AÑO 1909 N. 1935

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La Traqueo-Bronquio

Y

Exofagoscopia

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MÉDICINA

POR

BENIGNO ECHEVARRIA

Ex-ayudante del Laboratorio Central del Hospital San Roque
(1903-04)

Ex-praticante externo, menor y mayor interno del Hospital S. Roque
(1905-06-07 y 1908)

LA CIENCIA MÉDICA
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZÁ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» ODULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » M. HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » A. PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia razonada.	» 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	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE » RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Gated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR ELISEO V. SEGURA

Á MI QUERIDA MADRE

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LOS MIOS

Á MI QUERIDO MAESTRO

DOCTOR JULIO MENDEZ

Fué Levref en 1743 el primero á quien se le ocurrió ver el endofaring y se valió para ello de un aparato que llamó glotiscopio, de poco valor práctico y su uso no se generalizó.

Bozini á principios del siglo XIX, consiguió ver directamente la parte superior del exofago, y García, español en Londres á mitad del siglo, por medio del célebre espejo laringeo, de su invención, por primera vez, consiguió ver sus propias cuerdas vocales, único medio usado en la práctica hasta hace muy pocos años y que ha prestado y seguirá prestando inmensos servicios, porque es irreemplazable actualmente en su técnica rápida y sencilla y como valor en la práctica diaria, para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades laringeas de común frecuencia.

Pocos años después Kussmaul de Fribourgen -en--Brisgau valiéndose de un uretroscopio de Desormeaux consiguió ver y diagnosticar un tumor canceroso del exofago; recorre en toda su extensión el exofago, llegando al estómago; hecho de grande importancia, pués demuestra la posibilidad

de introducir un tallo recto que recorra el tortuoso buco-exofágico.

Todas estas experimentaciones habianse hecho, sin que ningún anestesico local fuere empleado; es facil imaginarse lo difícil y molesto de estas operaciones en que al dolor se agregan reflejos múltiples y en aquel entonces inevitables; algo que evitara ó corrigiera estos dos grandes inconvenientes urgía y fué entonces, en 1901, que fué aplicada localmente á la exofagoscopia y con excelentes resultados la cocaina, hecho que se debe á Gottsteind.

Acker primero y luego Mikulicz introdugeron tubos rectos en la traquea, y sus trabajos no salieron del campo experimental, sin que fuere divulgada á las práctica.

Kirstein, de Berlin, en 1896 describió su procedimiento de laringoscopia directa; se valia de espátulas, con goteras, llamadas *autocospicas*, siendo de dos clases, una recta intralaringea y la otra que se aplicaba por delante de la epiglotis presionando sobre la base de la lengua, la llamaba prelaringea, presentaba una ligera curvadura inferior en su extremidad libre; ambas eran montables sobre un mango común, portador de la lámpara eléctrica; empleó Kirstein la posición sentada del enfermo, con su torax saliente hacia adelante y la

cabeza en extensión forzada; no pasó de la laringe, atemorizado por los latidos que conseguía observar, comunicados por el cayado aortico, de los que luego hablaremos.

Killian de Fribourgen--en--Brisgau, hizó un estudio más completo de la anatomia y principalmente la fisiología del aparato respiratorio y con la seguridad que da el conocimiento perfecto del campo en el que se vá á obrar, perfeccionó y dió gran impulso á la traqueo-broncoscopia y también tuvo el honor de extraer por vías naturales y por primera vez, en 1897, un fragmento oseo de un brónquio; hizo varias comunicaciones sobre nuevas extracciones y es su notable instrumentaje y su técnica la usada hoy día sin mayores correcciones. Killian procedió por vías naturales, pero luego aceptó la eficácea del aprovechamiento de heridas operatorias, de la traqueotomia; la broncoscopia inferior, creada por Schrotter y Pieniagck.

Siendo la fuente luminosa de grandísima importancia para esta operación, no es raro que haya snfrido contínuos perfeccionamientos; ya casi nadie emplea las endoscopicas, cuyo mayor inconveniente es el estrechamiento del campo visual las lámparas frontales á más que calientan la frente del observador, son muy personales, pues al hacer un exámen, no permiten ver más que á éste, en cam-

bio permiten emplear ambas manos, que quedan libres cuando se quiere intervenir, se usan los fotoforos de Kirstein y Guisez.

Un mango universal, es la lámpara de Brunnings: la empleada por nosotros con preferencia y que después detallaré.

Entre nosotros la traqueo-broncoscopia y la exofagoscopia fué introducida, estudiada y aplicada en sus fines diagnósticos y terapéuticos con excelentes resultados, por mi distinguido maestro el doctor Eliseo V. Segura y ellos fueron objeto de una comunicación á la Sociedad Médica Argentina, en 1908; con frecuencia en su clientela particular y diariamente en su servicio del Hospital San Roque, ha hecho uso de este excelente método, con resultados brillantes como diagnóstico, dando á la clínica la seguridad matemática muchas veces, como se verá por algunos casos que referiré y otros que su autor ha ya publicado «sobre algunos casos de esofagoscopia», presentado al congreso Latino-Americano, reunido en Chile, en Diciembre último.

Tuvo acasión de hacer entre nosotros por primera vez la broncoscopia inferior, mi estimado amigo y compañero de internado, el doctor A. R. Zambrini, con resultado inmejorable, y que fué objeto de su publicación en los Archivos Latino-Americanos de Pediatría de Marzo 1908.

