

afección del mediastino, que comprime los órganos contenidos en esta cavidad.

Al principio, puede haber alguna duda; se piensa en el *enfisema*, en la *bronquitis*, en una *afección del corazón*, en la *tisis pulmonar*. Pero es raro que no haya algún fenómeno extraño que permita hacer el diagnóstico, por ejemplo, la falta de expectoración, ó la discordancia de los signos estetoscópicos con el diagnóstico que se hizo primero.

Es fácil desechar los abscesos del mediastino; si son tuberculosos, proceden del cuello ó del raquis, y en casos más raros, del esternón ó de las costillas; el examen de estos órganos, esclarece el diagnóstico; respecto á los abscesos simples, son por lo común traumáticos y se distinguen por los fenómenos febriles y la rapidez de su evolución.

Hecho el diagnóstico de la compresión del mediastino, si se trata de un niño, se pensará en una linfadenitis simple ó tuberculosa; si se trata de un adulto ó de un anciano, en un neoplasma del mediastino ó en un aneurisma de la aorta. Vamos á hacer algunas aclaraciones sobre este asunto. Pero antes, indicaremos cómo es posible diagnosticar el sitio del tumor; esto nos facilitará el diagnóstico de su naturaleza, y será un auxiliar para el pronóstico.

Formas clínicas, según el sitio del tumor. — Diagnóstico de la localización. — Desde el punto de vista médico, se divide el mediastino en dos regiones: la inferior ó cardíaca, que carece por ahora de interés para nosotros, y la superior ó supra-cardíaca, que es el sitio predilecto de las adenopatías y de los tumores.

Esta región supra-cardíaca se extiende desde el esternón al raquis, y comprende dos planos: uno anterior ó vascular, en el que se encuentra la vena cava, las venas braquio-cefálicas, la aorta y las arterias que nacen de ella, la arteria pulmonar y las venas pulmonares; la otra posterior ó traqueo-esofágica, contiene, además de la tráquea, los bronquios y el esófago, los nervios pneumogástricos y los recurrentes.

Rendu ha expuesto, con toda claridad, las diferencias del cuadro clínico, según que el tumor esté localizado en el plano anterior ó vascular, ó en el posterior ó traqueo-esofágico. En el primer caso, los accidentes son de evolución lenta, y predominan los fenómenos que se manifiestan por compresión venosa; desarrollo de la circulación colateral, edema y cianosis de la cabeza, del cuello y de los brazos; no hay cornaje, ni accesos de sofocación; se observa, con frecuencia, elevación del puño external y de las extremidades claviculares, y la percusión indica, en este sitio, una macidez más ó menos extensa.

En los tumores del plano traqueo-esofágico, la disnea es, por el contrario, mucho más fuerte desde el principio; se presenta el cornaje, que indica la estrechez de la tráquea y de los gruesos bronquios; la disnea, continua, es interrumpida además por accesos fuertes de sofocación, debidos á la compresión de los pneumogástricos; la ronquera ó la afonía, indican la alteración del nervio recurrente; la estrechez de la pupila, denota la parálisis del simpático cervical. Y aunque el cornaje es excesivo, y la sofocación bastante fuerte para exigir la traqueotomía, no se observa de ordinario trastorno alguno de la circulación venosa y arterial.

Inútil parece decir, que existen casos en los que la alteración del mediasti-

no es total, están invadidos todos los planos, y se encuentran reunidos todos estos signos.

La distinción que acabamos de hacer, favorece, en cierto modo, el diagnóstico de la *naturaleza* del tumor. Las lesiones del plano traqueo-esofágico son, por lo común, ganglionares; las del vascular, indican más bien un tumor maligno desarrollado á expensas del timo. La misma distinción existe, respecto á los aneurismas del cayado de la aorta; los que se desarrollan por delante, en la cara convexa, producen trastornos circulatorios y deformaciones de la región externo-costal; los que se forman por detrás, en la cara convexa, comprimen los nervios recurrentes (tipo recurrente de Dieulafoy).

Desde el punto de vista del *pronóstico*, es fácil comprender, que las lesiones del plano traqueo-esofágico son infinitamente mucho más graves, que las del vascular; porque, á causa de los accesos de sofocación, ponen en peligro inmediato la vida del enfermo. Las alteraciones del plano vascular, persisten mucho tiempo con trastornos circulatorios muy acentuados, sin que se altere gran cosa el estado general; pero cuando se manifiestan los signos de compresión nerviosa, que indican que las alteraciones del plano anterior se han propagado al posterior, el pronóstico se agrava inmediatamente.

