dell'aorta. —Riforma Medica. Vol. II.—1894.

Castellino—La pulsazione laringo-tracheale nel carcinoma dell'esofago.—Settimo congresso italiano de Medicina interna.—1894.

Cavazzani—Del polso discendente della trachea e della sua rappresentazione grafica.—Gazzeta degli Ospedali.—1895.

Ewart—Remarks on the traqueal tuggin end its clinical value.—Brit. Med. Journal.—1894.

Grinsdale—Traquial tuggin as a diagnostic sigm of toracie aneurysm. Practitioner.—1892.

Lewachew—Un nuveau signe de l'aneurisme de l'aorte toracique.—Semaine Medicale.—1897.

Mac-Donnell—The diagnostic value of the phisical sign traquial tuggin in the toracic aneurysm.—The Lancet.—1891.

Martin Durr—Les secousses tracheales dans l'aneurisme de l'aorte.—Gazette des Höpitaux.—1894.

Oliver—The Lancet.—1878.

Pansini—Sopra un caso di aneurisma dell'aorta.—Giornale Internazionale delle Scienze Mediche.—1895.

Pansini—Della pulsazione laringo-tracheale (fenomeno di Cardarelli) negli aneurismi dell'aorta toracica.—1898.

Secchieri—Contributo allo studio semiologico delle pulsazioni laringo-tracheali.—Gazzeta degli ospedali e delle cliniche.—1897.

Tillaux—Anatomía topográfica.

Antonelli—Instituzioni di anatomia topografica.