Como hemos dicho anteriormente, fué Killian, quien perfeccionó y avanzó enormemente con seguridad absoluta la traqueo-broncoscopia y exofagoscopia y ello basado en los profundos conocimientos anatómicos y fisiológicos que sobre la región poseía; y es por ello que concretándonos damos á continuación los detalles que son indispensables de conocer para proceder á la técnica operatoria y á la elección del instrumentaje á emplear; no se podría introducir un tubo de Killian por ejemplo en la tráquea de un niño de cinco años, sinó conocemos aproximadamente sus diámetros, para evitar de introducir un tubo demasiado grande para él, y tampoco podremos localizar una afección si no sabemos á qué distancia se encuentra del punto de mira y base de localización, las arcadas dentarias superiores y también conocer el aspecto normal de la mucosa exofágica y tráqueo-brónquica para interpretar exactamente las alteraciones que se encontraran.

El exófago se extiende desde el borde inferior del cricoides, cuerpo dè la sexta vértebra cervical,

hasta el estómago, 11ª dorsal y pone en continuidad la faringe con este receptáculo. La porción del cuello es corta; está en relación con los recurrentes derecho é izquierdo y con los vasos del cuello, principalmente á la izquierda, la tráquea por delante separado de la colvmna vertebral por los músculos profundos de la región. En el tórax una relación de importancia es con el bronquio izquierdo, por su cara anterior, por las comunicaciones patológicas á que puede dar lugar; con el pericardio y con ambas pleuras mediastinicas, por la sintomatología á que da lugar en las afecciones de estas serosas. A la izquierda de la aorta en su primera porción, se coloca luego detrás y en su terminación en el abdómen á su derecha. Rodeado en toda su extensión de tejido celular lapso que lo permite extenderse, dilatarse y cambiar de dirección.

Compuesto de dos capas musculares y una mucosa, está separada de aquellas por tejido lapso, permite á la mucosa un lijero deslizamiento sobre las otras capas.

El exófago no es rectilineo, su dirección primitiva es de derecha á izquierda, pero al nivel de la tercera dorsal, desvía hacia la derecha y corresponde al cayado aórtico, para luego un poco más abajo desvíar de nuevo á la izquierda y mantiene esta dirección hasta su desembocadura en el estó-

mago. Siendo sus capas constituyentes elásticas y rodeado como está de tejido celular lapso, estas curvaduras no implican inconveniente alguno para la introducción de tallos rectos.

Su calibre tampoco no es uniforme presentando partes estrechas, cuyas dimensiones mínimas es importante conocer.

Hay tres estrechamienos, al nivel del cricoides, del cayado aortico y á su pasage por el diafragma; el de menores dimensiones es el cricoides y es por consiguiente el util en la prastica, quien pase el cricoides, en un exófago normal debe poder continuar hasta su terminación. Sudiametro medio es de 14 m. m. dilatable á 18 segun Morton. Serbini da los siguientes como maximo de dilatabilidad:

2 á 5 años:	15	m. m.
5 á 8 años:	18	» »
8 á 11 años:	19	» »
hombre adulto:	21	» »
mujer adulta:	20	» »

Su longitud es de 25 cen,ímetros, divididos

en	segmento cervical	5	centímetros
	» toraxico	17	»
	» abdominal	3	»

Su orificio superior ó cricoides se encuentra á 15 centímetros de la arcada dentaria superior, que Morosoff hace llegar á 17 centímetros en la exten-

sión forzada que es la adoptada en la exofagoscopia y de 7 á 8 centímetros en el recien nacido y de 13 en el niño de 4 años.

Nuestras observaciones en el adulto, nos ha dado un termino medio de 15 centímetros en extensión forzada y es esta cifra la que aceptamos.

Para el practico que procede á hacer una observación y más cuando esta trata de localizar una afección para estudio clínico, le conviene localizarla, refirindose no todas las veces á la distancia que se encuentra de la arcada dentaria, sinó referirla á los principales órganos que rodean el exofago; así por ejemplo si se tratare de un aneurisma que comprima dicho órgano, es de gran importancia para el clínico saber si es del cayado aortico ó si de su porción descendente.

He aquí las principales á recordar:

De la arcada dentaria superior, al cartílago cricoides: 15 centímetros.

De la arcada dentaria superior, al borde supeperior de la orquilla esternal 20 cts.

De la arcada dentaria superior, al cayado aortico 22 cts.

De la arcada dentaria superior, al bronquio izquierdo 23 cts.

De la arcada dentaria superior al diafragma 37.

De la arcada dentaria superior al cardias 40.

La mucosa exofagica es plegada y de una coloración rojo-clara. Su luz, virtual en su parte superior, es real en su porción inferior, en la superior es aplastado de adelante atrás.

Mikulicz había observado y nosotros hemos podido comprobarlo en nuestras observaciones, que su pared en su porsión torácica obedece á las presiones variables intratoracicas debida á los movimientos respiratorios y las comunicadas por los latidos aorticos y cardíacos; teniendolo presente el observador en su espíritu evitará el hacer falsas interpretaciones.

La laringe comienza al nivel del borde superior del cartílago tiroides y se encuentra á una distancia de 12 á 13 centímetros de la arcada dentaria superior.

Su volumen es muy variable naturalmente según la edad, sexo y talla del sujeto; lo que tiene gran importancia para nosotros son las dimensiones de la glotis que serán las que nos permitirán elegir los tubos á emplear.

La glotis de forma triangular á vértice anterior, se subdivide en cartilaginosa, la base, comprendida entre ambos cartílagos aritenoides y la porción anterior, la interligamentosa, entre ambas cuerdas vocales superiores.

En el adulto su diámetro antero posterior es de 20 á 25 milímetros; su base que mide de 6 á 7 milímetros, por expiración forzada puede llegar á 15 m. m. y aun á 25 m. m. si se procede á su dilatación instrumental con los mismos tubos.

