



Año 1918

N. 3392

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Man. 4.7016*

Contribución al Estudio  
de la  
**Endoflebitis Específica de la vena  
cava superior**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**CARLOS P. MARTINEZ**

Ex-practicante interno del Hospital Español

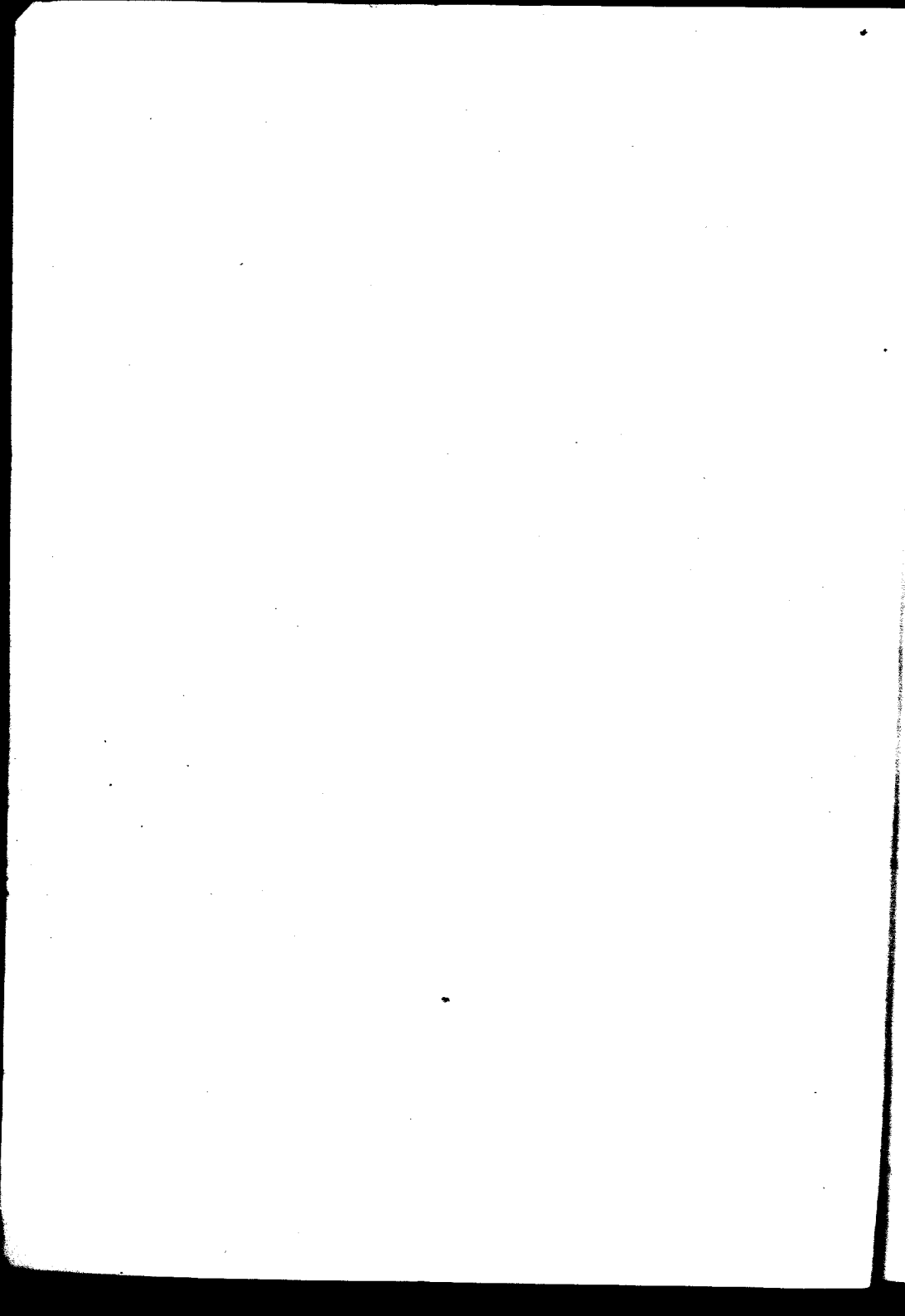


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1918

Contribución al estudio de la endoflebitis específica de la vena  
cava superior



Año 1918

N. 3392

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

Contribución al Estudio  
de la  
**Endoflebitis Específica de la vena  
cava superior**

---

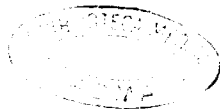
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**CARLOS P. MARTINEZ**

Ex-practicante interno del Hospital Español



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

*Artículo 102 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL.

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

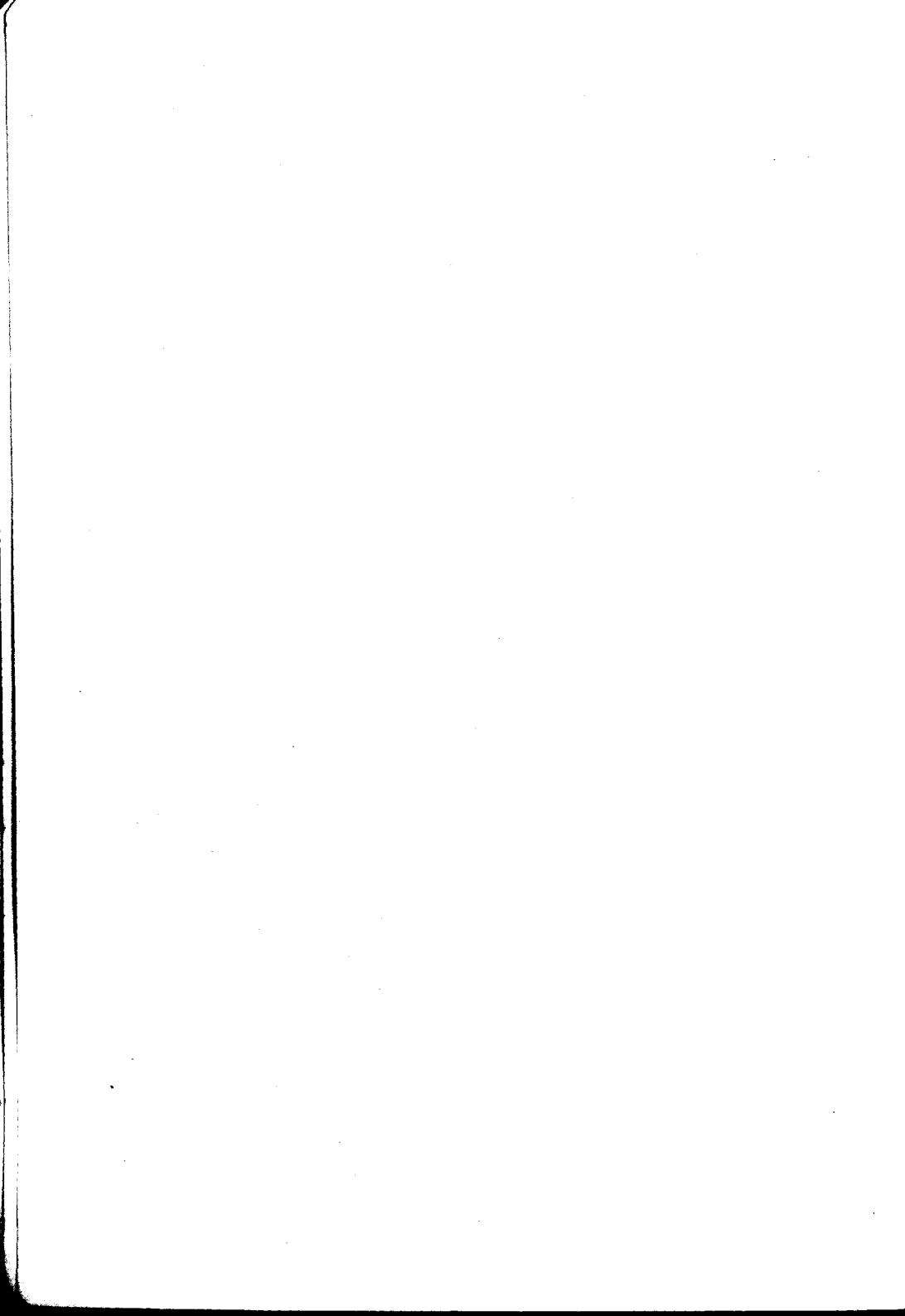
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL.
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



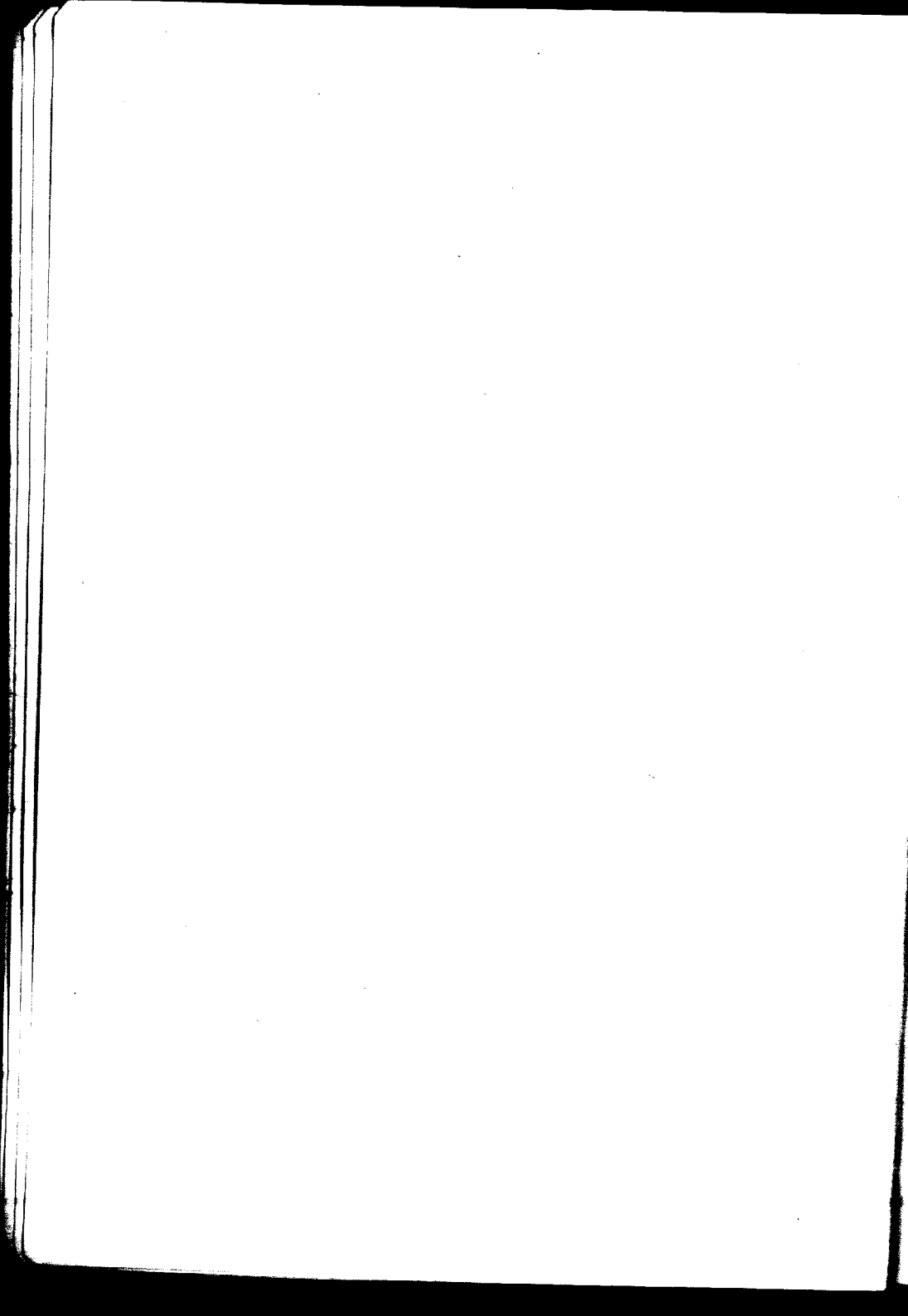
# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELEMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

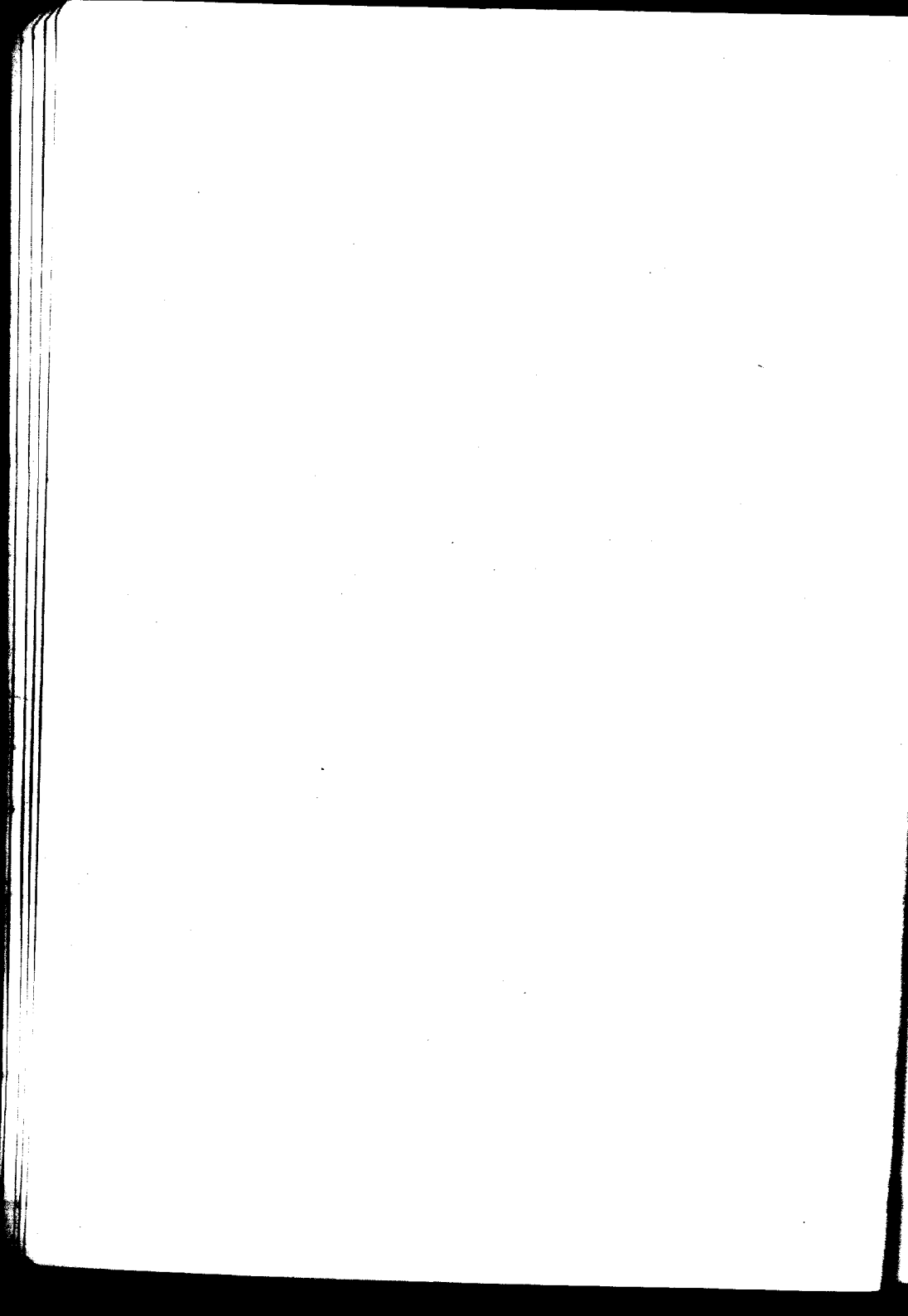
### Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)  
» » FANOR VELARDE  
» » IGNACIO ALLENDE  
» » MARCELO VIÑAS  
» » PASCUAL PALMA

### Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

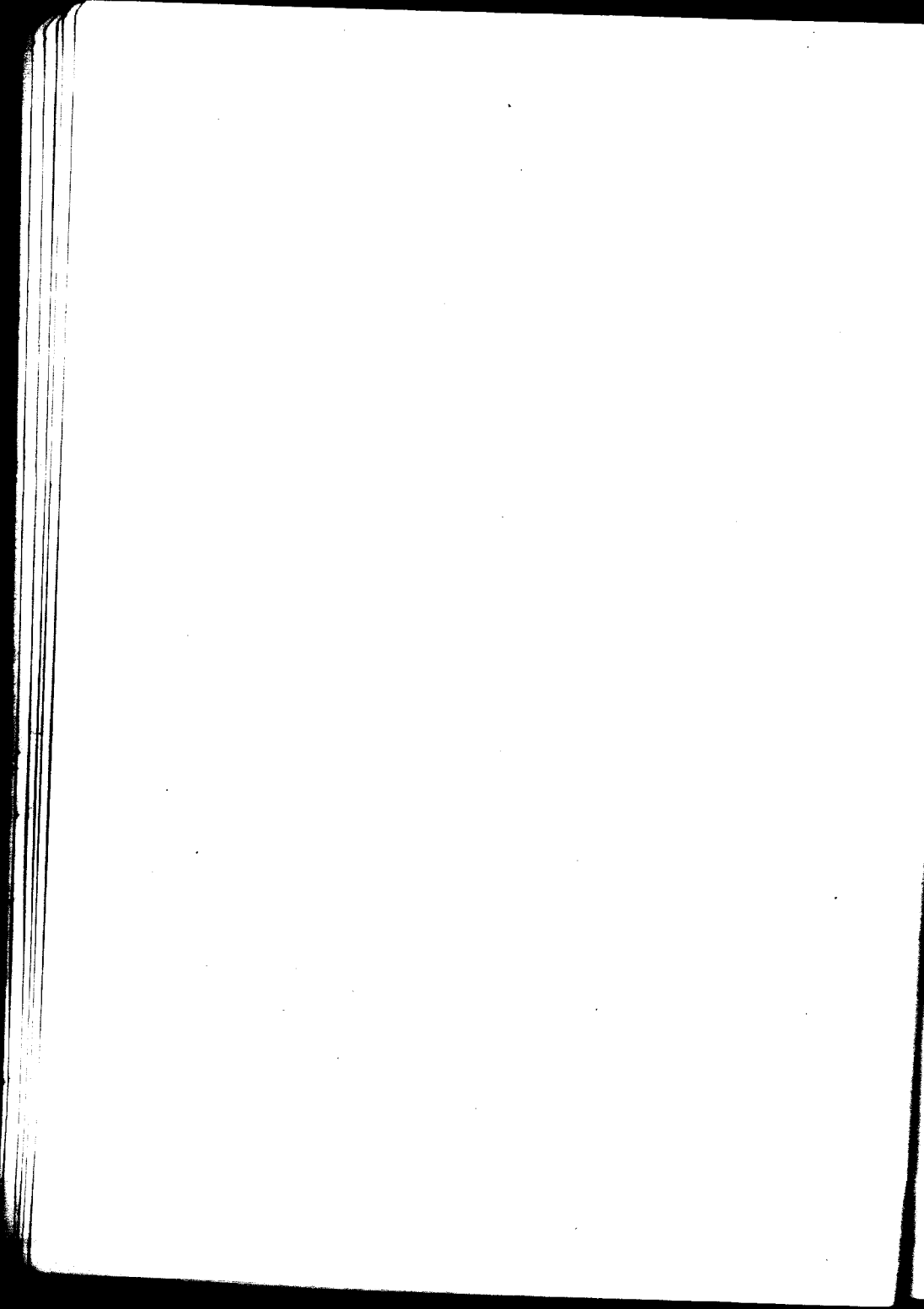
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