Linfadenitis simple de los niños. — La linfadenitis simple de los ganglios traqueo-bronquiales, es propia de la infancia; existe también en el adulto; pero, hay una predisposición mayor en la primera edad. Es una ley general, que, á causa de la actividad del sistema linfático en la infancia, son frecuentísimas las adenopatías durante este período de la vida.

De todas las causas que hemos indicado antes, las que originan con más frecuencia la linfadenitis simple, son las bronquitis subagudas y crónicas consecutivas á la *tos ferina* y al *sarampión*.

Se ha negado que las linfadenitis simples, produzcan síntomas bastante claros para que sea posible diagnosticarlas. Pero Julio Simón, ha demostrado lo que tiene de especial el cuadro clínico de estos casos. Los fenómenos debidos á la compresión de los órganos del mediastino, ocupan aquí un lugar secundario; los trastornos que se observan, resultan más bien de la *fluxión del tejido celular periganglionar* y de la irritación consecutiva de los nervios, lo que explica su variabilidad, sobre la que tanto ha insistido J. Simón; la tos coqueluchóide, la disnea por accesos, que simulan el asma en los niños predispuestos, son los dos fenómenos principales; deben citarse, además, la voz ronca y la taquicardia.

Resumiremos una observación personal, que da una idea del cuadro clínico que se observa en tal caso. Un niño de siete años, contrajo el sarampión; curado éste, siguió tosiendo; una semana después de desaparecer la erupción, la tos se hizo *quintosa* y se presentaba por accesos á veces muy violentos, que solían terminar por vómitos; pero no se observaba la inspiración sibilante de la coqueluche verdadera. Si jugaba el niño, si comía, si subía una escalera, si hacía un esfuerzo, sentía una opresión grande y su color se volvía algo cianótico; la voz era algo ronca. A la percusión, se observó que el sonido estaba muy disminuído en el espacio inter-escapulo-vertebral derecho y más ligeramente en la región esternal. Estas modificaciones del sonido, son fáciles de observar en la infancia, á causa de lo delgado y elástico de las paredes torá-

cicas. Al auscultar, se oía la respiración algo sibilante entre el ángulo de la escápula derecha y el raquis. La respiración, era normal en toda la extensión del pulmón; sólo se oían algunos estertores sonoros, discretos y diseminados. La evolución de este estado morbozo, fue muy notable; la intensidad de los fenómenos disminuyó dos veces, hasta hacernos creer en la curación completa, y dos veces se reprodujeron. A los dos meses y medio, curó el enfermo; el tratamiento consistió en una ligera revulsión y en el empleo del aceite de hígado de bacalao.

Es importantísimo conocer bien los casos de este género, para no incurrir en errores de diagnóstico y pronóstico.

El punto de diagnóstico más delicado, consiste en descartar la *coqueluche*. La semejanza es algunas veces tal, que N. Guéneau de Mussy llegó á considerar el acceso de tos de la coqueluche verdadera, como resultado de una linfadenitis específica. Esta opinión, no ha prevalecido. Según J. Simón, las circunstancias de contagio, la evolución de la coqueluche en tres períodos (febril, espasmódico y apirético, catarral y enfisematoso), los caracteres de la tos, cuyos accesos están en la coqueluche interrumpidos por una inspiración sibilante, que falta por lo común en la linfadenitis, los síntomas ordinarios de la adenopatía (disnea por accesos, voz ronca, etc.), todos estos caracteres, bien estudiados, permiten hacer el diagnóstico.

La linfadenitis, se confunde con el *asma*. Pero debe recordarse, que el asma infantil es rara; cuando se observa, hay motivos para preguntarse si su aparición será provocada por una adenopatía.

Es fácil distinguir la adenopatía de la *bronquitis crónica, con ó sin enfisema*. Aunque estos estados morbosos se encuentran asociados con frecuencia, un análisis minucioso permite atribuir, á cada cual, la parte que le corresponde en la sintomatología.