Su borde inferior que corresponde al nivel del cartílago cicroides, es decir el comienzo de la tráquea, se encuentra á 15 centímetros de la arcada

dentaria superior; cifra importante y fácil recordar, pues como vemos es la misma que separa la arcada de la entrada exofágica.

La tráquea tiene su cara posterior plana, y curva las antero-terales, teniendo una forma general de 3[4 de círculo, á arco posterior.

Sappey le atribuye una longitud total de 13 centímetros, término medio, en el hombre adulto y de 11 centímetros en la mujer.

Sus diámetros son también muy variables, obedeciendo á la talla, sexo, etc. Su menor diámetro es el antero-posterir, diámetro útil; que puede instrumentalmente ser aumentado, pues su cara posterior es muy elástica y como los tubos á introducir son perfectamente cilíndricos, es el diámetro antero-posterior el que particularmente interesa.—Son estos:

En el hombre adulto 14 milímetros extensible á 18 ó 20 m. m.

En la mujer adulta 12 milímetros extensible á 15 ó 16 m. m.

En el niño Marc. Sée da los siguientes diámetros:

2 años	—	7 á 8	milímetros
7 »	—	8 á 10	»
10 »	—	10 á 12	»

Comparando los diámetros glóticos y traqueales vemos inmediatamente, que salvo indicación especial, si no queremos forzar sus dimensiones no debemos elegir tubo en el hombre adulto cuyo diámetro sobrepase á 14 milímetros.

Los bronquios se encuentran á 28 milímetros de la arcada dentaria superior; forman ángulo con la tráquea, de 25° el derecho y de 45° el izquierdo, de aquí nace la mayor dificultad relativa de penetrar en el bronquio izquierdo. Rodeados de tejido celular lapso, los bronquios á pesar de su direccción angular con la tráquea, permiten la introducción de tubos rígidos y esto es debido á que debe considerárseles como suspendidos de la tráquea, y como muy bien se basó Killian para sus primeras pruebas son: *elásticos, extensibles y movibles.*

Diámetro:

10 á 11 milímetros el bronquio irquierdo
12 á 15 » » » derecho

Las relaciones de vecindad á recordar: posteriormente el exófago, á la derecha el tronco arterial braquio cefálico, el cayado aórtico á la izquierda, cuya concavidad abarca el bronquio izquierdo, al que comunica sus latidos, perfectamente observables por el tubo, latidos que por no conocerlos en su fisiología atemorizaron á Kirstein y que el

observador debe tener muy en cuenta al hacer su examen.

La mucosa de todo el aparato respiratorio es de coloración roja.

El instrumentaje usado por nosotros es el de Killian.

Los tubos son de diversos diámetros y longitudes. La longitud varia entre 20 y 45 centímetros; exteriormente son graduados en centímetros, empezando por su extremidad inferior, de manera que el observador en cualquier momento puede ver á que nivel del trayecto á recorrer se encuentra.

Sus diámetros varian entre 6 á 12 milímetros, habiéndolo mayores.

Tanto exterior como interiormente son niquelados y en su interior pulidos para evitar reflexiones y difusibilidad de la luz.

Su extremidad inferior es á bordes obtusos (á bisel los de Brunnings), para hacer más facil é inofensivo su deslizamidnto.

En su extremidad superior, un tallo lateral ranurado, todos de igual dimensiones que enchufan en mangos universales, ya se use lampara frontal, ó á mango fotoforo de Brunnings, á la que damos a preferencia.

Al aparato acompañan pequeños tubos, con mango, divisibles longitudinalmente y cuya extremidad inferior termina en espatula; son para laringoscopias directas.

A más existen ganchos, pinzas de toda clases, á morros chatos, á sacabocados; porta algodones, etc., etc., utilizables para las diversas maniobras á que el operador quiera recurrir, sean estas terapeuticas ú operatorias. Sondas exofagicas á extremidades cónicas, para uso terapeutico ó como mandrin en las exofagoscopias (nosotros no la utilizamos con este último objeto). Tallos conductores electricos, con una espiral aisladora; bomba á saliva á funcionamiento comun y que es de gran utilidad.

Todo se encuentra dentro de una gran caja niquelada, dispuesta á su objeto.

Los tubos, pinzas, etc., para su esterilización, utilizamos la estufa seca y solo por escepción se hacen hervir, en casos de urgente necesidad.

La luz empleada es la electrica; hacemos preferencia por la lámpara de Brunnings; sobre un mango universal para los tubos. existe una lamparita electrica de pequeño voltaje, cuya luz es reflejada en el interior de los tubos por medio de un pequeño espejo inclinado, cuya inclinación el observador gradua por un pequeño tornillo ad. hoc.; este

espejito está montado sobre un pequeño soporte perforado y movible para facilitar la introducción de pinzas etc., dentro de los tubos.

Tecnica para la traqueo-bronquio y exofagoscopia

Los preparativos y anestesia en ambos casos son identicas y por consiguiente esta primer parte la describiré en conjunto.

Si nosotros disponemos de tiempo, es decir que se trate de un enfermo, á hacer examen diagnostico, que no urja, en algunos casos hemos procedido á su entrenamiento, es decir habituar al enfermo á recibir en su faringe etc., la impresión de los cuerpos extraños, pero pronto nos convencimos que todo esto no era necesario y todos nuestros exámenes se han hecho, pudieramos decir por primera intención.

Indudablemente en el organismo no hay órgano de reflejos más tardíos en desaparecer y más temibles en sus resultados que los laringeos; para evitarlos debemos recurrir siempre á la anestesia, local ó general.