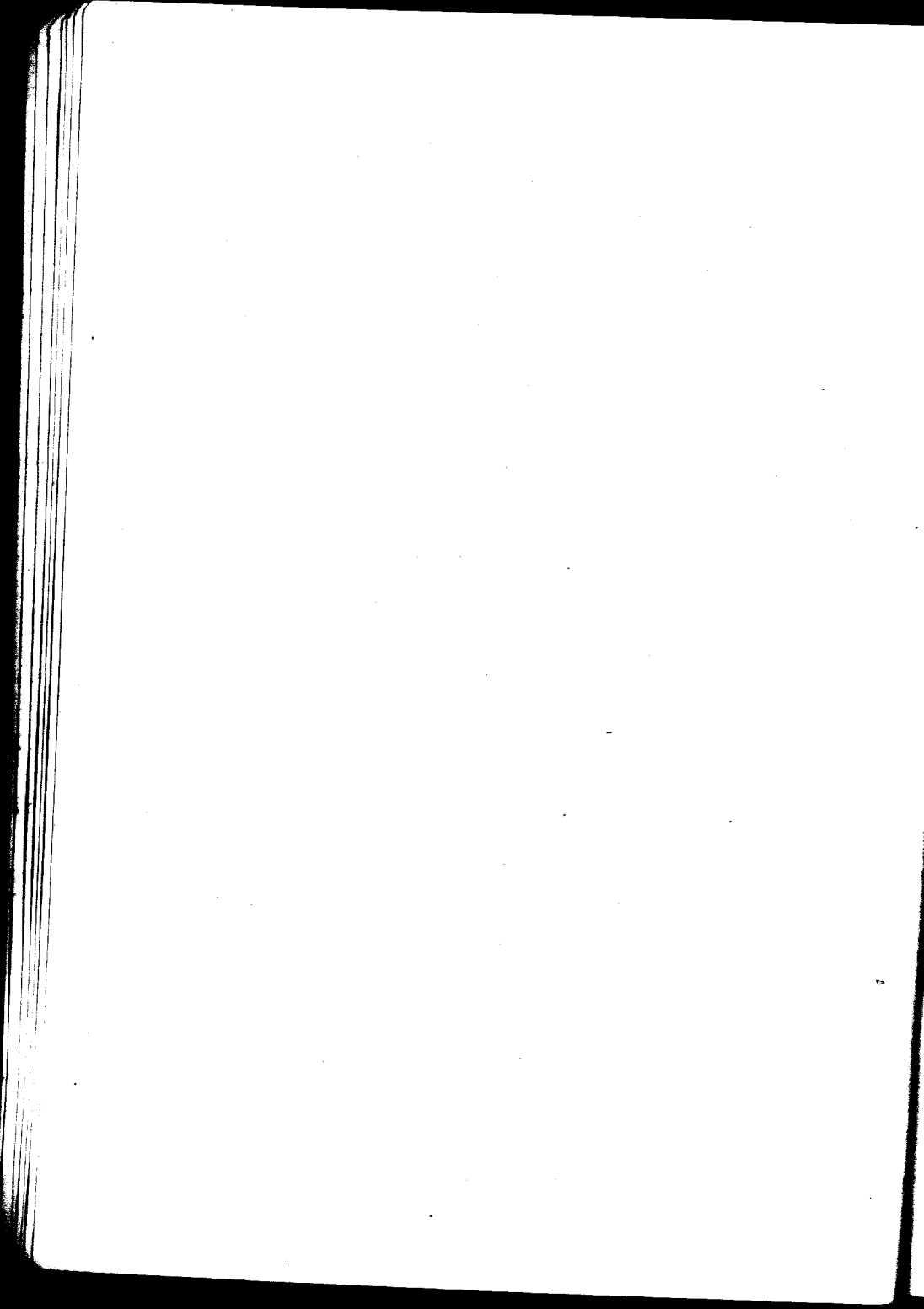
• FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



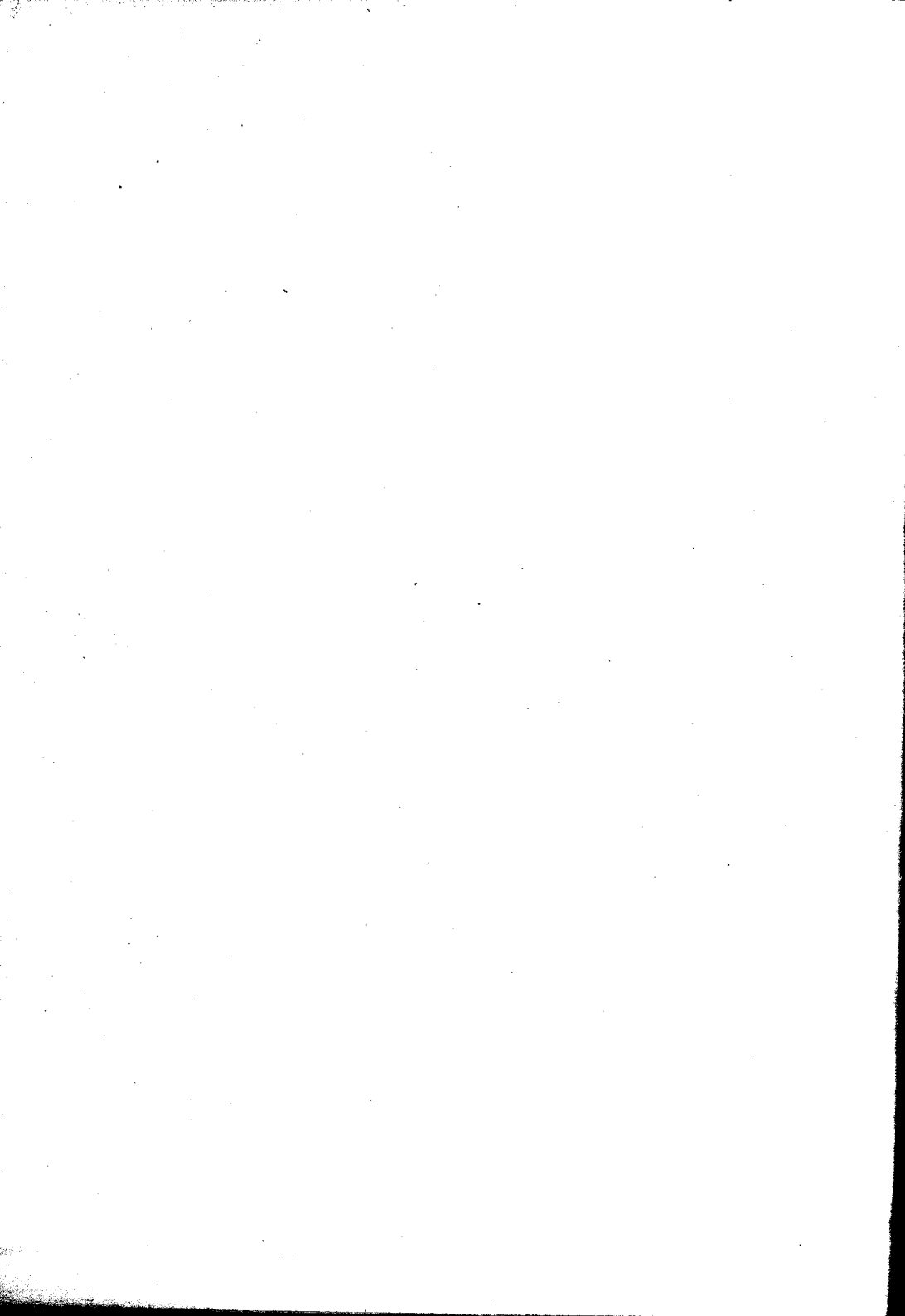
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» ADIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



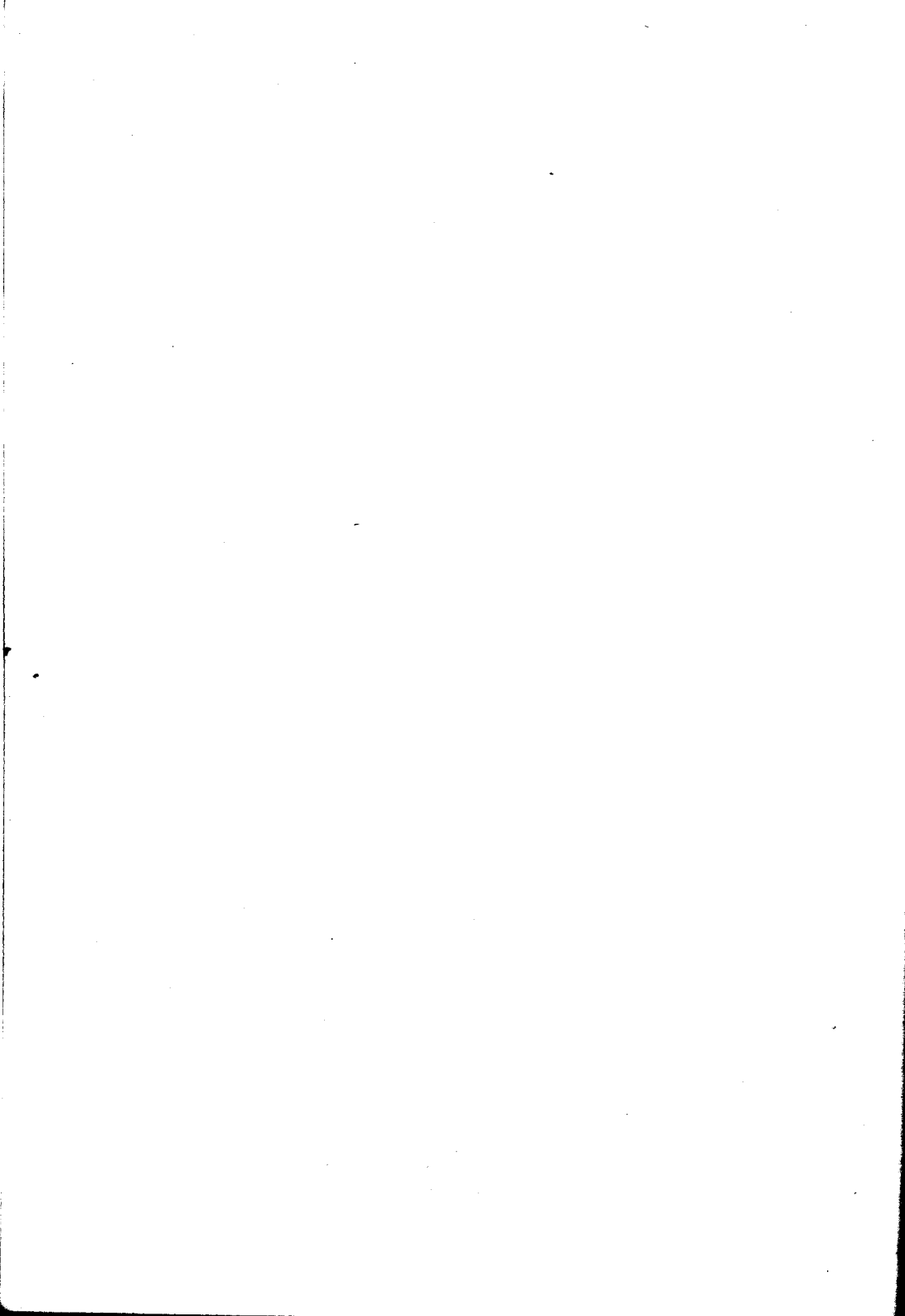
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología ».....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Médica.....	» ALOIS BACHMANN
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	» JOSÉ BADIÁ
Clínica génito-urinaria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Patología Interna.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica oto-rino-laringológica..	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Clínica Neurológica.....	» RICARDO COLÓN
Clínica Pediátrica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Quirúrgica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
Clínica Psiquiátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Obstétrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Ginecológica.....	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Médica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSÉ F. MOLINARI
	» PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOUESAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARCE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermató-sifilográfica.....	» CARLOS DONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITÓN
» epidemiológica.....	» PEDRO J. HARDOY
» oftalmológica.....	» JOAQUÍN LLAMBRAS
» oto-rino-laringológica.....	» ANGEL H. ROFFO
Patología interna.....	» PEDRO ELIZALDE
Clinica quirúrgica.....	» JOSÉ MORENO
» Neurológica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» Médica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» pediátrica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» ginecológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» obstétrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Medicina legal.....	» ALEJANDRO CAVALLIOS
Clinica Psiquiátrica.....	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALISA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO H. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETI
	» RAÚL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLAHO
	» EDUARDO MARIÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BILIRICH
	» IGNACIO LMAZ
	» PEDRO ESCUDERG
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CANDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO ECCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOITARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. THONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BORRO
	» JOSÉ A. BERITTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
	» AMABLE JONES



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

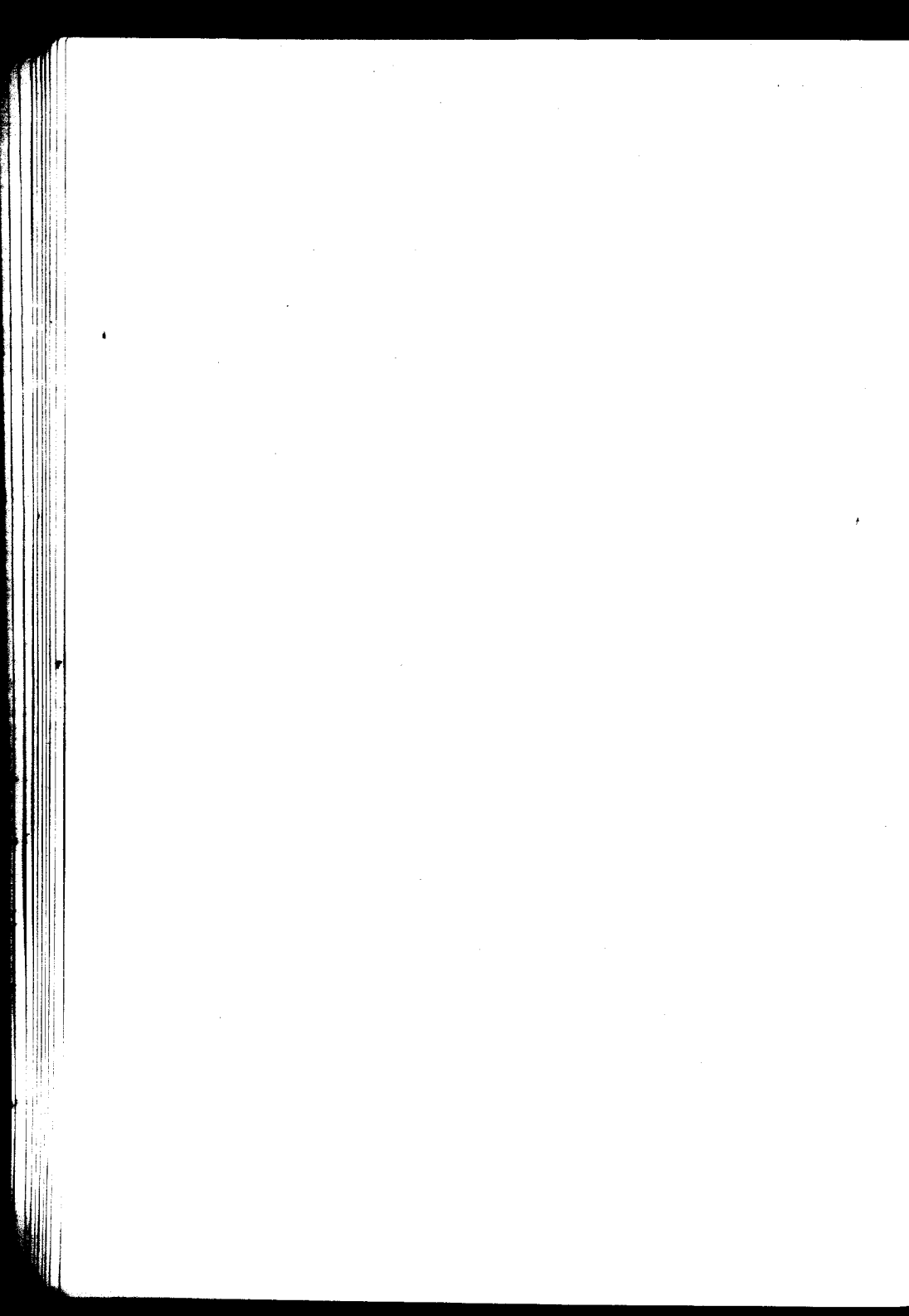
#### *Segundo año:*

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica....  
 Técnica farmacéutica (1er curso)...  
 Higiene, Ética y Legislación.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....  
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

### Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO  
 » JULIO J. GATTI  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » ADOLFO MUJICA  
 (Vacante)  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » RICARDO SCHATZ  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ  
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....

### Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHIETTI  
 » TOMÁS J. RUMI  
 » ANGEL SABATINI  
 » EMILIO M. FLORES  
 » ILDEFONSO C. VATTUONE  
 » PEDRO J. MÉSIGOS  
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI  
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 » PASCUAL CORTI  
 » CLEOFÉ CROCCO  
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ  
 Sr. OSCAR MIALOCK

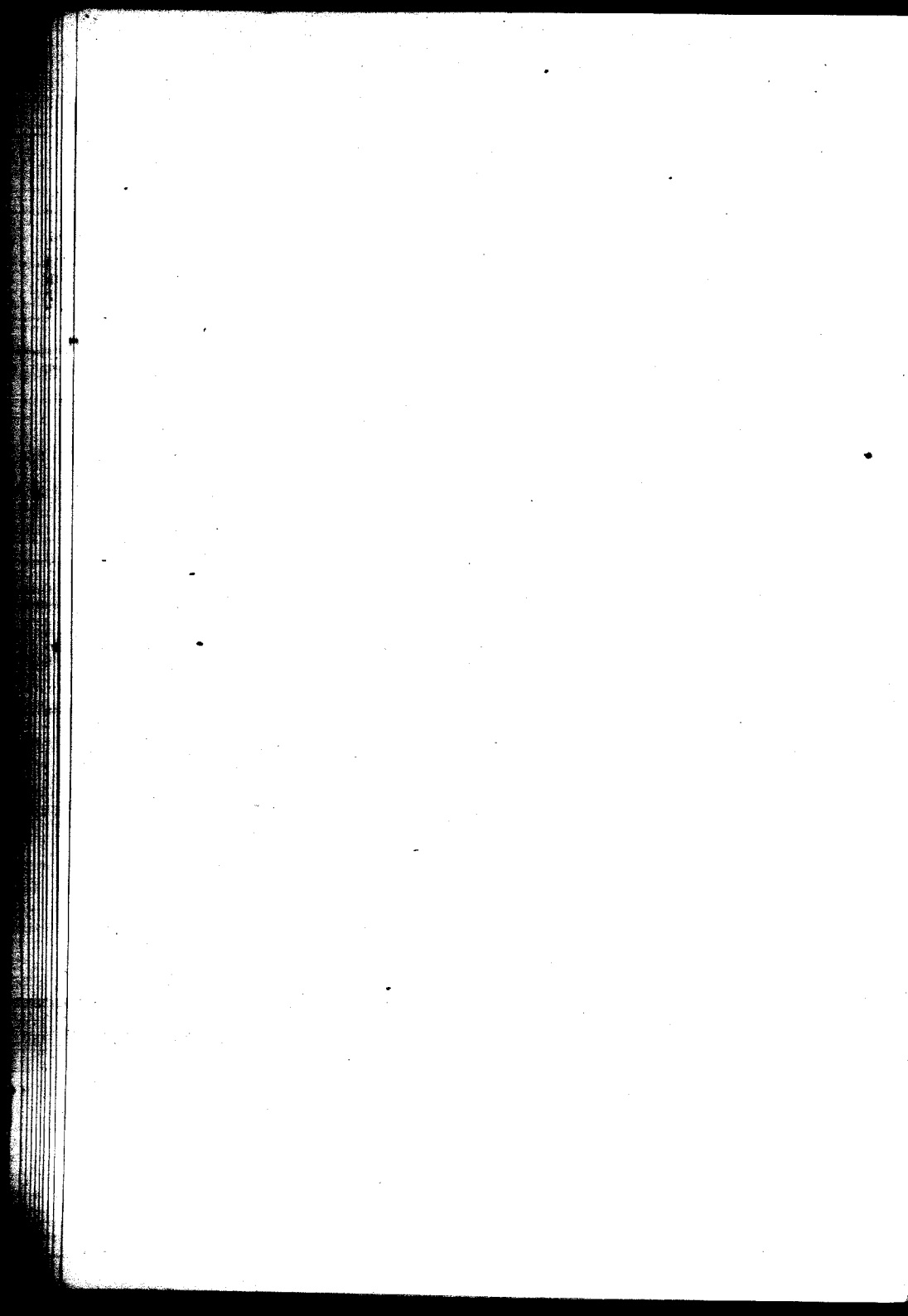
## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....  
 Mineralogía y Geología.....  
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....  
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....  
 Química biológica.....  
 Química analítica aplicada (Bromatología).....  
 Física general.....  
 Bacteriología.....  
 Toxicología y Química legal.....

### Catedráticos titulares

— —  
 — —  
 — —  
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)  
 » PEDRO J. PANDO  
 — —  
 — —  
 » CARLOS MALBRÀN  
 » JUAN B. SEORÀN



## ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

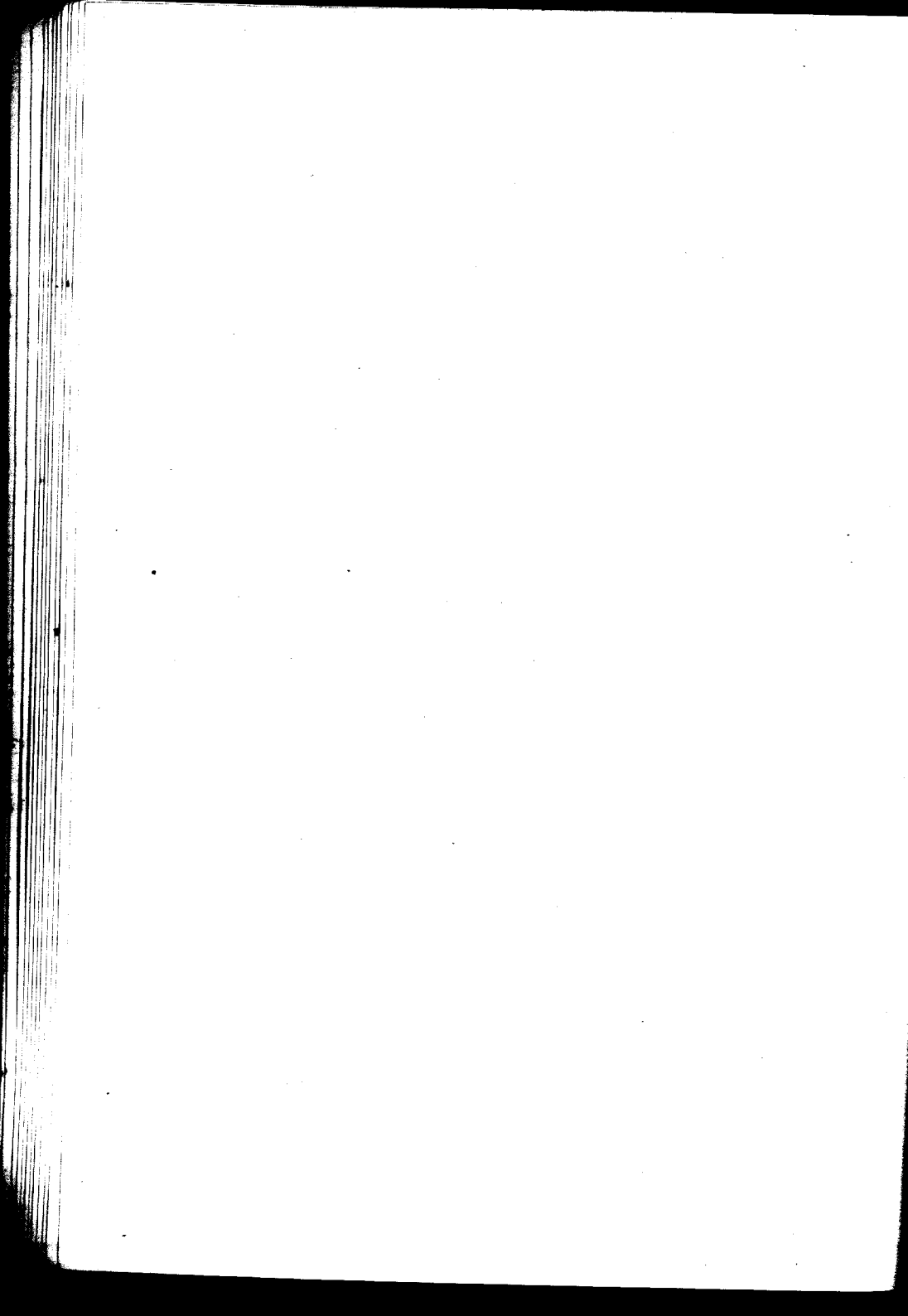
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental ... ..	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA ( » )
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

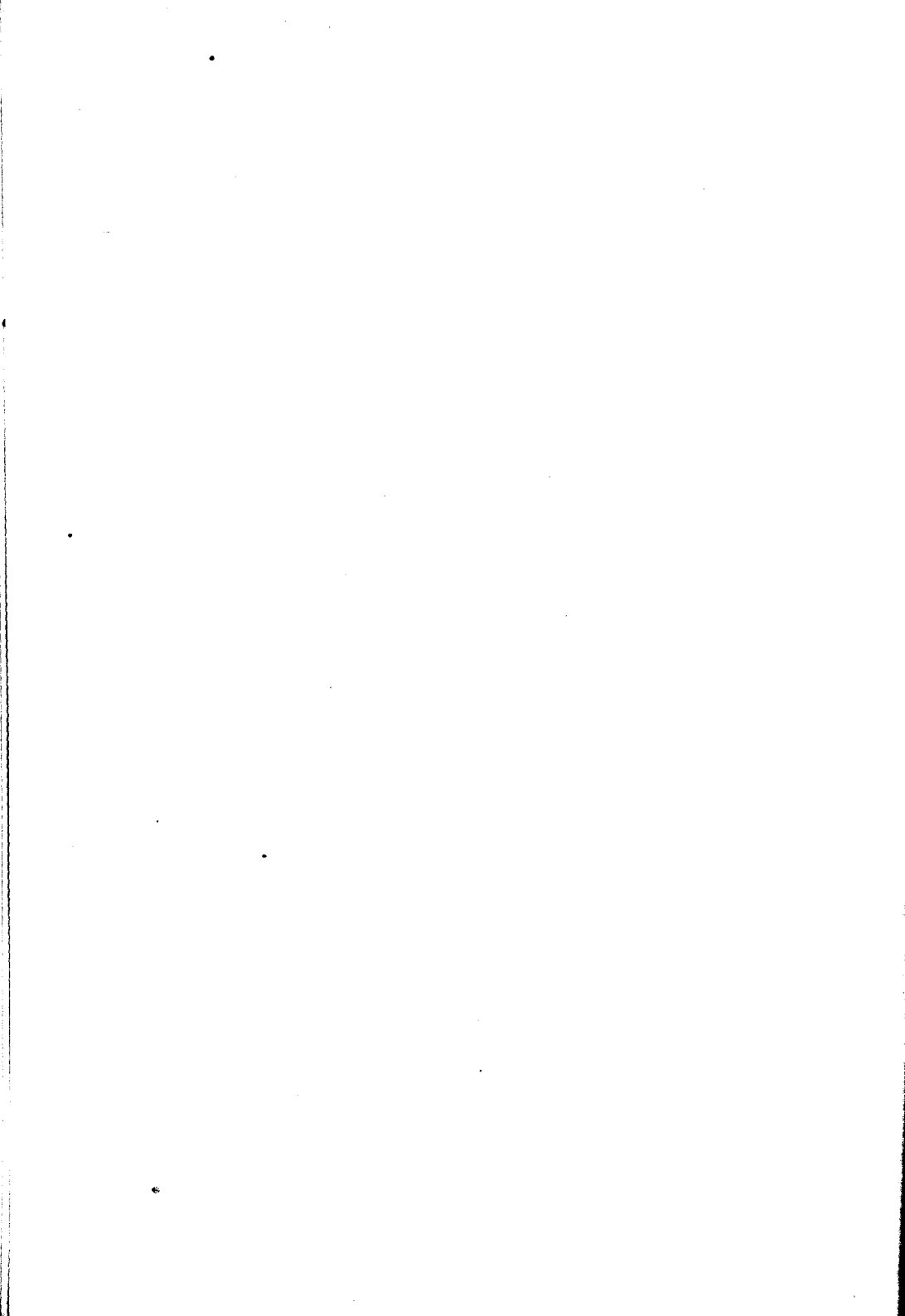




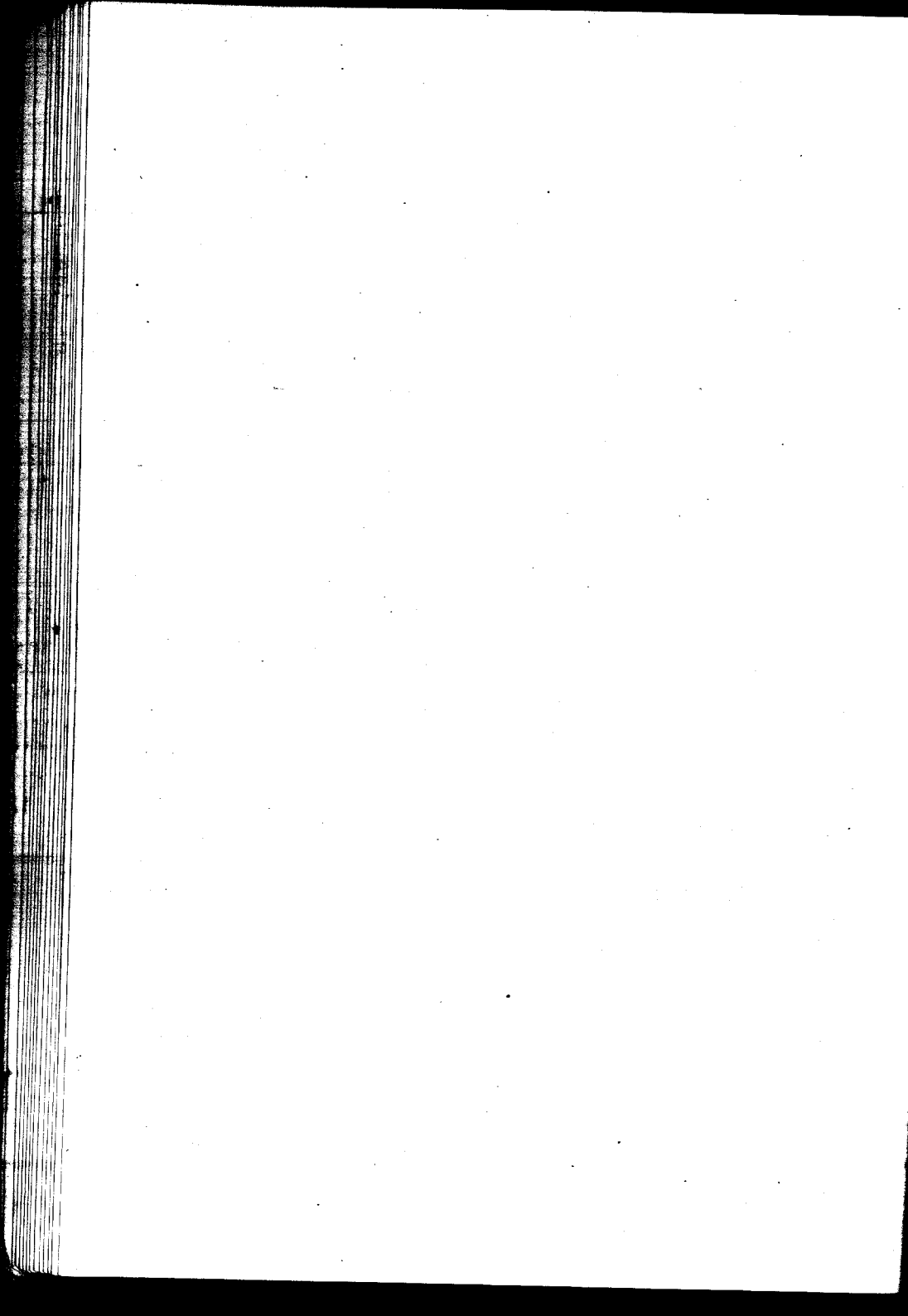
PADRINO DE TESIS:

DR. CRESCENCIO ORCOYEN

Médico del Hospital español



A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES

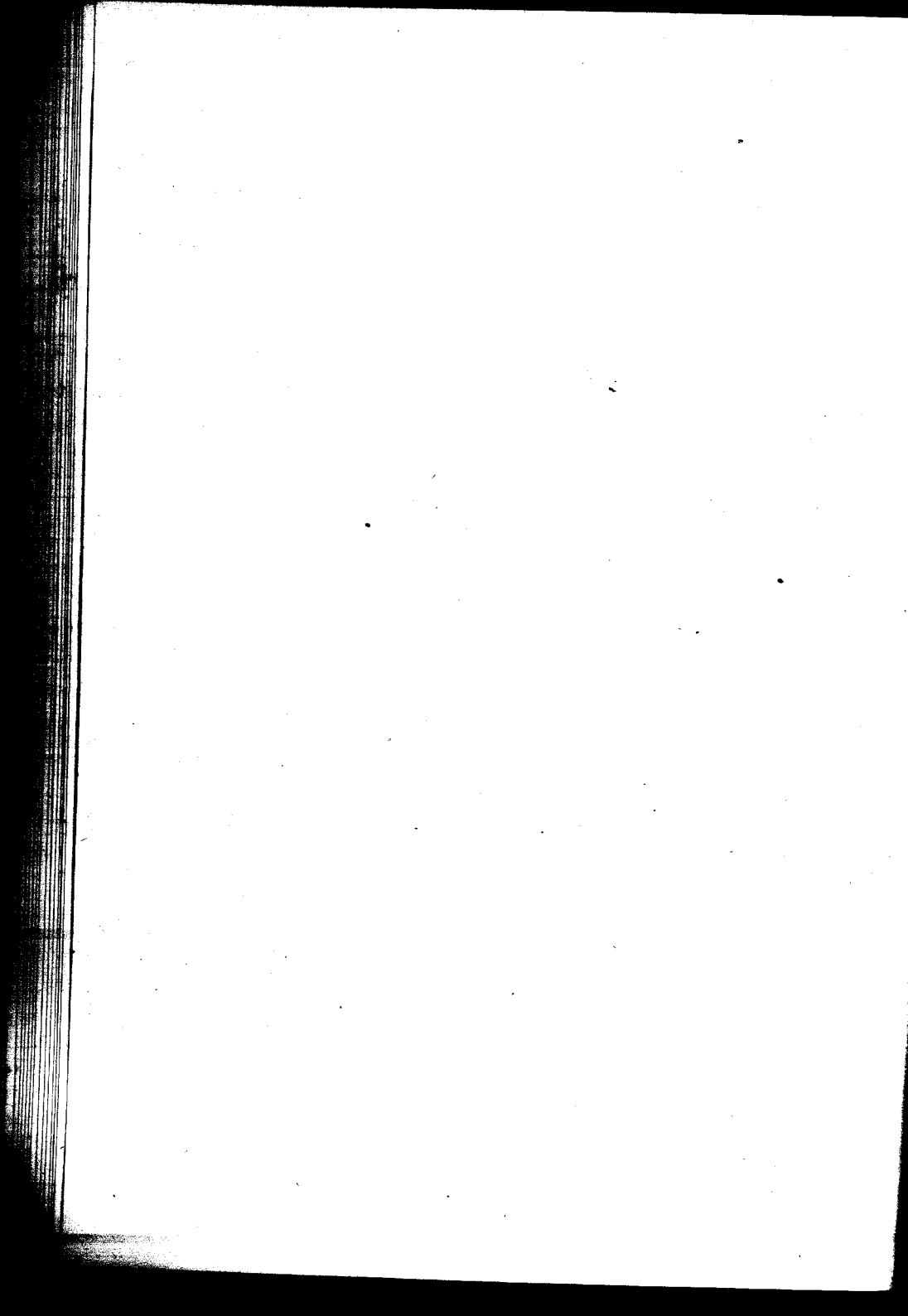


A MIS BUENAS TÍAS

PRUDENCIA Y ABELARDA CARBALLO

Bellos ejemplos de abnegación y virtud

A MIS QUERIDOS HERMANOS Y SOBRINOS



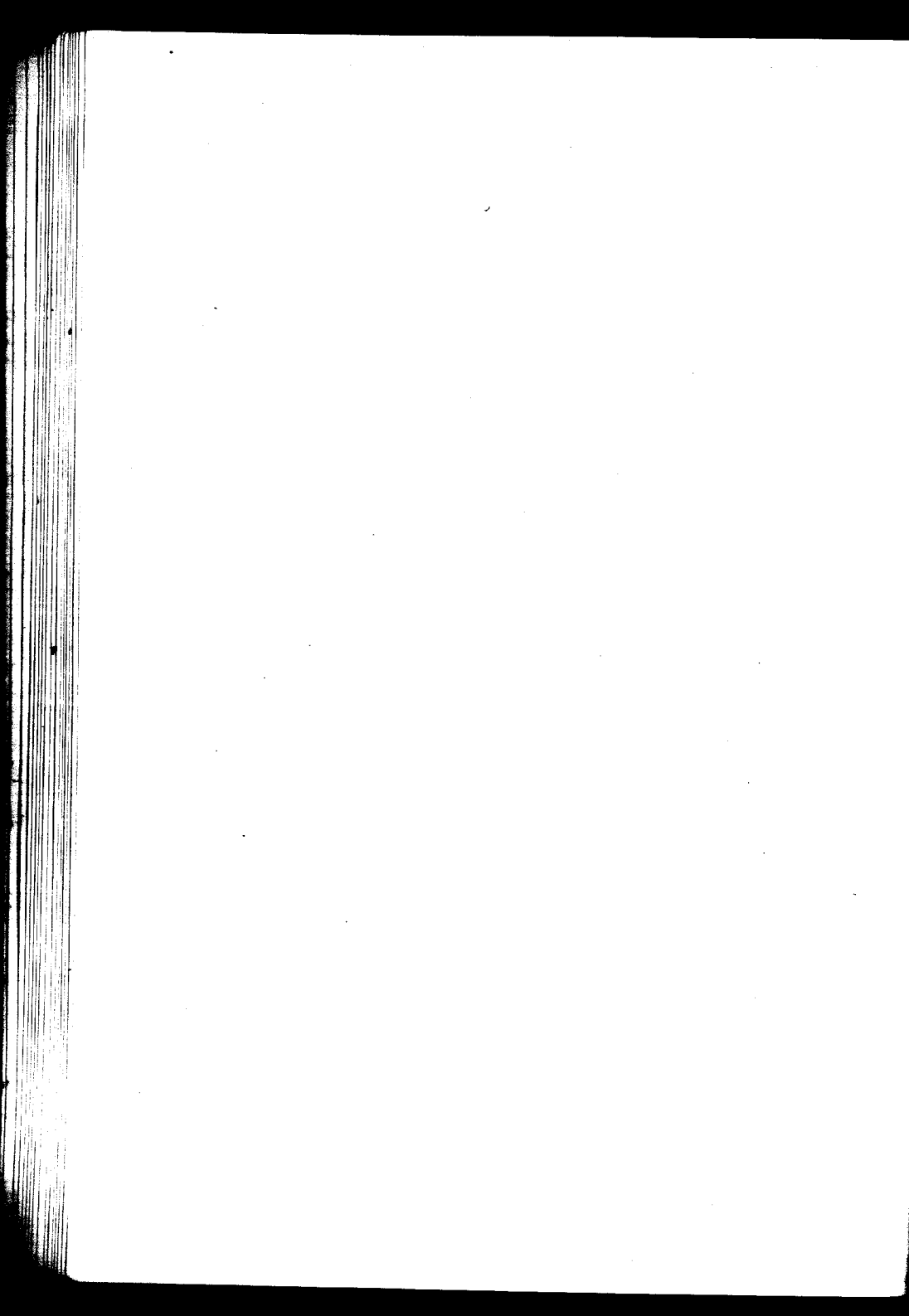
A MI BUEN CONSEJERO Y AMIGO

DR. GERÓNIMO VAQUIÉ

GRATITUD

AL SEÑOR JOSÉ ARLJÓN

Espíritu del trabajo y de la perseverancia



A MIS CONDISCIPULOS Y AMIGOS

Dr. ENRIQUE BELTRAN

Dr. ALBERTO TOSCANO

A MIS CAMARADAS DE INTERNADO

HORACIO C. SANCHEZ

JOSE VALLS

UBALDO BEREÁ

MANUEL VASQUEZ FERRO

Las horas felices pasadas en vuestra compañía no se borrarán jamás  
de mi memoria.



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Traigo a la consideración de ustedes el presente trabajo, aspirando llenar con él la última prueba a que nuestra escuela nos somete, para optar al libre ejercicio de la profesión que emprendo.

No podré trasponer los pórticos de esta venerable casa, quizás para no volver, sin sentirme conmovido; ella evocará siempre en mi espíritu los años más llenos de ilusiones.

Me fortalece, sin embargo, la satisfacción de dejar grabados en estas páginas mis reconocimientos, llenos de admiración y respeto para todos mis ex-maestros, de cuyas sabias lecciones y sanos consejos en el correr de mis años de

estudiante he podido incorporar un cúmulo de prácticas e ideales, que han de permitirme un noble desempeño de la profesión médica.

Al Dr. Arturo Serantes, cuyas atenciones y ejemplos han de guiar parte de mi camino. Mi mayor estima.

Al Dr. Crescencio Orcoyen, que ha tenido la gentileza de aceptar el padrinazgo de esta tesis, y a cuyo lado he alcanzado a formar mi criterio médico. Mi admiración.

Al Dr. Gabriel Moner, cuya amable disposición en ayudarme ha sido espontánea y generosa. Mis sinceros afectos.

A los Dres. José Gonzáles Pellicer, Raul Sánchez Díaz, Ignacio Blanes, Angel Gutiérrez, cuyas múltiples atenciones han favorecido mi enseñanza. Mis reconocimientos.

### **Breves consideraciones sobre topografía y fisiología mediastinal**

Se describe como región mediastinal, un espacio alojado en el tórax y comprendido: por el esternón y pequeñas porciones de cartílagos costales por delante; cara anterior de columna vertebral por detrás; lateralmente, pleuras mediastínicas derecha e izquierda; por abajo cara superior de diafragma y arriba se pierde insensiblemente con los diferentes planos descriptos en las distintas regiones del cuello, si bien para su estudio una línea ilusoria que pasase por primera costilla y disco intervertebral de séptima cervical con primera dorsal, serviría para establecer sus límites.

Resulta pues, una región absolutamente irregular, más ancha por abajo que por arriba, más

ancha por detrás que por delante, sin que sus bordes tengan un conjunto simétrico, dada la posición del corazón que en su mayor parte se recuesta sobre el hemitórax izquierdo.

Todo cuando sea establecer divisiones topográficas resulta arbitrario, dada la cantidad y relación de los elementos a contar así como la presencia de un tejido conectivo, conjuntivo-adiposo que establece íntima unión entre los diversos órganos. Los autores sin embargo, han favorecido su estudio, estableciendo la existencia de una región mediastinal anterior y un mediastino posterior; el primero a su vez lo han dividido en una región inferior y otra superior cuyo límite convencional inferior lo constituiría una línea horizontal que pasase por la tercera articulación condroesternal: aloja órganos de una jerarquía funcional tan evidente y sus relaciones son de tal intimidad que sólo su estudio detallado puede ilustrar los síndromes de su patología. Veamos: en esta región encontramos ubicados en distintos planos; primero, y en el contacto con la cara posterior del esternón, el timo en el niño y sus restos, paquete célula adiposo que en el adulto representa este órgano atrofiado. En segundo plano, los gran-

des vasos que llegan o parten de su centro motor y sucesivamente escalonados de adelante a atrás: la aorta ascendente, la arteria pulmonar, la vena cava superior, los troncos venosos braquiocefálicos y el tronco arterial del mismo nombre. Sirve de lazo de unión a tales elementos un abundante tejido célulo grasoso, malla que aloja en su textura toda una red de conductillos y lagunas linfáticas, así como ganglios y vasos. Este tejido se difunde y continúa insensiblemente con las regiones circunvecinas, de modo que sus alteraciones patológicas no encuentran franca valla en su evolución invasora.

Describiremos aquí solamente, para no abundar en detalles que no ilustren la finalidad del presente trabajo, la vena cava superior. Esta vena de 20 a 22 milímetros de diámetro, nace de la confluencia de ambos troncos braquiocefálicos a la altura de la primera articulación condroesternal derecha y recorre verticalmente una extensión de 6 a 8 centímetros para ir a desembocar en la aurícula derecha. Es extrapericardíaca en la mayor parte de su extensión, y se halla relacionada por delante, por intermedio de los restos tímicos y del saco pleural anterior derecho, con el ester-

nón; por detrás, con la mitad derecha de la tráquea, el bronquio derecho y los ganglios bronquiales; por dentro, con la porción ascendente de la aorta y por fuera, con el nervio frénico derecho, la pleura y el pulmón derecho.

Alojados en el mediastino posterior, cuyos límites son: por arriba, un plano ilusorio oblicuo hacia adelante y abajo que partiendo de la primera vértebra dorsal se dirige a la horquilla esternal, por abajo un plano oblicuo hacia arriba y adelante que partiendo de la duodécima dorsal siga la convexidad del diafragma; por adelante el pericardio y los grandes vasos; por detrás la cara anterior de la columna vertebral, y lateralmente las pleuras mediastínicas derecha e izquierda en la porción situada por detrás de los hilos pulmonares. En él se alojan: el conducto tráqueo-bronquial, el esófago torácico, el cayado aórtico y la aorta descendente; las venas ázigos, el conducto torácico, los nervios neumogástricos y simpáticos, numerosos ganglios y una rica red de conductillos y algunas linfáticas, sumergidos todos en una magma de tejido célula adiposo.

El esófago, que en la parte superior de su trayecto hasta la cuarta dorsal está en contacto in-

mediato con la columna vertebral, pasa a ocupar un plano más anterior, dado que a ese nivel nuevos elementos, (aorta descendiente, ázigos mayor y menor, conducto forácico y arterias intercostales derechas) vienen a interponerse entre él y la columna vertebral. Por delante del esófago tenemos: en su porción superior, es decir, hasta el nivel de la quinta vértebra dorsal, lugar donde la tráquea se bifurca, a ésta y al origen del bronquio izquierdo y en la porción inferior al pericardio.

El nervio pneumogástrico izquierdo, que penetra en el tórax acompañando paralelamente el origen de la carótida primitiva, cruza la cara anterior del cayado aórtico, dando a este nivel el recurrente izquierdo; por debajo se va a colocar en la parte izquierda de la cara anterior del esófago. El pneumogástrico derecho, que penetra en el tórax cruzando perpendicularmente la cara anterior de la subclavia derecha, a cuyo nivel emite el recurrente derecho, corre luego pegado al borde derecho del esófago para hacerse luego más y más posterior. Ambos pneumogástricos forman alrededor del esófago, tráquea y bronquios, un intrincado plexo nervioso.

El frénico, rama del plexo cervical, penetra en el tórax después de recorrer pegado al borde externo del escaleno; el derecho pasando por entre la arteria y vena subclavia, ocupa la cara externa de la vena cava, luego la aurícula derecha para ir a inervar el diafragma. El izquierdo, que desciende por detrás del tronco venoso braquiocéfálico paralelo a la arteria subclavia, luego a la izquierda del cayado, costea el borde izquierdo del corazón hasta la punta.

El simpático torácico, desciende verticalmente a cada lado de la columna vertebral, descansando sobre la cabeza de las costillas por delante de los vasos intercostales y por detrás de la pleura. Presenta en su trayecto ganglios de los que parten filetes que han de formar finos plexos en los distintos órganos.

El sistema ganglionar, cuyo estudio muy interesante y de gran ilustración en patología mediastinal, dado el rol que desempeña y las múltiples conexiones que se le conocen, ha sido dividido para su mejor estudio; en un grupo ganglionar posterior o aórtico-esofágico, de poca importancia dado que no es muy numeroso; y otro grupo anterior, cuya topografía ha sido estudiada

por Baréty el año 1874; con él, distinguiremos cinco paquetes ganglionares: dos paquetes interbronquiales—uno derecho y otro izquierdo—un paquete suprabronquial izquierdo y otro derecho y por último un paquete infrabronquial; sus títulos excusan toda descripción.

Funcionalmente, el mediastino puede ser considerado como un tabique divisorio que mantiene la independencia de un pulmón con relación a la pleura del otro, y así como hace posible que pequeñas variaciones de presión en un pulmón no modifiquen en nada el equilibrio pulmonar, ya que las grandes variantes repercuten y modifican tal equilibrio, llena al mismo tiempo la función de limitar, de contener los procesos patológicos que se pasan en cada hemitórax. Su delicada fisiología está en un todo de acuerdo con los órganos que contiene: vasos en su mayoría de paredes depresibles y fácilmente dislocables, que desequilibran con sencillas causas todo el mecanismo de la función cardíaca. La presencia de una rica red y sistema de linfáticos hacen víctimas de sus alteraciones a los órganos vecinos; órganos de la respiración, en contacto íntimo con ganglios y vasos, gran trayecto del esófago, órgano tan ex-

puesto a múltiples accidentes dada su delicada función, importantes cordones nerviosos de funciones múltiples, con los ganglios y plexos de ellos derivados, dan acabada cuenta de lo expuesto que se hallan tales elementos a sufrir lesiones propias y de vecindad y a que su sintomatología se haga tantas veces tan ruidosa y tan confusa.

No haremos sino recordar aquí toda la importancia que los procesos patológicos tan comunes en los campos pulmonares (derrames en su mayor parte), tienen sobre la estática mediastinal; su dislocación es la consecuencia más inmediata y frecuente. La existencia de los «puntos débiles», uno anterior en el hueco ocupado por los restos tímicos, y otro pósterio-inferior entre la columna vertebral y aorta por detrás, esófago y corazón por delante, indicados por Brauer y estudiados por Nitsch, hacen aun posible que los procesos puedan transponer los límites anteriormente fijados. Mencionaremos por último, procesos a distancia, que repercuten sobre el sistema ganglionar haciendo más sombrío todo pronóstico.

En patología mediastinal, la presencia de tumores de la más variada constitución histológi-

ca y malignidad, constituye todo un capítulo, quizás el más interesante.

El concurso de los rayos Röntgen, ha aportado a su patología un caudal de luces y merced a su perfeccionamiento, hoy se hace incompleto y dudoso todo diagnóstico que no halla sido apoyado en un examen a la pantalla.

Tratando de resumir en pocas líneas las reglas que pueden guiarnos para delimitar tal tumor de mediastino, de tal tumor de pulmón, diríamos, apoyándonos para ello en la autoridad del profesor Bergmann, de Altona, que: los tumores del mediastino están bien delimitados respecto al campo pulmonar; en cambio, los tumores del pulmón, tienen límites menos marcados y penetran más mediante prolongaciones, en el tejido visceral.

En cuanto a diagnóstico de aneurisma, siempre interrogante en sombras de mediastinos, diríamos, con el apoyo del mismo autor, que los hay sin que las pulsaciones sean nada características y casi imperceptibles, y en cambio, hay tumores del mediastino con pulsaciones transmitidas tan notables, que se duda en su diagnóstico. Nosotros aprovecharemos tales reglas cuando tratemos de


interpretar la radiografía del caso que motiva nuestro trabajo.

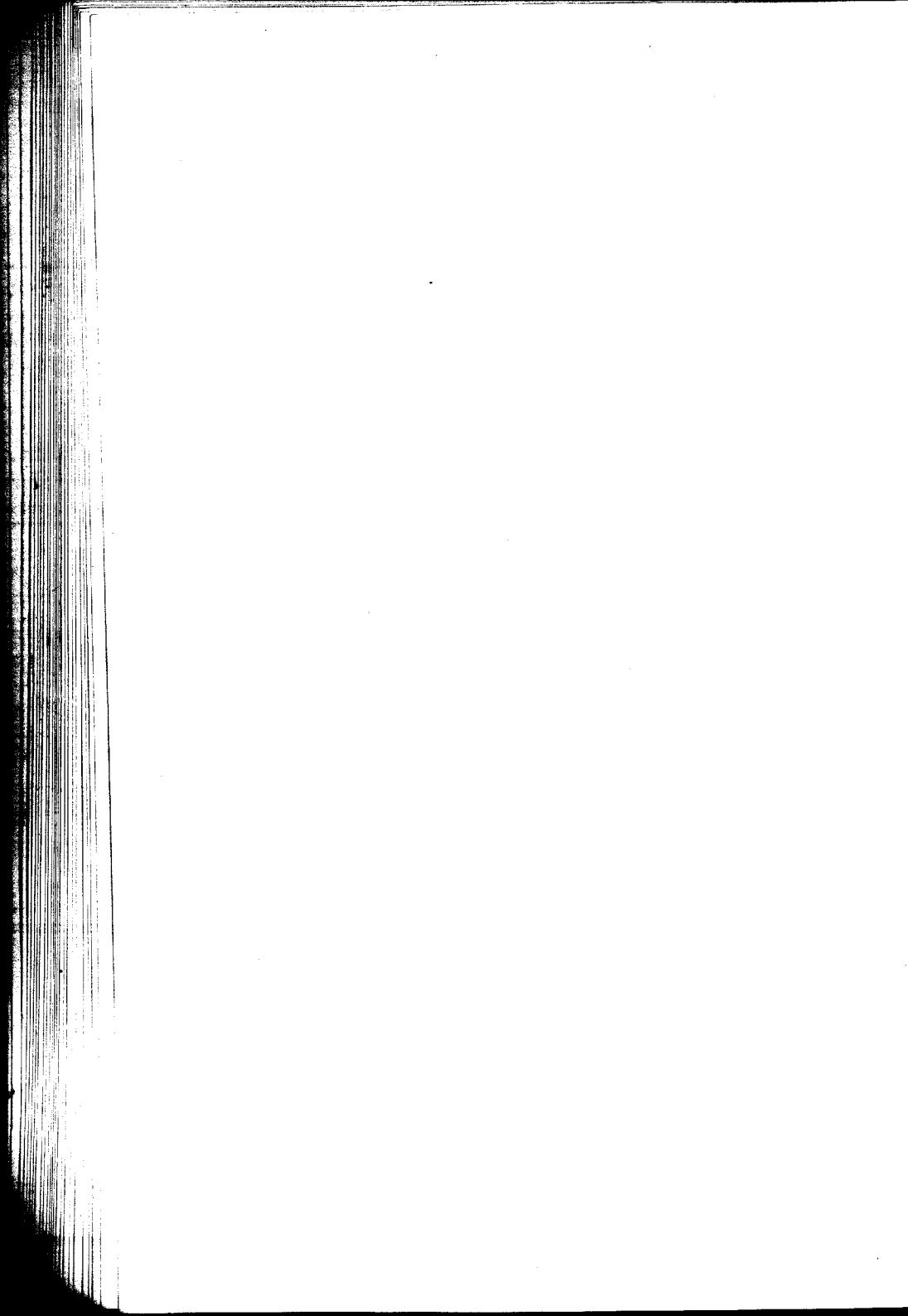
La existencia de una de aquellas mediastinitis crónicas fibrosas que engloban la vena cava superior y cuya literatura es aun tan escasa, podría ser sugerida al examen de nuestro enfermo, nos obliga por lo tanto que tratemos de resumir en pocas líneas su patología, éstas son consecutivas a procesos de poca virulencia, apiréticos, ya pleurales o mediastinales, o a procesos de evolución fría, que se caracterizan por una abundancia de exudados ricos en fibrina que se organiza rápidamente, dando lugar a la formación de un tejido fibroso que encapsula todos los elementos mediastinales, alterando su forma y situación.