En los casos excepcionales, cuando la linfadenitis simple va acompañada de cornaje, es preciso descartar el *edema de la glotis*, el *crup*, el *espasmo de la laringe* y hasta los *pólipos laríngeos* (J. Simón). Se recordará que el error no es siempre fácil de evitar, porque se ha practicado algunas veces la traqueotomía en la linfadenitis. Para evitarlo, deben reunirse los conmemorativos, hacer un reconocimiento minucioso del tórax y de la laringe por medio del espejito.

Pero, sobre todo, antes de diagnosticar una linfadenitis simple, debe descartarse la *tuberculosis pulmonar* y la de los *ganglios bronquiales*. En la tuberculosis pulmonar, el examen físico de los vértices permite descubrir los signos ordinarios: respiración obscura, ó áspera y sibilante, ó cavernosa, con crujidos ó gorgoteos. Respecto á la tuberculosis de los ganglios bronquiales, propiamente dicha, estudiaremos sus caracteres clínicos.

Al contrario de la coqueluche, cuyo período espasmódico dura á lo sumo un mes ó seis semanas, la linfadenitis simple puede durar varios meses; pero cura casi siempre (J. Simón). Baréty, hace algunas salvedades. Según este autor, la linfadenitis simple predispone á la tuberculosis, por compresión de la arteria pulmonar. Ha demostrado que la rama de esta arteria, que se dirige al vértice del pulmón, está rodeada de ganglios más numerosos y más compactos que en las otras regiones del hilio. Conocida es la frecuencia de la tisis, en los casos de estrechez de la arteria pulmonar.

Esto demuestra la importancia del *tratamiento*. Después de tratar la bronquitis causal por los medios habituales, se combatirá la adenopatía, ante todo, por la revulsión: J. Simón aconseja mantener sobre la piel una irritación constante entre las escápulas, por medio de la tintura de iodo ó del algodón iodado, que se cubre con hule de seda. Las preparaciones iodadas y arsenicales, administradas al interior, tienen una acción resolutive manifiesta. Grancher recomienda, con mucho interés, el aceite de hígado de bacalao á dosis crecientes. Muchas veces, es indispensable consolidar la curación por las aguas minerales de Mont-Doré ó de la Bourboule.

Tuberculosis de los ganglios bronquiales.—La tuberculosis de los ganglios bronquiales, descrita con todos sus detalles por Rilliet y Barthez, es propia de los jóvenes. Se presenta en dos condiciones diferentes por completo, según que coincida ó no con la tisis pulmonar, fácil de conocer.

1.º Cuando la tisis bronquial coincide con la pulmonar, lo que sucede de preferencia en la segunda infancia, el cuadro clínico es el de la tisis pulmonar, al que se añade el de la compresión y el de la irritación de los diversos órganos del mediastino; la tos adquiere el carácter coqueluchoide, la disnea es continua y con accesos; la cara se pone edematosa y cianósica, las venas del cuello y del tórax están dilatadas, y suele presentarse, en los últimos períodos, el cornaje.

La escena suele terminar por accidentes anómalos ó una hemoptisis fulminante, debida, bien á la estancación sanguínea consecutiva á la compresión de las venas pulmonares (Rilliet y Barthez), ó á la perforación de la arteria pulmonar; ó bien un accidente singular idéntico al descrito recientemente por Parker: un niño de pecho, que hasta entonces había disfrutado de buena salud, tuvo un acceso de sofocación tan fuerte, que fue necesario practicar la traqueotomía. Al hacer la autopsia, se encontró un ganglio caseoso que había ulcerado la tráquea y penetraba en este conducto, obstruyéndolo en su bifurcación.

Los signos físicos en la tuberculización del vértice, asociados, en un niño, á los signos de compresión y de irritación de los órganos del mediastino, permiten, de ordinario, diagnosticar la tisis bronquial. Este diagnóstico se confirma por la observación de la macicez inter-escápulo-vertebral y del soplo del hilio del pulmón.

2.º El diagnóstico es mucho más difícil si, como sucede sobre todo en la primer infancia, predomina la tuberculosis de los ganglios bronquiales y si falta ó es latente la pulmonar. No es, por lo tanto, imposible distinguir la tisis bronquial, de la linfadenitis simple; la primera, está menos expuesta á la ley de intermitencia que domina la historia de la segunda; además, va acompañada de los signos de la caquexia tuberculosa de la primer edad (enflaquecimiento, micro-poliadenopatía periférica, hipertrofia del hígado y del bazo, integridad habitual de las funciones digestivas) y los fenómenos de compresión (cornaje, edema, cianosis, dilatación de las venas) son mucho más marcados que en la linfadenitis simple.