De una manera general debemos recurrir á la primera en los adultos y la segunda en los niños, y en aquellos solo emplearemos el cloroformo en enfermos muy nerviosos ó de espíritu apocado al temor que les causa los preparativos operatorios.

En los casos que empleamos el cloroformo, tenemos la precaución de haber anestesiado préviamente la región buco laringea, por medio de la solución de clorhidrato de cocaina, y llevar la anestesia cloroformica á resolución completa, teniendo de esta manera la seguridad de evitarnos accidentes que pueden ser muy graves.

La anestesia local la hacemos por medio de una solución, ligeramente entibiada, fresca, al 10 °|₀ de clorhidrato de cocaina, que la aumentamos aún hasta el 20 ₀|° en caso necesario, pero escepcionalmente.

El enfermo sentado procedemos primero con un hisopo sobre simple tallo recto á tocar el velo del paladar, paredes laterales y posterior de la faringe y la base de la lengua; después que nos hayamos convencido de la perfecta anestesia de estas regiones, colocamos un espejillo laringoscopico y entonces bajo el control de la vista, anestesiamos con un tallo curvo y largo, la región aritenoidea, endolaringea y traqueal superior, si se trata de una traqueo-broncoscopia ó la entrada del exofago si de una exofagoscopia.

La porción inferior de la traquea aunque se puede anestesiar por medio de pulverizaciones, procedemos á hacerlo con hisopos, sobre largas pinzas á medida que progresamos con el tubo; de los bronquios nos preocupamos poco, pues parecen ser muy tolerables, admitiendo los tubos sin reaccionar casi.

Igual procedimiento progresivo usamos para el exofago.

Si se quiere y aún en algunos enfermos es útil emplearlo, se procede á hacer una inyección subcutánea de 0.01 gramo de clorhidrato de morfina, media hora antes de proceder al exámen. En cuanto á la anestesia general no se diferencia en nada de las comunes á no ser la cocainización previa de la región que ya mencioné.

Al enfermo puede darse diversas posiciones y su elección depende de circunstancias y anestesia empleada. En la anestesia general es de preferirse el decubito dorsal (Rose) ó lateral (Mikulicz); en anestesia local siempre que se pueda se empleará la posición sentada que es la más cómoda para el operador.

En la posición de Rose, un ayudante mantiene la cabeza extendida y evita toda desviación lateral con relación al cuerpo y con la otra mano mantiene la lengua del enfermo afuera; hace exacta-

mente lo mismo en la posición de Mikulicz; el operador se sienta á la cabecera del enfermo con el instrumentage preparado y al alcance de la mano.

En la posición sentado el enfermo lo hace sobre un banquillo bajo, un ayudante colocado detrás lo sostiene haciendo salir su tórax hacia adelante y mantiene la cabeza en línea recta y extensión forzada, haciendo lo posible para hacer desaparecer el angulo buco-faringeo; el enfermo por si mismo mantiene afuera su lengua con una de sus manos.

Habiendo el operador elejido el tubo á emplear, que debe estar esterilizado naturalmente, lo monta en el mango-lampara de Brunnings, y por medio del tornillo enfoca el espejillo, á que refleje su luz en el interior del tubo; con una gaza se coloca sobre la cara externa una delgada capa de vaselina esterilizada, para que deslice fácilmente; calienta ligeramente el tubo á una lámpara de alcohól para evitar que el vapor de agua del aire respirado por el enfermo se condense sobre su cara interna y haga difusa la luz.

Maneja todo el aparato con su mano hábil, y con la otra que le servirá de guía, va con el índice profundamente á rechazar hacia adelante la base de la lengua; esta mano debe permanecer en su lugar, si es posible todo el tiempo de la operación. Por la línea media de preferencia, si los in-

cisivos superiores no lo impiden y salvo indicación especial, comienza la introducción del tubo hasta llegar á la extremidad del índice que se halla inmediatamente por encima del vestíbulo laringeo. De aquí en adelante variará los movimientos á imprimir al tubo según sea una tráqueo bronquio ó exofagoscopia y es por ello que lo describo separadamente. Debo advertir que desde el instante que el tubo maniobra en nuestras manos, no debemos hacer un solo movimiento que no sea controlado por la vista, de manera que debemos tener esta constantemente sobre el orificio del tubo.

TRÁQUEO-BRONCOSCOPIA

Cuando conseguimos ver por el interior del tubo el borde superior de la epiglotis, descendemos lentamente su extremidad, hasta que esta quede por *detrás* de la epiglotis, es decir sobre el vestíbulo laringeo, el índice de nuestra mano bucal rechaza enérgicamente la base de la lengua hacia adelante y aplicamos la extremidad del tubo sobre la cara *posterior* de la epiglotis y la rechazamos también fuertemente hacia *adelante* y para ello hacemos palanca con el tubo sobre los incisivos superiores (que cuando son muy salientes dificultan la maniobra, entonces se lo introduce por una de

las comisuras, si se prefiere en posición de Mikulicz); á medida que se cumple este importante é indispensable movimiento vemos desfilar los aritenoides, la glotis cartilaginosa; cuando observamos *su ángulo* (anterior) *es entonces* recién el momento de avanzar; ordenamos al enfermo que haga profundos movimientos respiratorios, (pues sabemos que en la expiración forzada el diámetro menor de la glotis, el transverso, de 6 á 7 mitímetros aumenta á 15 m. m.) y cuando la glotis es ampliamente abierta penetramos en la laringe.

Es la parte difícil de la operación; quien felizmente la haya cumplido, es dueño de su enfermo.

La brusquedad ó falta de técnica en este tiempo de la maniobra peligra ó el no penetrar en la laringe, que es lo que se desea, ó enganchar con el tubo uno de los aritenoides ó lesionar una de las cuerdas vocales, cuya importancia se comprende por tratarse de un pequeño órgano á funcionamiento tan delicado.