En la autopsia, es solo posible esculpir sus elementos para aislarlos, dada las firmes adherencias establecidas. Como síntomas capitales se observan, retracción sistólica de la parrilla costal, pulso paradógico o inspiratorio intermitente, (desaparece el pulso por bridas que estrangulan los vasos durante el sistole) colapso venoso diastólico, etc., etc.

Resumiendo toda la patología mediastinal por los síntomas capitales que guían nuestros diagnós-

ticos, estableceremos la existencia de dos síndromes, uno anterior o sea producido por lesiones del mediastino anterior, que se traduce por trastornos vasculares, (edemas, circulación colateral, etcétera) y otro posterior que se manifiesta por compresiones de los órganos en él incluidos, (compresión de bronquio, de esófago, irritación de pneumogástrico, simpático, etc., etc.).





### Algunas observaciones descriptas

Comby, A. Vigouroux y G. Collet — Sociedad médica de los Hospitales, 9 de Febrero de 1906, p. 136

*Obliteración de la vena cava superior.* — Uno de nosotros ha presentado, en dos comunicaciones a la Sociedad Médica de los hospitales, (Enero 8 de 1892 y Diciembre 15 de 1893), un hombre de treinta y seis años que había entrado en el hospital Tenon, el 5 de Diciembre de 1891, por un edema de la mitad superior del cuerpo con síntomas asfícticos muy inquietantes. Este hombre había contraído la sífilis seis años antes; el tratamiento, dirigido por un farmacéutico, sin aviso médico, parece haber sido insuficiente. A los diez y ocho meses, los accesos de contricción torácica, con taquicardia y vértigos, sucediéndose dos

o tres veces por día, atormentaban al enfermo. Después de una cura de leche, purgante, digital, las crisis se calman, pero entonces se marca, delante de su pecho, un boteado azulado constituidos por dilataciones venosas. Después la cara se congestiona, los ojos hacen saliencia, el cuello aumenta de diámetro, la respiración se hace difícil.

*30 Noviembre de 1891*—Accesos de sofocación con angustia, cianosis, exoftalmía. Un médico llamado prescribe sangrías. No habiendo mejorado, el enfermo se decide a entrar al hospital.

Se constata entonces, una cianosis de la cara con hinchazón edematosa extendiéndose al cuello, al tronco y a los miembros superiores.

Este hinchamiento de la mitad supradiafragmática del cuerpo hace contraste con la delgadez de la mitad subyacente. Se nota trombosis de las venas yugulares y axilares y se termina con una obliteración de la vena cava superior.

Como había una matitez notable a nivel del esternón y un soplo sistólico en la base del corazón, se piensa en una compresión de la vena cava por un aneurisma de la aorta.

Sin embargo, el tratamiento mixto, (fricciones mercuriales, ioduro de potasio) es ensayado.

A pesar de un pronóstico muy sombrío basado sobre las observaciones publicadas en la memoria notable del Dr. Oulmont, el enfermo es presentado de nuevo dos años después en un estado bastante satisfactorio, debía sobrevivir más de quince años a su obliteración de la vena cava, no habiendo sucumbido más que tardíamente a una parálisis general, sin duda del mismo origen que la afección venosa, (infección sifilítica).

En efecto, cuando el enfermo nos fué vuelto a presentar el 13 de Diciembre de 1893, no estaba más edematizado gracias a una magnífica circulación colateral que se dibujaba en gruesos cordones sinuosos en el pecho y abdomen. La sangre no pudiendo penetrar en el corazón derecho por la vena cava superior obliterada, refluía de arriba abajo en las epigástricas para juntarse las vías de accesos considerablemente agrandadas en la vena cava inferior.

Entonces, pudimos eliminar los diagnósticos de cáncer, de aneurisma, no viendo más que la hipótesis de una producción fibrosa o de una adenopatía esclerosa comprimiendo la vena. Vuelto pa-

ralítico general, el enfermo fué internado en el asilo de Vancluse, en Junio de 1901, donde pudo ser observado hasta su muerte y autopsiado por M. A. Vigouroux y por su interno M. G. Collet.

En el momento de su entrada, presentaba las mismas venas sinuosas, de que se habla más arriba; la matitez a nivel de la parte superior del esternón persistía sin cambiar. No había más soplo, pero sí únicamente arritmia cardíaca. Los signos y síntomas de la parálisis general progresiva, eran completos. Después de una existencia lamentable, entrecortada de accesos epileptiformes ruidosos, el enfermo terminó en el gatismo el 26 de Junio de 1905. La autopsia fué hecha el 27 de Junio, 24 horas después de su muerte.

Después de la incisión de la piel, se desecan los cordones venosos subcutáneos y la parte superior de la pared tóraco-abdominal; se distinguen dos troncos principales de cada lado, el uno viniendo del cuello, el otro de la axila, para confundirse a la altura del ombligo; el vaso así formado a derecha representa la vena epigástrica derecha excesivamente dilatada; a izquierda, los dos troncos de origen se fusionan en uno solo

que, pasando por encima del ombligo aboca en la vena epigástrica izquierda obliterada.

Detrás de la mitad superior del esternón, delante del pericardio y de los gruesos vasos, entre las pleuras, se encuentra una masa espesa de tejido fibro-adiposo, lleno de venas de diversos calibres. Estas venas sinuosas entrelazadas, muy numerosas y muy relacionadas las unas a las otras, parecen provenir de las venas tímicas, medias-tinas y pericardiácas.

Esta masa fácil de aislar del esternón, está unida de un modo íntimo al pericardio y a la adventicia de los gruesos troncos vasculares.

Es permitido suponer que esta masa fibro-adipo-varicosa ha sido siempre muy voluminosa, el enfermo había adelgazado en los últimos tiempos.

La matitez constatada durante la vida se explica así muy claramente. Todos los órganos del mediastino anterior están unidos entre ellos por un tejido fibroso, resistente y duro, pero sus relaciones no están modificadas. Liberadas las adherencias que las sueldan entre ellas; la aorta y sus ramas, las venas pulmonares, la tráquea y los bronquios, parecen sanos.

Al contrario, la vena cava superior, los troncos braquiocefálicos, las yugulares, las subclavias y las axilares están transformadas en cordones fibrosos de un volumen muy reducido. La vena cava no es más gruesa que una arteria humeral en el pliegue del codo. Los cordones que representan las venas se parecen a los tendones. En su trayecto intrapericardiaco la vena cava superior está libre sobre una gran parte de su superficie; fuera del pericardio, ella se encuentra englobada en el tejido fibroso mediastinal. Este tejido fibroso suelda entre ellos, el bronquio derecho, la rama derecha de la arteria pulmonar, y la vena cava, al punto que no se las puede disecar. Es necesario esculpir las en la masa fibrosa que se continúa por encima y por debajo del bronquio. Arriba él forma una masa bastante espesa en el centro del cual se descubre dos fragmentos de ganglios antracósicos. Abajo él encierra varios pequeños nódulos calcificados.

Corazón a poco casi normal, así como el pericardio; la aurícula derecha es pequeña y cónica; su punta está prolongada por la vena cava superior que va adelgazándose. En su origen, el vaso es permeable, pero el calibre se estrecha pro-

gresivamente y algunos milímetros más arriba está reducido a cero. Como él necesitaba extenderse, el orificio de la vena cava superior es mucho más ancho que normalmente. Lo mismo que el tronco de esta vena, las venas renales, la gran azigo están aumentadas de volumen.

Adherencias pleurales, pulmón enfisematoso con algunos focos de bronconeumonía. Hígado y riñones congestionados. Bazo normal.

Inciendo la dura-madre, se ve derramar una gran cantidad de líquido céfalo-raquídeo. Pía-madre muy espesa con sufusiones sanguíneas en la parte media de los hemisferios. Es muy adherente a la corteza. Cada hemisferio pesa 530 gramos. Circunvoluciones disminuidas de volumen, ventrículos dilatados con granulaciones ependimarias. Espesamiento de la pía-madre espinal posterior, esclerosis de los cordones posteriores y de los haces piramidales.

*Examen histológico.* — La vena cava está obstruida por un coágulo, organizado y calcificado en parte; sus tunicas media e interna son fibrosas y encierran depósitos calcáreos. La masa retroesternal contiene tejido fibro-adiposo y venas dilatadas llenas de sangre. El tejido adiposo es-

tá mucho más desarrollado; está simplemente atravesado por delgado tractus fibrosos; en ciertos puntos, se encuentran masas irregulares de células redondas; las venas están muy dilatadas, pero su pared se colorea bien y no presenta gruesas alteraciones. El hígado presenta una dilatación considerable de las venas porta y supra-hepáticas. Las regiones peri y supra hepáticas están muy congestionadas; las trabéculas hepáticas están aplastadas entre los capilares dilatados. Las células hepáticas tienen su núcleo y se colorean bien. Los espacios portas son esclerosos, las arterias hepáticas presentan una endarteritis bien marcada.

Del lado del eje nervioso se encuentra, las lesiones ordinarias de la meningo-encefalitis. La pía-madre está espesada, fibrosa, infiltrada de glóbulos sanguíneos y de células redondas, venas dilatadas y llenas de sangre, periflebitis en los surcos, contrastando con la integridad de las paredes arteriales.

Pequeñas hemorragias debajo de la pía-madre, aumento de las células neuróglícas de la corteza cerebral, multiplicación de los vasos y perivascularitis. Alteración de las células pirámida-

les medias, lesiones leves del cerebello. Esclérosis de los cordones posteriores de la médula con espesamiento de la pía-madre.

Esta observación, seguida durante varios años por diferentes médicos es muy instructiva. Ella muestra desde luego que la obliteración de la una cava superior no es siempre tan grave como el Dr. Oulmont lo había indicado en su memoria.

Nuestro enfermo ha sobrevivido más de quince años a los primeros síntomas de la obliteración vascular y no ha sucumbido sino a una meningoencefalitis sin relación directa con la enfermedad primitiva. La evolución clínica como la anatomía patológica, han puesto en relieve la compensación casi perfecta de una lesión enorme que había podido creerse incompatible con la vida.

Un segundo punto interesante es el del diagnóstico, la presencia de una matitez esternal, la de un soplo sistólico, habían hecho pensar en la existencia de un aneurisma aórtico.

Después, la autopsia ha demostrado la ausencia de aneurisma, y la presencia de una masa fibro-adiposa en el mediastino anterior. El mismo error de diagnóstico y la misma lesión figuran

en una observación de la memoria de Oulmont, M. Grisolle, se detiene ante la idea de un aneurisma de la aorta, opinión que yo participaba.

Ella era fundada sobre esto, que no es muy raro de observar, es decir, la compresión de la cava por un aneurisma de la aorta; pero lo que sobre todo nos detiene, es que existía en la parte superior del esternón una matitez bastante extendida comunicando con la matitez habitual de la región precordial, y que nos parecía debía ser atribuida a un tumor aneurismático. En la autopsia, se ha reconocido que esta matitez era debida a una masa de tejido adiposo que ocupaba el sitio del timo.

En fin, nuestra observación muestra que las producciones fibrosas del mediastino pueden ser el resultado de una infección sifilítica, la cual después de localizarse así, podrá consecutivamente, traer otros desórdenes, y especialmente la parálisis general de los alienados.

Nosotros, hemos creído deber dar algunos detalles sobre el fin de un enfermo presentado dos veces a la Sociedad de los Hospitales, los casos de obliteración de la vena cava superior eran de una gran rareza. En efecto, después de

la presentación hecha en 1892, un solo caso análogo ha sido presentado por M. Achard en 1896.

**Barth. Sociedad Médica de los Hospitales, 9 Febrero 1906**  
**Obliteración de la vena cava superior**

La observación muy interesante del Sr. Comby, me recuerda un caso bastante análogo que he podido seguir durante tres años en el Hospital Necker.

Se trataba de una mujer de veinticinco a veintiocho años que me fué recomendada por el Doctor Dufour (de Plaisance), por síntomas haciendo suponer un tumor del mediastino: tos quintosa, cornage, respiración humée a nivel del grueso bronquio derecho, cianosis de la cara y de los miembros superiores, etc. Yo diagnosticué una adenopatía tráqueo-brónquica probablemente tuberculosa, con compresión del bronquio derecho y de la vena cava superior e instituí un tratamiento por inyecciones de cacodilato de soda y jarabe de ioduro de hierro.

Este tratamiento fué seguido durante dos meses sin gran resultado, cuando el enfermo me hizo ver una artropatía de la rodilla, cuyos caracteres

muy particulares me hicieron en seguida pensar en la sífilis.

En efecto, un tratamiento mixto, trae la curación rápida, pero lo que hay de interesante, es que él provoca también la retrocesión gradual de los signos de compresión del bronquio derecho y de compresión del pulmón correspondiente; el cornage y la tos quintosa desaparecen.

En cuanto a la cianosis de la cara, se átenúa solamente, a medida que se desarrolla sobre el pecho una circulación colateral enorme, índice de la obliteración gradual de la vena cava superior.

El enfermo sale del hospital en buena salud; me viene a ver varias veces después: la circulación colateral persiste siempre tan intensa; no hay ningún trastorno funcional, pero la cabeza y los miembros superiores se cianosan al menor esfuerzo.

Me parece evidente que esta mujer ha sido atacada de un goma, o por mejor decir, de un sífiloma del mediastino, que ha estrechado y después obliterado la vena cava superior, bastante lentamente, para permitir a la circulación colateral

establecerse. Si yo puedo encontrarla la presentaré a la Sociedad.

Lian y Baron, *Progress Medical*, 9 y 16 Noviembre 1912

PRIMER CASO

**Mediastinitis sífilítica**

Sra. D. de cincuenta y cuatro años de edad, mucama, no presenta nada de interesante a señalar en sus antecedentes, más que el hecho siguiente: ella se va a consultar a los 38 años al Hospital San Luis por dos pequeños nódulos en la vulva, lleva el diagnóstico de sífilis, y se le hacen inyecciones profundas en las nalgas. Además, en esta misma época, la enferma fué presa de violentos dolores de cabeza y pierde sus cabellos.

Los primeros síntomas de la mediastinitis sífilítica parecen remontarse desde Marzo de 1909.

En esta época la enferma pasa tres semanas en el Hospital Lariboisière por tos, anorexia, adelgazamiento y movimiento febril. Se le diagnostica una grippe, en realidad ella dice que en esta época su tos tuvo alrededor de dos meses los caracteres de la tos coqueluchoide. Se trataba, pues,

probablemente de tos coqueluchoide de origen mediastinal.

Es en Agosto de 1909, que aparece de golpe el «síndrome de la obliteración de la vena cava superior.»

La enferma, nota desde luego que su cuello aumenta y que su rostro se abomba, después esta hinchazón aumenta poco a poco. La enferma, entra al hospital y una mañana que ella hacía su toilette sentada sobre su lecho, siente de golpe que la circunferencia de su cara aumenta bruscamente. Dos días después cuando acababa de levantarse, su rostro se vuelve todo negro y vuelve otra vez a acostarse.

En fin, en algunos días, el edema invade los miembros superiores, el tronco hasta la cintura, los brazos y los dedos están casi de doble volumen. La lengua está gruesa, la enferma puede apenas sacarla de su boca, casi frenada. Una disnea intensa obliga a la enferma a quedarse sentada sobre su lecho y le quita el sueño.

Se dice: «Edema violáceo en pelerina». No hay fiebre, ni cefalea, ni vómitos, ni albuminuria, ni glicosuria. Se le hacen a la enferma doce inyecciones cotidianas de una sal mercurial en las nal-

gas. Ellas producen entonces una ligera mejoría. Pero, temiendo morir en el hospital, solicita hacerse transportar a su casa.

Ella es entonces atendida durante diez días por el reemplazante de su médico habitual. Este el Doctor Houllie, hace en su primera visita el diagnóstico de derrame pleural bilateral, y puede evacuar de los dos lados un litro y medio de derrame citrino.

Desde entonces, el mejoramiento se acéntúa, rápidamente, todos los fenómenos mórbidos se atenuan, después desaparecen, en tanto que una circulación colateral muy desarrollada se extiende en la parte superior del tórax y del abdomen. El derrame pleural bilateral había sido probablemente un hidrotórax consecutivo a la obliteración de la vena cava superior.

La enferma, viene a consultarme por primera vez en Agosto de 1910, al consultorio de Medicina del Hospital Lariboisière, y después de un tiempo, a pesar de muchas series de inyecciones de sales mercuriales y de hectina, su estado no ha sufrido ninguna modificación. Da la impresión de tener a la vista una reliquia indeleble de una afección aguda. Después del estado dramático de-

bido a la obliteración rápida y progresiva de la vena cava superior, ha llegado al estado de adaptación, en el cual el organismo suple bastante bien la obliteración definitiva de esta vena.

Estado actual.—Aparte de sus dolores reumatismales anteriores a su mediastinitis, el solo desorden funcional de que se queja la enferma, es el siguiente: Cuando se inclina hacia adelante o sobre todo cuando se agacha para recoger un objeto, siente inmediatamente la cabeza pesada y una tendencia al vértigo. Pasa lo mismo cuando se inclina de costado o hacia atrás, y si le hacen repetir estos movimientos, se constata en efecto que desde que se agacha, las venas del cuello se hinchan, la cara se torna violácea y la enferma está obligada a enderezarse muy rápidamente.

Ella, nos dice que soporta difícilmente el calor: en una habitación calentada moderadamente su cara se vuelve por un instante, toda roja, violácea.

Después de 1909, la enferma no trabajaba más, vive con su hija que subviene a sus necesidades, pero evita el agacharse. Puede también encerrar el parquet de su alojamiento.

Examen.—El examen de la enferma nos hace

constatar dos series de fenómenos mórbidos: una ligera hinchazón de la cara y también del tronco sobre todo una circulación venosa colateral muy desarrollada en la parte anterior del tórax y del abdomen. La circulación venosa colateral está particularmente marcada en la cara anterior del tórax, también en la cara antero-interna del brazo. Allí, unos regueros venosos muy desarrollados, donde al lado de las venas hay cordones venosos gruesos como un lápiz o aun como el pequeño dedo. Todo este rico lago venoso parece desembocar en dos gruesas venas que descienden en cada flanco sobre la pared anterior del abdomen, para terminar en la raíz del muslo en las venas femorales.

Por otra parte, la figura adjunta, dará exacta cuenta de la importancia y de la disposición colateral. Nosotros, habíamos tenido la impresión que la sangre se vertiera del tórax hacia el abdomen.

Fuera de estos signos característicos de la obliteración de la vena cava superior, el examen no alcanza más que a constataciones negativas: Nada de anormal al examen del corazón y del pulso, de los pulmones, de la cavidad abdominal;

en particular, ninguna modificación apreciable del volumen del hígado y del bazo. Las orinas no contienen ni albúmina ni azúcar, el examen de la sangre ha dado 4.500.000 glóbulos rojos, 5.800 glóbulos blancos y una fórmula cualitativa normal.

El examen radioscópico hecho por M. Beclere, descarta la existencia de un aneurisma aórtico y lo induce a admitir nuestro diagnóstico clínico probable de mediastinitis sífilítica con obliteración de la vena cava superior.

Nosotros, hubiéramos deseado hacer repetir este examen radioscópico y conseguir el resultado de una manera detallada, pero la enferma se ha rehusado.

~~~~~

## Historia

Nuestro enfermo, español de 40 años de edad, casado, de profesión albañil, ingresa a la Clínica del Hospital Español, servicio del Dr. Crescencio Orcoyen, el día 20 de Mayo de 1917.

Enfermedad actual.—Refiere que hace diez meses, de regreso de la provincia de Córdoba, pueblo de Marcos Juárez, donde trabajaba en una construcción, decidió purgarse por razones de «cambio de agua» según sus palabras; consecutivamente se sintió molestado por fuertes dolores al pecho, localizados con mayor intensidad en la región medio esternal. Se aplicó entonces, remedios caseros con el fin de calmarlos; pinceladas de tintura de iodo, friegas con untura blanca y nada consiguió; recurrió entonces a las ventosas secas, consiguiendo con ellas aliviar sus do-

lores: no sintió por esto necesidad de guardar cama, y pudo continuar en su trabajo que consistía en movilizar una palanca de una máquina de herrería, sin que tal tarea le perturbase su bienestar habitual. Fué su señora que le hace notar que: de vuelta de su trabajo, lo encuentra con la cara amoratada e hinchada, así como se extrañó de sentirlo roncar ruidosamente todas las noches, siendo que hasta esta fecha nunca lo había notado. Un tiempo después, nuestro enfermo, sintió tales novedades que le obligaron a acudir a este Hospital.

*Antecedentes individuales.* -- En su niñez sufrió el sarampión. A la edad de ocho años padeció de anginas, que curó con la asistencia de dos médicos y consecutivamente quedó tan debilitado, que solo, no podía mantenerse de pie y menos aun caminar; recibió muchas aplicaciones eléctricas y con ellas mejoró. A los diez años tuvo vermes intestinales, él se apercibió de los anillos en las deposiciones y consiguió eliminar un parásito de ocho metros de largo, comiendo abundantes semillas de zapallo, quedó entonces muy afeitado. A los 17 años padeció una fiebre intestinal que le postró en cama por espacio de un mes.

Ha sufrido también la fractura del tercio superior de su pierna derecha, el callo actualmente apenas perceptible. Desde entonces hasta su enfermedad actual ha sido siempre sano. Niega toda enfermedad venérea.

Ha sido buen fumador y regular bebedor. Ha tenido tres hijos, dos vivos y sanos y uno ochomesino, muerto a los 15 días de nacer a consecuencia según sus palabras de un accidente que sufrió la madre durante el embarazo. El segundo embarazo fué aborto de tres meses.

*Antecedentes hereditarios.* — Su padre murió de hidropesía a los 59 años; su madre murió a los 43 años de un cáncer a la mama. Son cinco hermanos vivos y sanos y dos hermanastros (por parte de padre) también vivos y sanos. No ha habido hermanos muertos. No sabe referir si su madre ha tenido abortos.

#### Generalidades

*Actitud.* — Indiferente.

*Estado de nutrición.* — Pesa 60 kilos, buen estado de conservación, poco panículo adiposo, abundantes masas musculares.

*Piel — tejido celular — ganglios superficiales.* — Blanca, húmeda, sin cicatrices, con abundantes

relieves de cordones venosos y varices, se vén múltiples angiomas cutáneos. No se palpan ganglios ni en sus axilas ni en sus ingles.

*Sistema muscular.*— Muy desarrollado, especialmente en sus miembros superiores, ha sido sujeto de mover fuertes pesos en su oficio, fuerzas disminuídas en sus miembros inferiores.

*Esqueleto.*— Un metro y 55 centímetros de altura, sin asimetrías.

*Cabeza.*— Mesocéfala, con abundantes cabellos negros, bien implantados, sin calvicie ni canicie.

*Cara.*— Simétrica, vultuosa, violácea; frente estrecha.

*Ojos.*— De tamaño regular, negros, de pupilas iguales que reaccionan bien a la luz y a la acomodación, están visiblemente inyectados así como sus conjuntivas; visión buena.

*Boca.*— Bien conservada, dientes de maxilar inferior bien implantados, los del maxilar superior, implantados en distintos arcos; todos en buen estado de conservación. Lengua limpia, roja, sin fibrilación. Paladar ojival, fauces congestionadas, úvula edematosa. Amígdalas normales, cuerdas vocales rojas, de movilidad conservada.

*Nariz.*— Dice respirar bien por sus fosas nasales. No se ven latir sus ventanas.

*Oídos.*—Pabellones violáceos. Es bastante sordo de ambos oídos sin que recuerde haber sufrido de ellos.

*Examen del cuello.*— Corto, grueso, absolutamente libre en sus movimientos, sin latidos venosos ni baile arterial. Son visibles gruesos paquetes varicosos, situados especialmente en la región supraclavicular, (ver fotografía) así como el trayecto de la yugular externa que hace franco relieve. No se palpan ganglios, ni modificación apreciable del cuerpo tiroides, tráquea, cartilago tiroides, etc., libre y sin movimientos transmitidos.

#### **Aparato circulatorio**

*Pulso.*—80 pulsaciones por minuto; pulso regular, igual, hipotenso, el pulso en ambos radiales es rítmico.

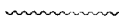
*Aorta.*—No se palpa tactando el hueco supraesternal.

Corazón :

*Gran matitez.*— El examen percutorio de toda la región torácica anterior, nos ha resultado algo

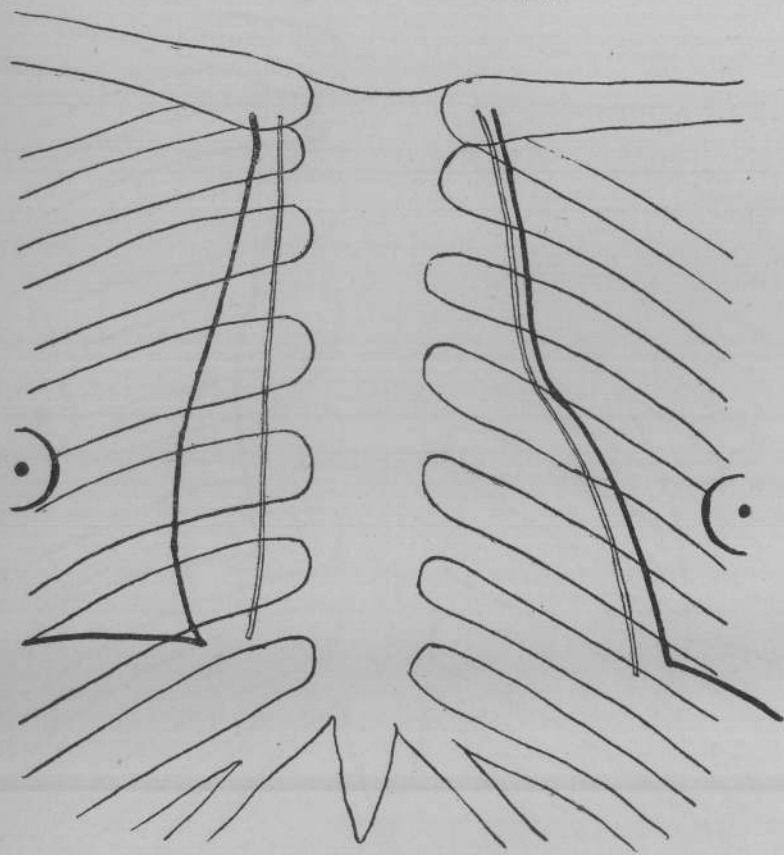
deficiente, pues dada la presencia de abundantes várices con su proceso de flebitis, arrancaban al enfermo gestos de dolor. Sin entrar en detalles, se constata, aumento transversal de la gran matitez cardíaca, a partir de dos traveses de dedo a la derecha del borde derecho del esternón, lo mismo que aumento transversal de la matitez de los grandes vasos especialmente a la derecha.

Nos hemos valido entonces de los exámenes a la pantalla, consiguiendo gracias a la gentileza y buena disposición de nuestro distinguido radiólogo en el Hospital Español, Dr. Gabriel Moner, los ortocardiogramas que ilustran este trabajo y hacen posible delimitar corazón y grandes vasos.

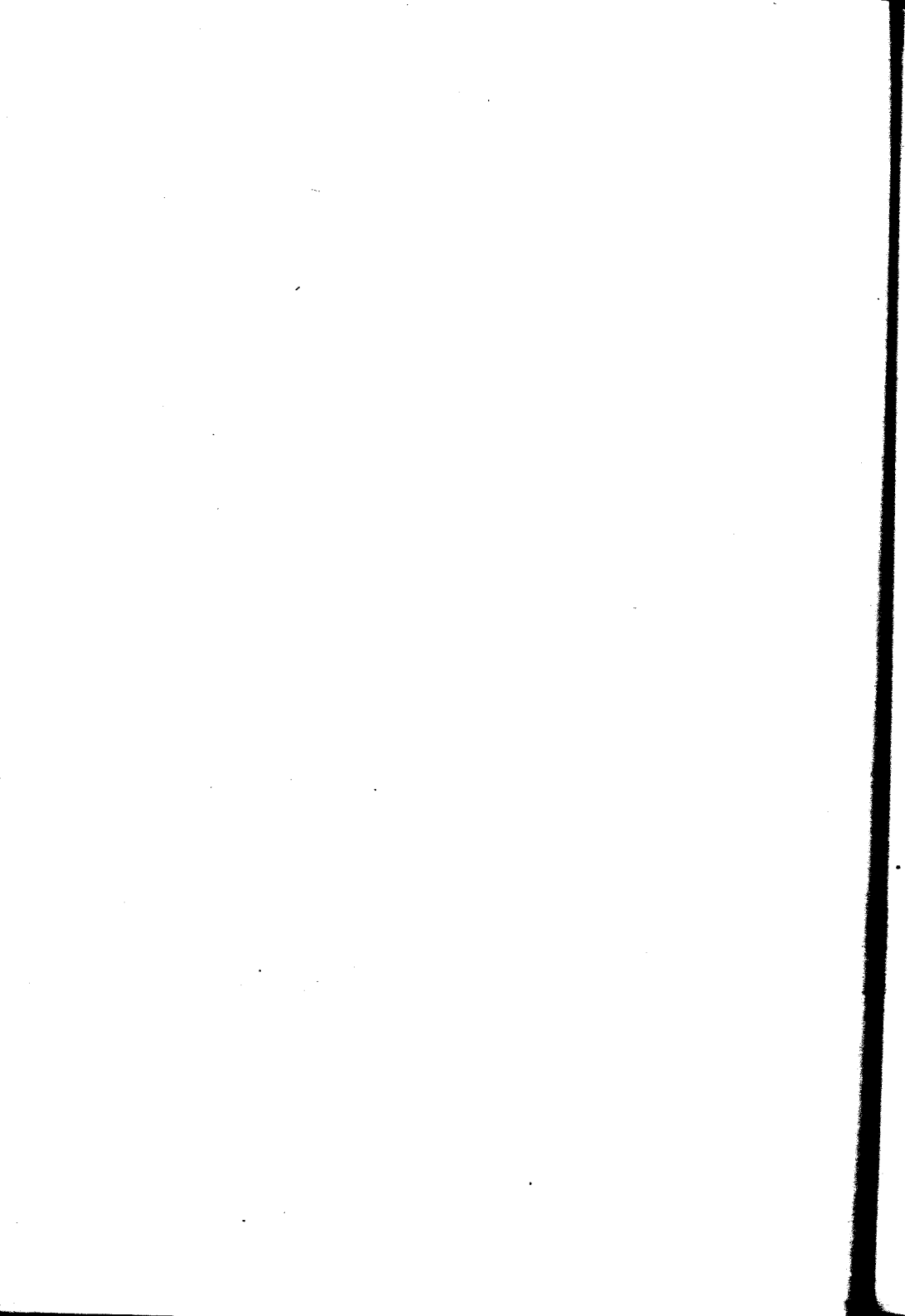


# ORTOCARDIOGRAMA N. 1

Fechado 15 Octubre 1917.

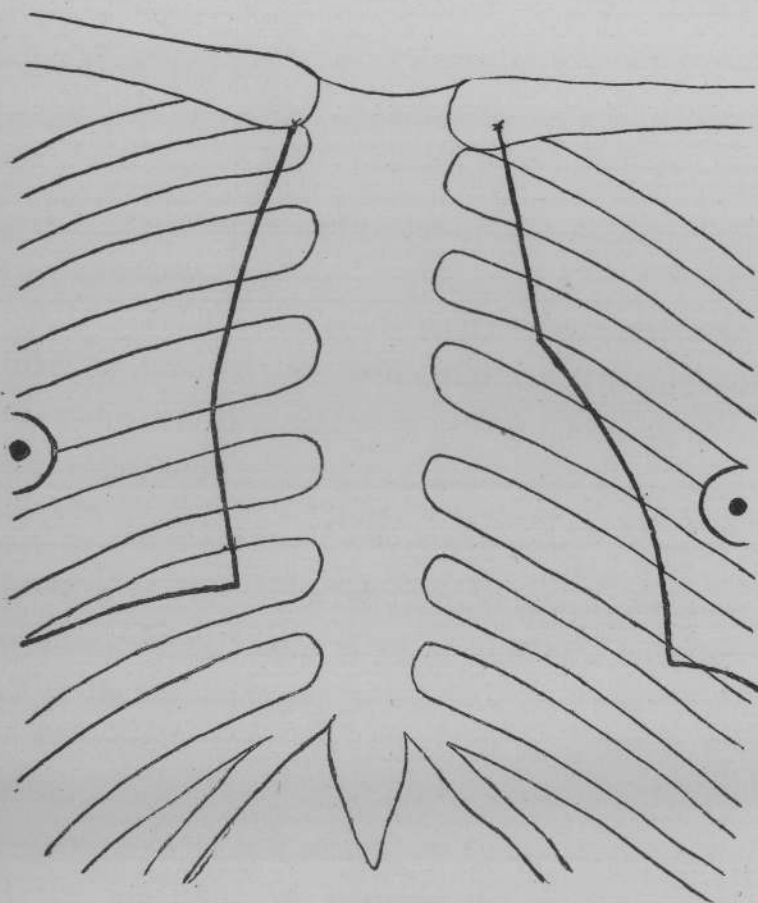


Raya única posición horizontal. — Raya doble posición vertical.

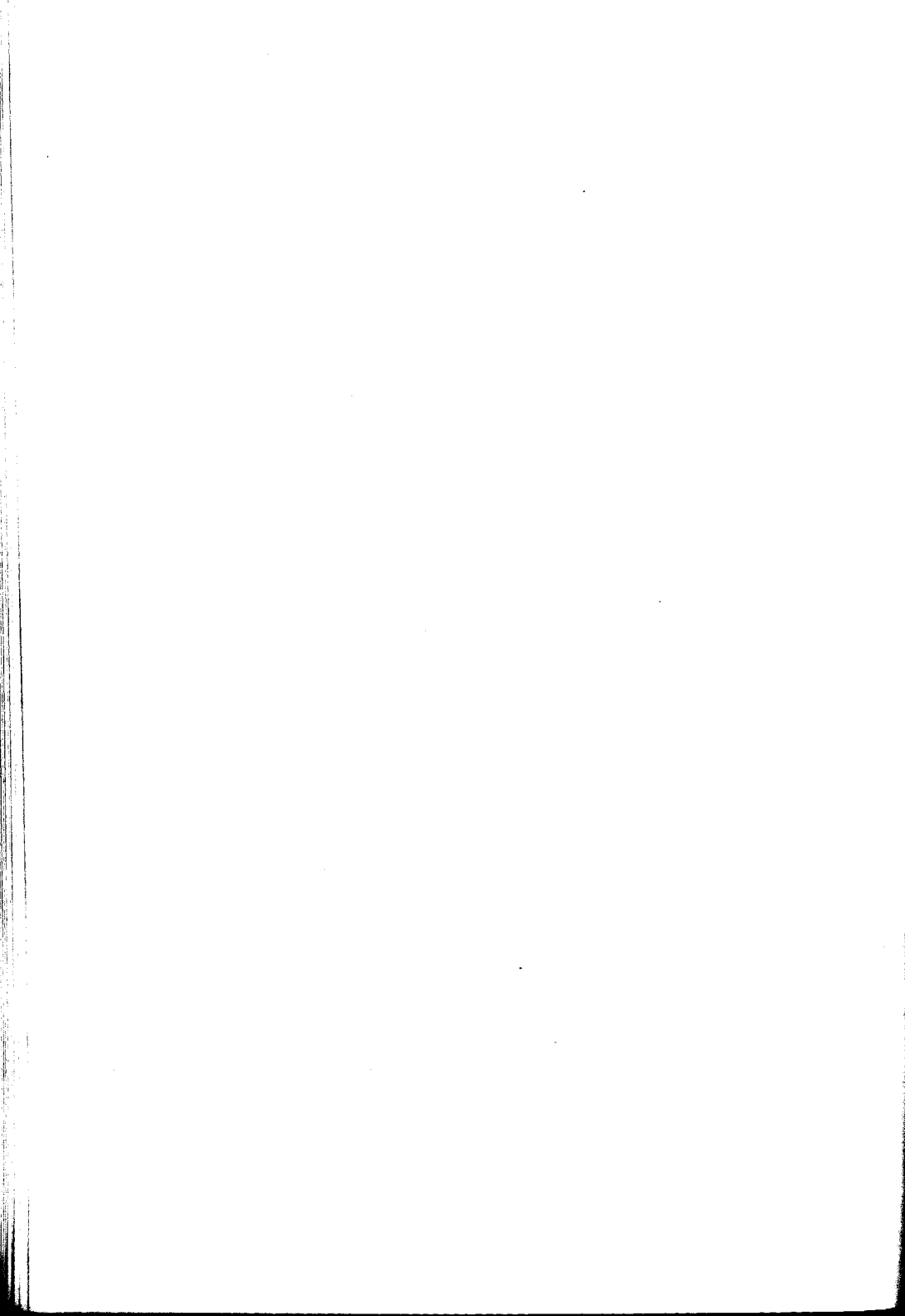


## ORTOCARDIOGRAMA N. 2

Fecha 28 Enero 1918.



Posición horizontal.



A la auscultación en los primeros exámenes, se oían los tonos de los focos mitral y tricúspideo, apagados, como alojados, y el segundo tono aórtico reforzado.

#### **Aparato respiratorio**

*Voz y laringe.*—Su ronquera actual no ha aparecido en forma que él se apercibiera, cree haberla tenido siempre.

*Respiración.*—18 por minuto, tipo costo abdominal.

*Tórax.*—A la inspección, de forma infundibuliforme, simétrico; el esternón en su parte media hace un ligero relieve. De movilidad costal bien conservada; *por delante* la piel presenta un color vinoso claro, donde se dibujan abundantes várices, unas gruesas como un dedo meñique,

llamadas venas torácicas laterales y situadas en la línea axilar media, serpentean verticalmente esta línea y recogen la sangre de las venas axilares; otras las córaco-axilares recogen la sangre de las venas yugulares y se echan en las torácicas laterales, éstas a su vez afluyen a las tegumentosas externas que terminan por echarse en las femorales y por esta vía en la cava inferior; otras las más, son redes de finos capilares que parecen afluir a la región diafragmática, donde una línea casi horizontal, hace resaltar el cambio de coloración de la piel; por debajo, normal: *por detrás*, abundantes redes capilares dirigidas en todas direcciones, así como numerosos angiomas. El color de la piel nada de particular.