Nosotros felizmente siguiendo la técnica indicada, no hemos tenido que lamentar en numerosísimas observaciones el más mínimo accidente.

La continuación no ofrece la menor dificultad, pues todo se reduce á progresar suavemente, anestesiando á medida que se avanza si fuere necesa-

rio, é imprimir al tubo los movimientos que dicta la sanalógica. Si queremos penetrar en el bronquio izquierdo, llevaremos el mango del lado opuesto, el derecho y vice-versa.

Es obvio decir que es mucho más fácil penetrar en el bronquio derecho (menor ángulo con la tráquea y mayor calibre) que en el izquierdo.

Para penetrar en las segundas ramificaciones bronquiales, observado su espolón, basta dirigir el tubo en el que uno desee. Nosotros para dominar la técnica, sistemáticamente hemos penetrado en los bronquios de los lóbulos inferiores y en algunas ocasiones en el del lóbulo superior.

Para sacar el tubo no se necesita maniobra especial, basta retirarlo suavemente.

No detallo la traqueo-broncoscopia inferior de Schrotter y Piniagek; es fácil suponer su técnica, mucho más fácil, que se reduce á la última parte de la descrita anteriormente; con anesteria local y en cualquiera de los decubitos mencionados.

EXOFAGOSCOPIA

Nos encontrábamos detrás de la epiglotis. En lugar de hacer penetrar el tubo por la línea media, es más cómodo hacerlo por la comisura derecha, teniendo en cuenta que no tenemos el incon-

veniente de los incisivos superieres y la dirección antes mencionada de la primera porción del exofago.

A porfia no he mencionado en la primera parte de esta descripción la sonda-mandrin sus ventajas no se equiparan á las que nos da el control visual y por lo tanto solo por escepción la empleamos.

Pasamos con la extremidad de nuestro tubo rasando la pared posterior de la faringe, por detrás de los aritenoides sobre cuya cara posterior presionamos ligeramente hacia adelante, nuestra mano bucal facilita esta maniobra si procedemos en posición sentado ó el ayudante traccionando la lengua fuertemente si en uno de los decubitos horizontales, aquí la dificultad de penetrar nos es aumentada por la contracción refleja de los constrictores faringeos; no debe forzarse: se mantiene el tubo en contacto y el espasmo cede pronto, empujamos y nos encontramos en el exofago; este es entonces poco sensible y podemos recorrerlo en toda su extensión sin necesidad de una anestesia progresiva.

En la exofagoscopia se nos agrega un inconveniente: la saliva, que nos dificulta ver. Si es poca se la saca con los tallos porta-algodones, que preparados deben estar á la mano del operador; si

es abundante, se introduce dentro del tubo el tallo del aspirador, que un ayudante hace funcionar.

Ya sea la tranqueo-bronquio ó la exofagoscopia lo que se hubiere hecho, el enfermo debe conservar, su posición sentado ó el decubito horizontal durante un momento para evitar los accidentes cocainicos. accidentes que nosotros no hemos por otra parte observado.

La traqueo-broncoscopia tiene su indicación en todos aquellos casos en que tratándose de una afección dentro de la traquea ó los bronquios ó en su vecindad, pero que afecte relaciones patológicas con estos ó en los casos que algun cuerpo extraño se hubiese estacionado en alguna parte de su recorrido.

Como medio diagnostico es facil suponer que es en las afecciones internas del conducto respiratorio en que sus resultados se aproximan más á la seguridad absoluta. En las compresiones de vecindad, un aneurisma aortico por ejemplo. la clinica por si sola en la gran mayoría de los casos, hace su diagnóstico seguro, la traqueo-broncoscopia le sirve de ayuda y talvez de comprobación en el vivo, localizando exactamente la afección y diciendonos si se trata de un tumor á latidos y si estos son transmitidos ó por el contrario expansivos. En otras clases de compresiones solo sirve como localizadora, pués como el tumor está por fuera de la traquea ó bronquio, por la traqueo-broncoscopia no se lo puede ver, el observador debe hacer su

trabajo clínico y mental para llegar á resolver el problema que la operación no pudo hacer. No hay que ser muy optimista, ni pedir á la traqueo-broncoscopia nada más que aquello que puede darnos. La clinica médica es muy basta en sus profundos conocimientos y medios de diagnóstico y las especialidades, sus hijas, son muy grandes y merecen nuestro mayor respeto y admiración; pero no lo suficiente para poder independizarse de una manera absoluta, camo tampoco la clínica puede de manera alguna declinar sus grandes servicios.

Bajo el punto de vista de los cuerpos extraños del conducto aereo, conocidas son y por eso no las menciono, las grandes complicaciones á que dan lugar, produciendo en muchos casos la muerte; en estos casos muy frecuentes, la terapeutica está casi completamente desarmada, pués los antiguos procedimientos, vomitivos, expectorantes, inversión cabeza hacía abajo, la introducción ciega de pinzas, á más de los peligros muy serios á que exponían á sus enfermos (la introducción de pinzas sin el control de la vista p. ej.), la gran mayoria de las veces no conseguian el objeto buscado, lo cual puede formarse opinión según la estadistica recopilada por Weist, que sobre un total de 1000 casos, solo se consiguió la extracción por vias naturales 63 veces. Hoy día con el aparato de Killian los casos publicados son numerosos.