Su circunferencia sobre la línea biaxilar es de 92 centímetros. Excursión respiratoria, 12 centímetros.

Desde el mes de Diciembre, próximamente se le ha declarado unos accesos de tos, a forma coqueluchoidea, que él reconoce provocados por el hablar. Durante el acceso se congestiona, siente dolor en el pecho y no consigue espectorar nada. Tos que ha sido rebelde a los antiespasmódicos.

En el examen de los esputos no se ha encontrado

bacilos de Koch, ni ningún otro elemento patológico. La cutirreacción a la tuberculina dió resultado negativo.

**Pulmón derecho por delante**

*Vibraciones vocales.* — Conservadas.

*Percusión.* — Vértice submate; su borde inferior sexto espacio intercostal: Desaparición del ángulo hepato cardíaco;

No es posible insistir.

*Auscultación.* — Inspiración algo velada en el vértice; inspiración y expiración netamente soplante a nivel del hilio.

**Pulmón izquierdo por delante**

*Vibraciones vocales* — Conservadas.

*Percusión.* — Vértice claro, dificultad para delimitar área cardíaca por causa expuesta (dolor).

Espacio de Traube. — Libre.

*Auscultación.* — Murmullo vesicular normal en su vértice. Expiración soplante a nivel del hilio.

**Pulmón derecho por detrás**

*Vibraciones vocales.* — Conservadas.

*Percusión.* — Vértice submate. Hilio obscuro. Bases claras y libres.

*Auscultación.*—Inspiración y expiración ligeramente soplante a nivel del hilio pulmonar.

#### **Pulmón izquierdo por detras**

*Vibraciones vocales.* — Conservadas.

*Percusión.*—Clara en toda su extensión; bases libres.

*Auscultación.* --Murmullos, vesicular normales. Inspiración a nivel del hilio ligeramente soplante.

#### **Abdomen**

*A la inspección.*—Regular, sin asimetrías, se mueve perfectamente con la respiración. Se nota el relieve de dos gruesas venas, las subcutáneas abdominales, que serpentean recorriendo paralelamente a la línea media, para ir a recibir la descarga sanguínea de la mayor parte del territorio torácico. La fotografía que ilustra este trabajo da un relieve bien manifiesto. La coloración de la piel es blanca.

*A la palpación.*—Indoloro, depresible y blando en toda la región hipogástrica, donde en la fosa iliaca izquierda, se nota la cuerda cólica. Es menos depresible en la región epigástrica, donde a nivel del hipocondrio izquierdo, se nota una

resistencia dura e irregular, un tumor palpable que sobrepasa el reborde costal en cuatro traveses de dedos y se extiende desde la línea média, hasta confundirse por debajo del reborde costal en la región esplénica. Es indoloro, de consistencia leñosa, especialmente un nódulo redondeado que hace relieve en la línea media, inmediatamente por debajo del apéndice xifoide; no se mueve con la respiración, tiene un latido transmitido muy marcado.

*A la percusión.*—Sonoridad timpánica en todo el vientre; sobre el tumor, la percusión suave, da una sonoridad timpánica, tanto en la porción que se halla en contacto con la pared abdominal, como en la que estaría por debajo de la parrilla costal.

A la percusión profunda, submate, detalle que hace posible de limitarlo del borde inferior del corazón.

Colocado el estetoscopio sobre el tumor, en la línea media y presionando un poco, se oye netamente un soplo sistólico. Tal fenómeno ha desaparecido después con el tratamiento.

*Hígado.*—(Lóbulo derecho).—Se percute en sus límites normales. No se palpa.

*Bazo.*—Se percute grande. No es palpable?

*Intestino.* —Deyecciones diarias, normales.

*Riñones.* —No se palpan.

*Orina.*—Examen practicado el 19 de Mayo de 1917 da:

Abundante eliminación de cloruros y fosfatos, vestigios de albúmina. Pus en regular cantidad. Escasas células epiteliales, glóbulos blancos granulados. Cilindros hialinos e hialino granulados. Regular cantidad de urato de sódico.

*Genitales.* —Testículo izquierdo más pequeño, indoloro; apetito sexual disminuído.

#### **sistema nervioso**

|                     |  |      |
|---------------------|--|------|
| Estado intelectual  |  | Bien |
| Palabra             |  |      |
| Sentido muscular.   |  |      |
| Sensibilidad        |  |      |
| Equilibrio y marcha |  |      |
| Reflejos            |  |      |

*Sueño.* —Solo puede consiliarlo en posición lateral, en decúbito dorsal, le resulta incómodo o imposible y todos los compañeros de sala se quejaban de sus ronquidos; y él despertaba completamente cianótico.

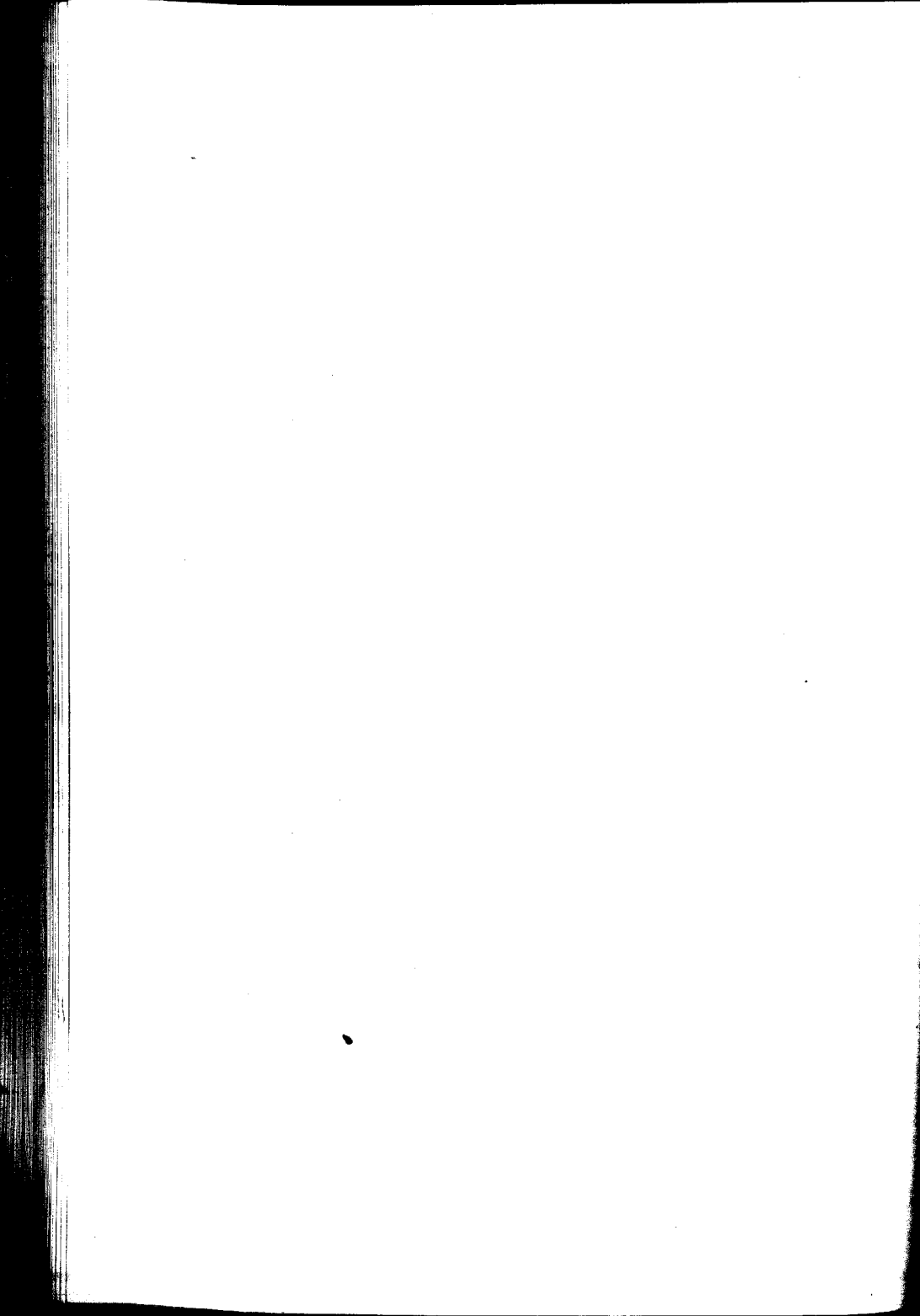
*Temperatura.*—Normal durante toda su estadía.

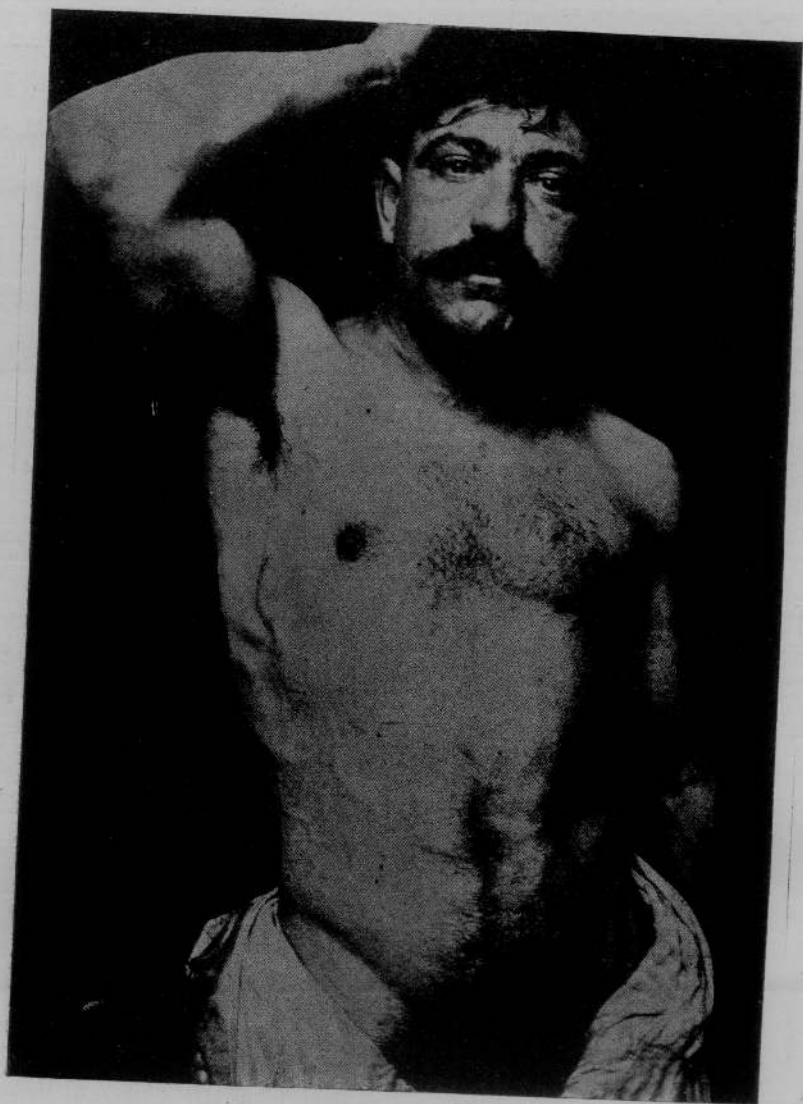
El examen de sangre que se efectuó el 30 de

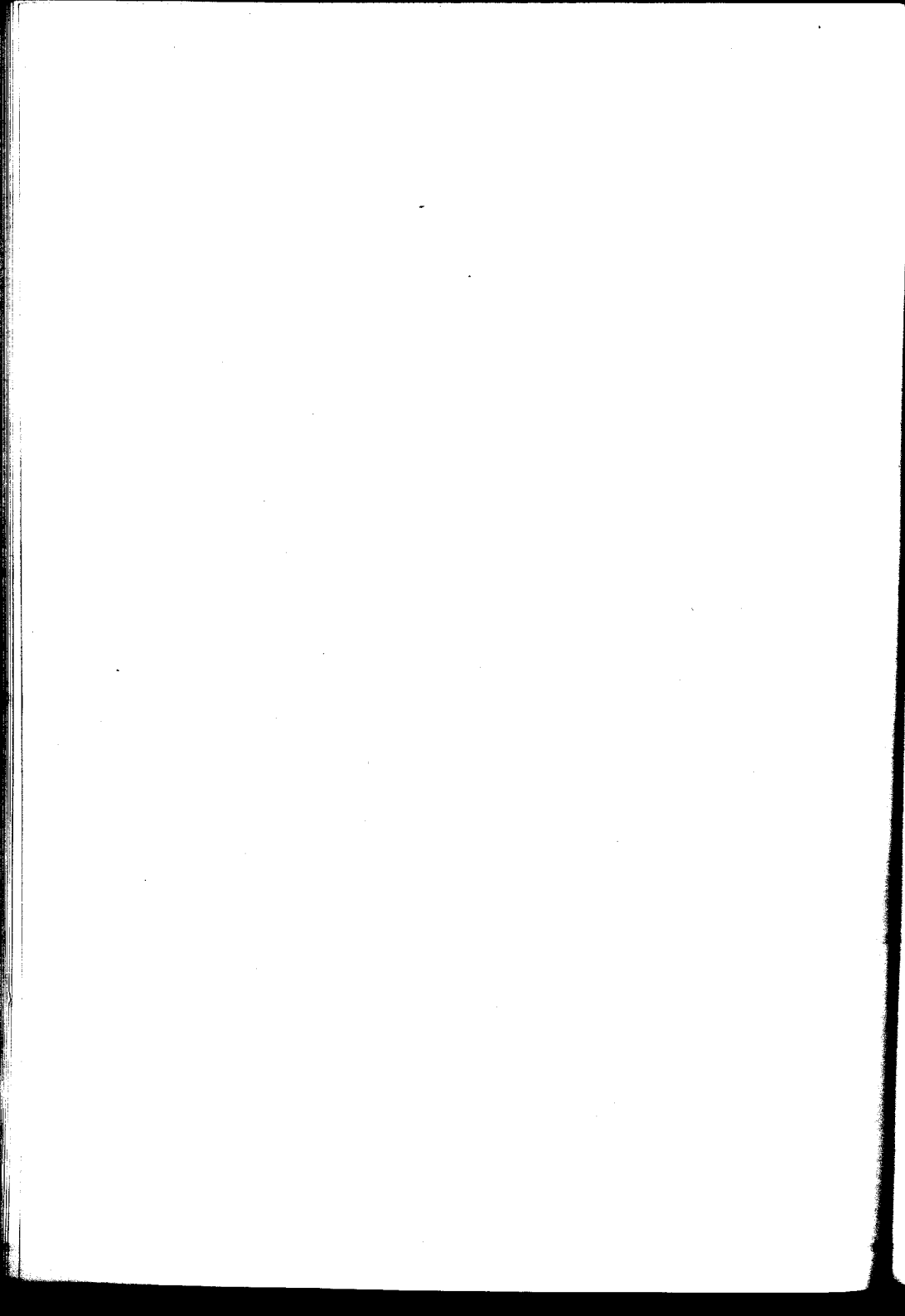
Mayo de 1917, buscando la reacción de Gellini, dió resultado negativo.

El examen de sangre de fecha 13 de Junio de 1917, buscando Wassermann, dió resultado positivo.

Los exámenes de sangre efectuados con fecha 26 de Mayo y 29 de Octubre de 1917, serán reproducidos en páginas posteriores como ilustración.







## Diagnóstico

El diagnóstico de nuestra observación personal, fué el resultado de un estudio bien encarrilado; sus antecedentes hereditarios y personales, no nos alumbraron el camino del diagnóstico, en cambio su estado actual, en el momento de su llegada al hospital, un simple examen superficial, su cianosis con extasis limitada a cabeza-tórax, y brazos; la circulación colateral, ya bien establecida, con sus gruesos cordones venosos, en especial dos voluminosos troncos colaterales, que descienden hasta la región inguinal por fuera del músculo recto del abdomen, y que representan las llamadas venas toraco-epigástricas tegumentosas de Braune, con su corriente retrograda, es decir: que interrumpida la luz de una de ella el éxtasis se hace por arriba, lo que nos significa.

que la sangre va por intermedio de tales canales a echarse en la gran vena cava inferior.

Tal síndrome, nos puso sobre la pista de un proceso mediastinal que modificara la luz de la vena a que afluye todo el sistema venoso de los territorios citados, a saber: la vena cava superior.

La matitez en los hilios pulmonares y en especial la respiración soplante de los gruesos bronquios del pulmón derecho principalmente sugieren aún más un proceso mediastinal.

La desaparición percutoria del ángulo hepato-cardíaco, es un nuevo signo que bien puede tener su valor diagnóstico.

Ahora bien, la presencia del citado tumor situado en el hipocondrio izquierdo, con los caracteres ya descritos, sugirió de su estudio la necesidad de un diagnóstico diferencial, entre un proceso de sífilis hepática, ya que tal tumor había sido localizado en lóbulo izquierdo del hígado y un quiste hidatídico del mencionado lóbulo. El diagnóstico diferencial con variedades de cáncer no fué admitida desde un principio, ya que un tumor de tales dimensiones hacía presumir una relativa larga evolución: el sujeto en cam-

bio permanecía en un estado de integridad física inmejorable.

Para diagnóstico de especificidad, que, fué nuestra primera orientación, a pesar de su anamnesis en absoluto negativa, nos ilustró en primer lugar sus caracteres: la palpación, tumor duro leñoso en su parte media especialmente que se continúa con una masa de distinta consistencia situada a distinto nivel, hacen pensar en la presencia de sífilis esclero-gomosa, con la existencia de surcos o depresiones que aislan tal proceso central de la evolución en el resto de la glándula.

Sin embargo, la posibilidad de un quiste hidático, dada la lesión concomitante de sintomatología mediastinal que podía hacer pensar en hidatidosis múltiple, ya que la vida del enfermo había sido errante, fué motivo suficiente para que se solicitara del Laboratorio un examen de sangre, buscando, anticuerpos hidáticos. Tal examen se realizó, gracias a la gentileza y solícitas atenciones de nuestro Jefe de Laboratorio, Dr. Angel Roffo, y dió resultado negativo fecha 30 de mayo de 1917.