Poseemos nosotros numerosos casos diagnosticos ya sean de enfermos que han venido expontaneamente al servicio del Hospital San Roque ó que nos han sido remitidos de los otros servicios de clínica ó cirugía, no los publicare á todos, porque no es mi objeto hacer estadistica, sino el de comprobar la bondad y los inmensos servicios de este aparato, y es por ello que me concretaré solo á citar algunos casos, aquellos en que la traqueobroncoscopia se hace indispensable. Exactamente lo mismo haré cuando mencione los de exofagoscopia.

Aunque ya publicados elijo estos dos casos de traqueo broncoscopia, por la razón de que ellos no hubieran sido diagnosticados y tratados sino por este procedimiento.

1.º Diagnostico. — (Dr. E. V. Segura. Soc. médica Argent., 1908.

Extractado. — Se trataba de un enferno del Dr. Ayerza, de 72 años de edad, buen estado general, sin antecedentes patologicos anteriores.

Tenia fuerte disnea, que aumentaba con el esfuerzo, acompañado de tiraje traqueal, su voz estaba conservada.

Su laringe, al exámen laringoscopico estaba sana; se trataba por consiguiente de una afección situada debajo.

Se indicó al enfermo el día siguiente para proceder á una traqueo-broncoscopia.

Con anestesia local, se procedió á la introducción del tubo, «lo que pude realizar con la mayor facilidad porque el enfermo se prestaba muy bien y así pude, darme exacta cuenta de la situación. Se trataba fuera de duda, de un neoplasma maligno (epitelioma), cuyo punto de origen ó cuya penetración al tubo respiratorio al menos, se encontraba al nivel de la bifurcación de la traquea.

El bronquio izquierdo parecía totalmente obstruido por los mamelones neoplasicos y del bronquio derecho solo quedaba una pequeña parte libre de su calibre. El cuadro era tan perfectamente característico, que sin temor de equivocarse se podía formular desde el primer momento el diagnóstico antes dicho y fué en este sentido que escribí á mi distinguido colega el prof. Ayerza, rogándole quisiera un día acompañar al enfermo á mi consultorio, para repetir el examen y que pudiera él personalmente hacerlo en este caso tan interesante.

Pocos días después tenía esto lugar y el profesor Ayerza se manifesió tan categorico como yo lo había sido sobre la naturaleza de dicho tumor, quedando muy satisfecho de la traqueo-broncoscopia superior». (Segura).

En este enfermo, no se podía pensar en hacer

una estirpación total del tumor, á consecuencia de su naturaleza; así lo creyó el Dr. Segura, y se concretó á estirpar parcialmente lo posible, quedando bastante amplia la luz del bronquio derecho.

Se lo operó por vías naturales, con pinzas á propósito, por dentro el tubo Killian y bajo el control de la vista. Como anestesia usó la cocaina y como hemostatico la adrenalina.

El enfermo murió caquectico en los primeros días del mes de Junio 1908.

« Unos de los fragmentos extirpados fué remitido al Dr. Speroni para su examen, contestando este distinguido colega que se trataba de un epitelioma á nodulos perlados » (Segura).

Este caso era de difícil diagnóstico; y á nadie escapa su importancia como diagnóstico y pronóstico, que tanto el enfermo como la familia exige á su médico; basta suponer encontrarnos como médico en un caso de estos, para darnos cuenta de la responsabilidad de nuestra opinión.

Era posible hacer un diagnóstico clínico de la afección? No me corresponde discutirlo, no es ese mi objeto. En caso que el diagnóstico es hecho, pero se puede ser absoluto? creo que no. Pues bien la traqueo-broncoscopia lo ha sido. ¿Se puede exigir algo más matematico en medicina, en su estado actual, que un diagnóstico anatomo-patológico ma-

croscopico comprobado con su analisis microscópico? No, no existe ningun otro medio para *ver* y *diagnosticar absolutamente*, la afección de que se trataba; en este caso la traqueo-broncoscopia era irremplazable.

Se me podría objetar que siempre no se podrán hacer diagnóstico tan preciso, y que este caso es la escepción; á ello respondaré que la sero-reacción de Widal, no diagnóstica neumonias, y quien por ello la recriminare, su opinión no merecería los honores de ser tomada en cuenta.

2° Tratamiento;

Cuerpo extraño de bronquio izquierdo (Segura l. c. *Extractada*—25 de Junio 1908. Se trataba de un enfermo de 18 años de edad, Luis L. encontrábase comiendo maní en su casa, cuando al hacer una fuerte inspiración, introdujo unos de sus granos en sus vías aéreas; al irritar éste sus primeras regiones produjo espasmo reflejo que privó al enfermo de sus movimientos respiratoriós, trayendo la asfixia consiguiente, hasta que cayó cianótico.

Impresionado con agua fría que le arrojaron en el rostro, hizo violentos movimientos respiratorios que produjeron el pasaje del cuerpo extraño más profundamente en sus vías aéreas.

Pasóse entonces el espasmo y el enfermo re-

cuperó su respiración y conocimiento, produciéndose violentos accesos de tos que lo obligaron á mantenerse incorparado.

Llevado al consultorio del Dr. Segura, se procedió á prepararlo para una traqueo-broncoscopia. Previa anestesia local, procedió á penetrar en la tráquea con un tubo de 35 cts. de largo por 10 á 11 milímetros de diámetro, pasó al bronquio derecho cuyas ramificaciones observó, basado en que por su menor ángulo y mayor calibre es más frecuente que en él se alojen los cuerpos extraños, sin embargo no existía nada de anormal.

Anestesió el bronquio izquierdo y para evitar mayor fatiga al enfermo, retiró el tubo. Pasado un instante volvióla á introducir, dirigiéndose entonces al bronquio izquierdo.

A 3 ó 4 centímetros de su nacimiento se lo veía, introdujo una pinza á dientes y después de una primer tentativa para capturarlo, que fué infructuosa, tuvo la gran satisfacción de extraerlo con toda felicidad. El enfermo no presentó luego consecuencia alguna.

He aquí otro caso en que la traqueo-broncoscopia es de eficacia indiscutible, y que no es susceptible de ser sustituído por otro método alguno. Ya he citado la estadística de Weist y que sin embargo se refiere á cuerpos extraños en cualquier

sitio del árbol respiratorio y no á los situados en los bronquios.

Dejarlo era peligroso; entre las complicaciones á que pueden dar lugar, en todos los libros se citan, la gangrena pulmonar, de pronóstico muy grave; es de todo punto indicado su extracción y esto hubiera sido casi imposible si no se hubiera recurrido á este método moderno y de utilidad tan grande.

Hay afecciones exofágicas de diagnóstico á veces difícil; no es siempre fácil por ejemplo diferenciar los espasmos sin afección orgánica, de los que acompañan á las ulceraciones sifilíticas ó de la mucosa y aun á pesar de su evolución casi clásica (no siempre) de los que existen con los carcinomas exofágicos; lo mismo sucede con las hemorragias varicosas del exófago, de las verdaderas hematemesis y otras muchas afecciones y compresiones de que es sitio el órgano de que tratamos,

En muchos de estos casos, la exofagoscopia nos resolverá el problema, permitiéndonos de visu hacer el diagnóstico y en otros aportará al clínico la confirmación del suyo.

Hemos tenido ocasión en algunos casos de proceder á la dilatación del exófago, por sondas introducidas por el tubo, bajo el control de la vista.

Lo mismo que para la broncoscopia, elegiré para mencionarlo uno de nuestros enfermos, que me sirva para comprobar su importancia diagnóstica.

También diré que no basta hacer una exofa-

goscopia para creer que se tiene obligación de hacer diagnóstico. Nadie niega el valor de la citoscopia ó de los rayos Roentgen, y sin embargo, muchas veces no hacen dignóstico.

1º *Diagnóstico*—Folio 191, del libro de historias del servicio de Otorinolaringología del Hospital San Roque—Agosto 5 1908.

Vicente H. P. 43 años, Argentino—Casado - Su domicilio en esta capital.

Antecedentes hereditatrios: El padre murió de aneurisma—La madre de un cancer en una de las mamas.

Antecedentes personales: Dice no haber padecido enfermedades anteriores—No ha tenido sífilis.

Enfermedab actual—Desde hace dos meses nota que le es dificultosa la deglución de los alimentos, tiene la sensación de que estos algunas veces no llegan á su estómago. Esta dificultad aunque más marcada de una manera general para los solidos, *no es constante*, pues ciertas ocasiones y durante días ella es posible y normal y otras bruscamente no permiten su pasage. Ha seguido así su curso hasta que viene á este servicio, sin que esta anormalidad en su deglución se hubiere marcado mayormente.

El enfermo conserva sus fuerzas y no ha enflaquecido de una manera notable.

Apetito conservado—No existen habitos alcohólicos, duerme bien, no hay pituitas.

Defeca diariamente—Orina bien y en cantidad al parecer normal.

En este servicio, con anestesia local, procedemos á una exofagoscopia. Al llegar á una distancia de 34 centímetros, se nota un tumor que obstruye la luz del organo, de superficie mamelonada. y que sangra ligeramente al contacto del tubo, el enfermo no acusa dolor. Dicho tumor no permite el pasage del tubo y por consiguiente no logramos ver su límite inferior.

Se diagnóstica tumor canceroso.

Para mayor seguridad nuestra y para dar al diagnostico confirmación absoluta, se procede con una pinza saca-bocados, que es introducida por el interior del tubo y bajo el control de la vista á extraer fragmentos del tumor para su analisis anatomo-patológico.

Es obvio decir que no pensamos un momento en hacer su cura operatoria.

He aquí el resultado del examen anatomo-patológico, debido á la gentileza del Doctor Nölting del Hospital San Roque.

(Enviado de la Sala de Garganta)—Protocolo Nº 67 (1908).

Buenos Aires 11 de Agosto de 1908

Examen de trozo de tejido extraido del exófago—Carácteres físicos—Trozo de tejido muy pequeño, alrededor de 1/2 centimetro de diámetro, de consistencia blanda y de superficie irregular.

Exámen microscópico—Se observa un tejido constituido en su mayor parte por una espesa capa de celulas planas estratificadas, de espesor irregular con prolongamientos profundos mal coloreados tanto el protoplasma como el nucleo.

En la parte central y sucediendo á esta capa se observa un tejido lapso conjuntivo que comprende en sus mallas un gran numero de agrupaciones leucocitarias y numerosas celulas epiteliales, grandes, de gran nucleo esferiforme, de naturaleza atipica y en general bien coloreadas y de diversos tamaños.

No tienen estas celulas, ninguna relación con el estroma conjuntivo, encontrandose en general agrupadas.

El número de los vasos es escaso y los glóbulos rojos no son abundantes:

Diagnóstico: carcinoma.

En este caso la importancia de la exofagoscopia se pone de manifiesto por sí sola.

Este diagnóstico se hace frecuentemente sin necesidad de recurrir á la exofagoscopia; pero también quien haya estado en una sala de clínica médica sabrá, que hay ciertos espasmos por encima de una lección cancerosa en su principio, que ceden fácilmente á la sonda exofágica, y sin embargo hay un cancer; y que pueden llevar al espíritu del médico la duda, por lo menos en sus comienzos; no es frecuente es claro, pero siendo la exofagoscopia fácil, que no acarrea peligros ni inconvenientes, y siendo como en el caso citado, de un valor inmenso que desvanece toda duda, no hay razón porqué no recurrir á ella. Aun más, es una obligación del médico recurrir á todos los medios comprobados útiles para establecer su diagnóstico.