Exámenes de sangre efectuados a priori y a posteriori dieron eosinofilia insuficiente como para discutir tal diagnóstico.

Tales resultados nos facultaron a sentar aún más nuestro diagnóstico de procesos específicos, solicitamos entonces de Laboratorio una Wassermann y con fecha 13 de junio de 1917, la reacción resultó positiva.

Agregamos para ilustración dos exámenes completos de sangre con fecha 26 de mayo de 1917:

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Hematies        | 5.500.000 |
| Leucocitos      | 9.500     |
| Hemoglobina     | 90 %      |
| Valor globular  | 0.90      |
| Relac. globular | 1x578     |

**Equilibrio leucocitario**

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| Polinucleares neutrofilos | 60,33 % |
| Linfocitos                | 37 »    |
| Mononucleares grandes     | 0,66 »  |
| Formas de transición      | 0,66 »  |
| Polinuclear eosinofilos   | 1,33 »  |

Fechado 29 de Octubre de 1917:

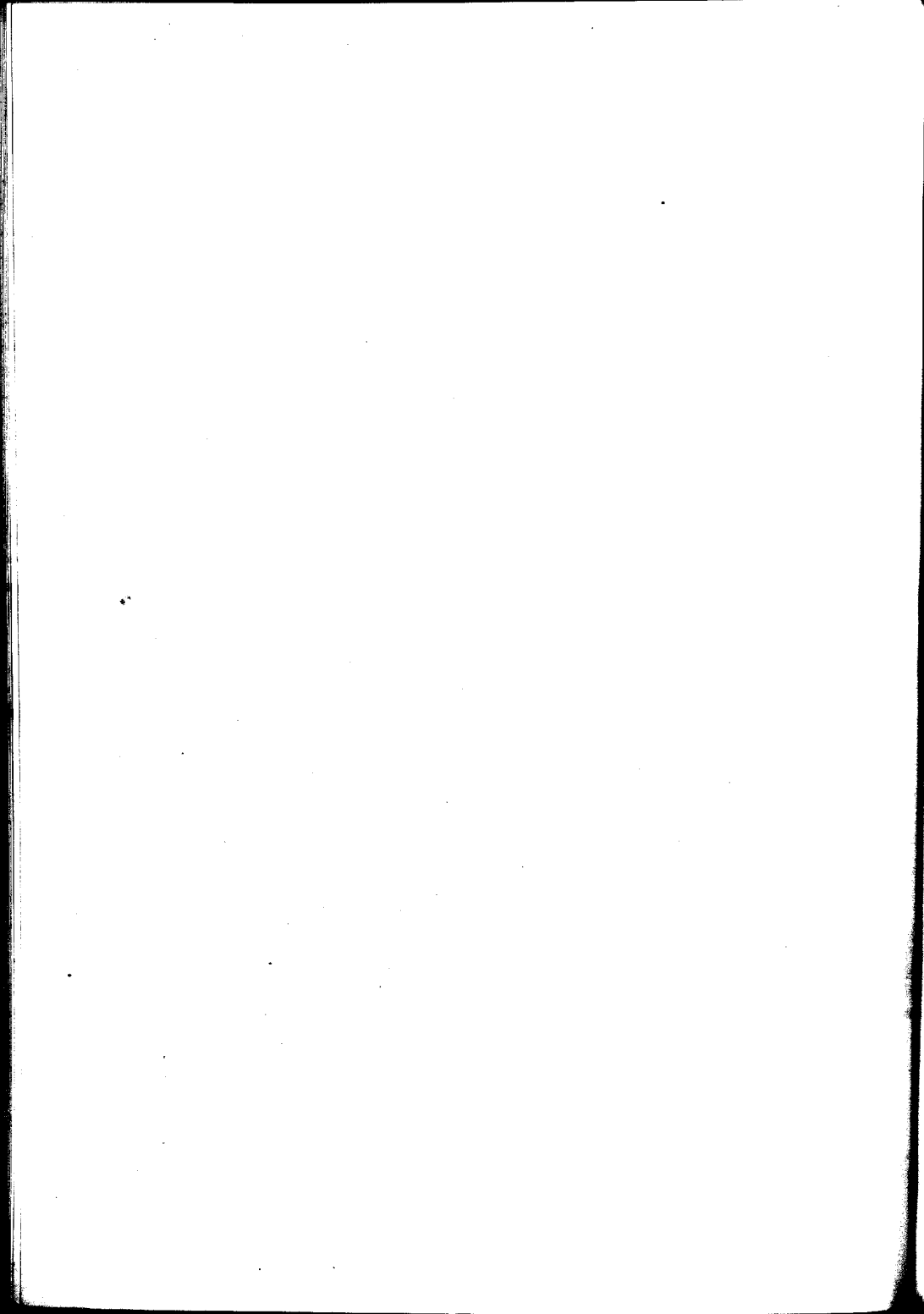
|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Hematies        | 6.000.000 |
| Leucocitos      | 9.000     |
| Hemoglobina     | 70 %      |
| Valor globular  | 0.57      |
| Relac. globular | .1 x 644  |

**Equilibrio leucocitario**

|                                  |       |   |
|----------------------------------|-------|---|
| Polinucleares neutrofilos ... .. | 68.00 | % |
| Linfocitos ... ..                | 21.05 |   |
| Mononucleares grandes ... ..     | 9.00  |   |
| Formas de transición ... ..      | 1.00  |   |
| Polinucleares eosinofilos ... .. | 1.00  |   |

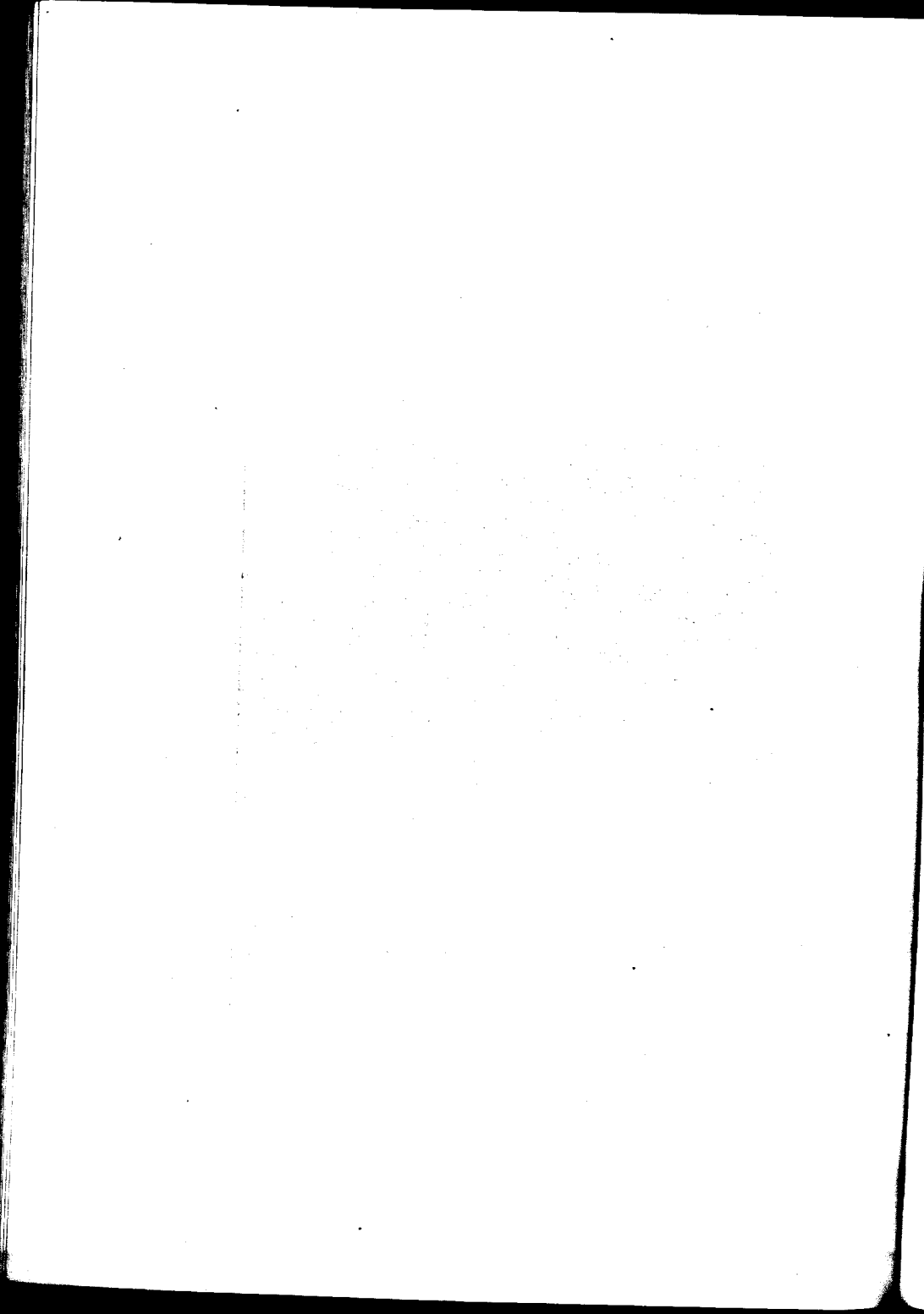
Los glóbulos son normales.

---



En vista de tales resultados y para observar de visu tales procesos, se solicita de nuestro distinguido radiólogo, el Dr. Gabriel Moner, cuyo concurso en este trabajo, nos ha favorecido gran parte su interpretación, una radiografía, cuyo resultado reproducimos:





En ella notamos que: los campos pulmonares perfectamente claros en sus bases y en sus vértices, presentan ambos hilios oscuros. Según la opinión del radiólogo, tal lesión es de vena cava superior, fundándose en que la sombra mediastinal se nota aumentada en su diámetro transversal a expensas especialmente del borde derecho, representado por aurícula derecha y vena cava superior; al estado normal tal límite es una línea perfectamente uniforme, en la radiografía en cambio se ve que tal línea tiene un resalte a la altura en que se inicia los grandes vasos; ¿qué pensar entonces sino que la vena cava superior es el elemento alterado en este caso? Ahora bien, tal borde que representa, la vena cava superior, no podría ser interpretado como borde de una dilatación aneurismática de la aorta ascendente, porque en tal caso, tal línea límite de aorta y pulmón, no sería tan nítida, dado que durante la impresión de la placa, el latido aneurismático haría tal línea más borrosa, porque la sombra que representa el borde derecho de los grandes vasos no es uniforme en su tono, sino que es algo más clara, en su centímetro externo. Hay más, al borde izquierdo mediastinal, en la porción que

representa el cayado aórtico, nos muestra que la curva, si bien quizás algo desviada, no representa el cayado de un aneurisma aórtico.

El borde izquierdo del corazón en sus límites normales. La cúpula diafragmática de la porción derecha un poco levantada, hace sospechar dos mecanismos, o que se trate de un hígado grande que rechace el diafragma, o que dada la vecindad del nervio frénico derecho con la vena cara superior sufriera una acción irritante que tuviera contracturado el músculo que inerva.

Quedó pues con la radiografía expuesta, y el examen clínico, fundado nuestro diagnóstico de lesión específica obliterante de la vena cava superior con un proceso mediastinal circunvecino de la misma etiología, que en la fecha actual no da sino escasos síntomas. Haremos confesión, que su tos coqueluchoidea apareció después de una temporada de permanecer en la sala, y nos hizo pensar que filetes del pneumogástrico habrían sufrido la acción invasora. Lo cierto es que de acuerdo a nuestro diagnóstico, iniciamos un tratamiento en la sala, a base de biyoduro de hidrargirio intramuscular, un centígramo diario, continuamos por espacio de doce días, como no notáramos, ni el

enfermo nos refiriese una ligera mejoría, decidimos solicitar del sifilógrafo del hospital Dr. Pedro L. Baliña su concurso para instituir un tratamiento enérgico a base de sales mercuriales.

El especialista a cargo entonces del tratamiento de nuestro enfermo, inicia en el mes de Agosto, una serie de bicianuro intravenoso e inyecta un total de 16 centigramos, al mismo tiempo, prescribe fricciones mercuriales, ioduro de potasio por boca y remata el mes con una inyección de Novarsenobenzol de 0.15 centigramos.

En el mes de Septiembre, llega a inyectar 3 gramos 10 centigramos de Novarsenobenzol, al mismo tiempo que prescribe veinte fricciones mercuriales.

En el mes de Octubre, suministra un gramo 80 centigramos de Novarsenobenzol y prescribe ioduro de potasio a fuertes dosis.

Merced a este enérgico y bien conducido tratamiento, nuestro enfermo ha evolucionado favorablemente, su cianosis se había modificado, el sujeto podía hacer mayores ejercicios sin fatigarse ni cianosarse, es verdad que su circulación colateral ha mejorado, como vía de desagüe ya que los cordones son más gruesos y abundan-

tes, que en un principio. Pero lo que más ha mejorado con el tratamiento, ha sido la lesión hepática: ya no se palpa más ese tumor duro, leñoso, ahora es blando y de menor tamaño, no propaga ya ni el soplo ni el latido que tan marcados eran en los primeros exámenes.

El enfermo, alegando obligaciones de familia y su larga estadía abandona el hospital. Una entrevista que tuvimos con el sujeto 5 o 6 meses después, ha garantizado aun más el diagnóstico: dijo sentirse más capaz para su tarea y que su vida ordinaria no le era penosa. De modo que nuestro caso representa quizás un ejemplar análogo al descrito por Vigoroux y Comby, el año 1906.

CARLOS P. MARTÍNEZ.



### Bibliografía

Babonneix y Barón.—Gazette des Hôpitaux, 30 Janvier 1912.

Barth.—Société médicale des Hôpitaux, 9 Février 1906.

Case.—Mediastinitis syphilitique avec paralysie de la corde vocale gauche et obliteration de la veine cave supérieure (Guy's Hosp. Gaz. London, 1908. LXXII, p. 460).

Comby. — Sur un cas d'obliteration de la veine cave supérieure. (Société médicale des Hôpitaux, 1er. communication Juin 1892; 2.<sup>a</sup> communication, Decembre 1893.)

Comby, Vigouroux (A.) et Collet (G.) — Obliteration de la veine cave supérieure par mediastinitis syphilitique. (Société médicale des Hôpitaux, 9 Février 1906).

Dieulafoy. — Un cas de mediastinite syphilitique. (Presse médicale, 30 Novembre 1910).

Lian y Barón. — Des médiastinites syphilitique (Presse médicale, 3 Juillet 1912. Presse médicale 3 Août 1912.

Von Schrötter. — Erhaustrunger der Gefosse, (pág. 533) in Die angeboren Herztnamkheiten von Prof. H. Vierordt.

Oulmont y Delort.—Société médicale des Hôpitaux, 7 Juin 1912.

Buenos Aires. Abril 8 de 1918

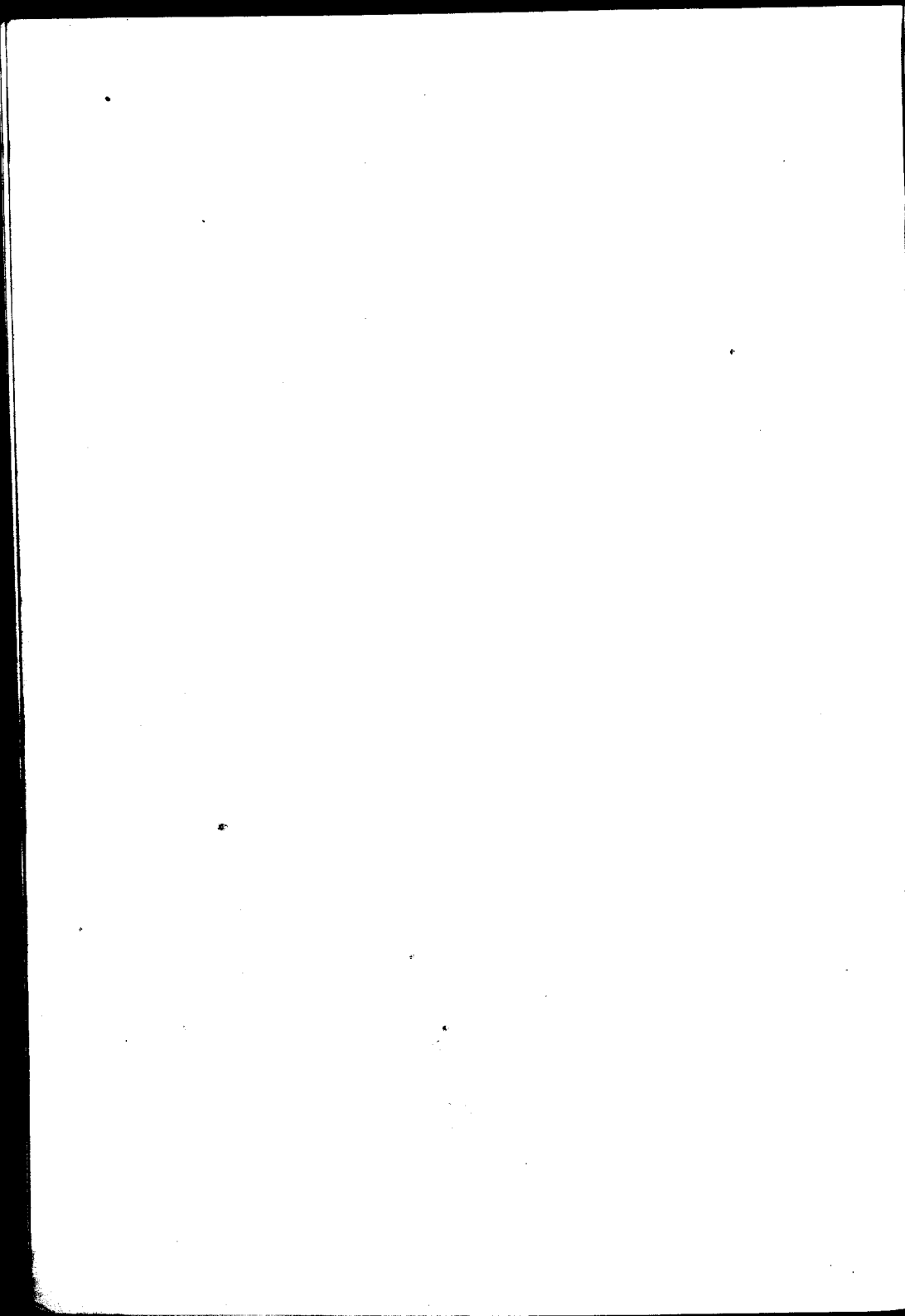
Nómbrase al señor Consejero Dr. Marcial V. Quiroga al profesor extraordinario Dr. Maximiliano Aberastury y al profesor suplente Dr. Mariano R. Castex para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires Abril 27 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3392 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Clasificación de los tumores del mediastino.

*M. V. Quiroga*

### II

Del papel que desempeñan las lesiones arteriales y venosas en la sífilis.

*M. Aberastury*

### III

La flebitis sífilítica por infección adquirida y heredada. Su papel en la patogenia de la úlcera varicosa.

*M. R. Castex.*

1326