En el momento que esto escribo tengo conocimiento de la muerte del enfermo. No se hace autopsia por haber esta ocurrido en su domicilio. De todas maneras la autopsia no nos hubiera ilustrado sinó sobre la extensión de la afección, puesto que el diagnóstico no necesitaba confirmación y tampoco hubiera podido darla mejor que la que ya teniamos por el examen anatomo-patológico.

Segundo tratamiento - Cuerpo extraño

Los cuerpos extraños de exófago, antes de existir el aparato de Killian y aun hoy para ciertos casos, eran ó expulsados por medio de vomiti-

vos, etc. ó llevados hasta el estómago por medio de una sonda olivar por ejemplo.

No todos los casos son iguales y por consiguiente factibles de buen resultado por estos medios; cuando se trata de huesos de frutos ó monedas, indudablemente que si; pero cuando el cuerpo extraño se ha enclavado en las paredes del exófago. no lo es y si esto tiene lugar en su porción intratorácica ni aun una operación cruenta como es la exofagostomía externa.

Sabidas son las complicaciones infecciosas locales y de vecindad, á que por ulceración ó perforación, pueden dar lugar estos cuerpos extraños, y la forzosa necesidad de su extracción se impone.

El más sugerente de los casos que para demostrar la imposibilidad de pasarse sin la exofagoscopia poseemos, es el siguiente y por eso lo prefiero para corroborar lo anteriormente afirmado.

Segura. (Algunos casos de exofagoscopia—Congreso Médico Latino-Americano de Chile — Enero, 1909).

Extractada. — El 30 de Agosto 1908, almorzando la señora D. C. de S., de 56 años, tragó un fragmento de hueso de pollo, que le ocasionó ahogos, náuseas. dolor, etc.

Fué examinada sucesivamente por dos médicos, los que después de un exámen laringoscópico

y *haber pasado* una sonda exofágica, afirmaron que tal hueso no existía. Al día siguiente los dolores continuaban así como la dificultad de deglución. El día 1° de Setiembre llamado el doctor Sobrecasas, comprobó una temperatura de 38° 5 y sospechando que efectivamente existía dicho cuerpo extraño, pensó que era de necesidad como diagnóstico y también como tratamiento, si su existencia se confirmaba, de proceder á una exofagoscopia; solicitó entonces la colaboración del doctor Segura.

El día 2 por la tarde la enferma se encontraba con 38°; los movimientos del cuello dolorosos, su palpación también dolorosa por debajo del cricoides y más marcado del lado derecho- no existía fluctuación ni empastamiento. Encontrábase muy abatida y no había podido tomar ningún alimento.

Después de los preparativos del caso se introduce un tubo de pequeño diámetro.

"No había avanzado con el tubo más de 4 centímetros en el interior del exofago, cuando descubrí al cuerpo extraño, constituido par un fragmento de hueso, delgado, liso y brillante, colocado horizontalmente y dividiendo la luz del exofago en dos partes casi iguales. Tendría unos 3 centímetros de largo, puesto que sus dos extremidades producían una depresión en la pared exofágica á

cuyo alrededor se notaba bien distintamente una zona roja y tumefactá" (Segura).

Tomado con una pinza el hueso no cedía, estaba tan firmemente enclavado que la fuerza ejercida sobre él se transmitía al resto del exofago sin conseguir arrancarlo. Tampoco se consiguió hacerlo bascular. Entonces "Procedí de la siguiente manera: Introdujé el tubo de mayor calibre (18 á 20 m. m.) y de corte horizontal en su extremidad. Avancé con él hasta ponerlo en contacto con el cuerpo extraño, sobre el cual ejercí una ligera presión para estar más seguro de la intimidad de dicho contacto, puesto que el tubo debía servirme de punto de apoyo. El hueso ocupaba casi exactamente el diámetro del tubo.

Con la mano izquierda tome solidamente el mango de la lampara de Brunnings, que me servía de fuente luminosa apoyandolo contra la cara de la enferma. Escogi entonces la pinza más fuerte de la colección de Killian é introduciendola por el interior del tubo, efectué una fuerte tracción con la pinza. El resultado fué completo; el hueso se fracturó en la parte media, donde había estado tomado con la pinza, los dos fragmentos se desprendieron de las paredes del exofago y puedo decir que delante de mi vista se deslizaron por su interior hasta penetrar en el estomago» (Segura).

Se ordenó á la enferma dieta y reposo absoluto.

Algunos dias después la enferma se encontraba perfectamente bien.

Se ve en este caso, que la exofagoscopia sirvió no solo para hacer diagnostico, sino que salvó á la enferma de una exofagostomia externa, operación cruenta y grave.

B. Echevarria.

Buenos Aires, Marzo 909.

Buenos Aires, Marzo 18 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor Eduardo Obejero al Profesor titular Pedro Lagleyze y al profesor suplente, Doctor Teófilo A. Moret para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, 29 Marzo de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 1935 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas é inconvenientes de la posición horizontal del sujeto para la broncoscopia,

EDUARDO OBEJERO.

II

En casos de cuerpos extraños, ubicados en la traquea, los bronquios ó en el exófago, puede ó no competir y en que circunstancias es superior la Radiografía á los procedimientos aconsejados en esta tesis.

P. LAGLEYZE.

III

La traqueo-broncoscopia y la exofagoscopia, dando por su instrumentación *puntos fijas do repére* deben entrar en combinación al obtenerse placas radiográficas.

T. A. MORET.