Algunos autores creen, que la tisis bronquial es susceptible de curar por completo. Esta opinión es verosímil, porque sabemos que las adenitis tuberculosas de la infancia constituyen una de las formas más curables de la bacilo-

sis. Pero el conocimiento de la linfadenitis simple, debe hacernos muy prudentes en el pronóstico.

En el mayor número de los casos, la tisis bronquial ocasiona la muerte, bien propagándose al pulmón, ó siendo origen de una tuberculosis generalizada, ó provocando accidentes asfísicos por compresión de la tráquea y de los bronquios, ó perforando un grueso tronco, accidente seguido de hemoptisis fulminante.

La tisis bronquial exige, ante todo, un tratamiento higiénico: conviene enviar á los enfermos á un sanatorio, para que hagan una vida tranquila al aire libre y en reposo; Picot y d'Espine, recomiendan los baños de mar. El tratamiento farmacológico, es el mismo que el de la linfadenitis simple, pero añadiéndole la creosota.

La tuberculosis de los ganglios bronquiales, manifestación exclusiva ó predominante de la bacilosis, es propia de la infancia. Pero no existe tisis pulmonar, más en el niño que en el adulto, que no vaya acompañada de linfadenitis similar. En el adulto, jamás adquieren los ganglios tuberculosos el volumen que en el niño. No obstante, la adenopatía desempeña un papel importante en el cuadro clínico habitual de la tisis común. Es un asunto, que hemos estudiado á propósito de la tisis pulmonar.

Tumores malignos del mediastino.—Cuando se ve presentarse en un adulto tos y opresión que aumenta de un modo gradual, sin que el examen del corazón, de los pulmones y de la orina revele nada de anormal, es de suponer que está interesado el mediastino. Si se trata de un tumor maligno, se observarán algunos signos que ponen en vías del diagnóstico. En las más de las observaciones, se ha notado la aparición precoz de un dolor retro-external, sordo, constrictivo, notable por su fijeza y la falta de irradiaciones (Rendu). Se desarrolla poco á poco, de un modo más ó menos completo, el síndrome de la compresión de los órganos del mediastino. En los tumores primitivos no ganglionares, que proceden según toda probabilidad del timo, se ven presentarse, primero, los signos de la compresión de la vena cava superior (edema de las regiones superiores del cuerpo, cianosis, dilatación de las venas); después, sobrevienen los accesos angustiosos de disnea, cornaje, tiro y la asfixia. Estos últimos fenómenos, se presentan, desde el principio, en los tumores ganglionares. La macicez externa é interescapular y el soplo áspero del hilio pulmonar, se observan, por lo común, desde el principio. El cuadro clínico suele modificarse por la congestión pulmonar, un derrame en la cavidad de la pleura ó en la del pericardio. La muerte sobreviene bien por asfixia lenta, bien durante un acceso de sofocación ó de repente por síncope. Este síncope, depende de muchas causas: derrame de la pleura ó del pericardio, degeneración del miocardio, perturbación de los nervios cardíacos (Rendu).

El diagnóstico, debe hacerse por exclusión. Se descartará, primero, el *cáncer del esófago*, estudiando la marcha de la enfermedad, los caracteres de la disfagia y haciendo el cateterismo esofágico con gran prudencia. Después, se averiguará si los fenómenos de compresión dependen de un *aneurisma de la aorta*; si es así, se descubre en general una tumefacción torácica con latidos apreciables por la vista y por el tacto y en el que se oye soplo simple ó doble. Existen, no obstante, casos, aunque raros, en los que es casi imposible el diagnós-

tico: así sucede cuando hay un tumor del mediastino situado delante de la aorta ó del corazón, y en el que se notan los latidos comunicados, ó cuando presenta el tumor dilataciones angiectásicas. Stokes advierte, á este propósito, que los tumores del mediastino casi nunca manifiestan tendencia á sobresalir al exterior, al contrario del aneurisma de la aorta, que desgasta con tanta frecuencia las paredes torácicas. Según Ewald, es rarísimo que se observen, en el aneurisma, los signos de la compresión de la vena cava superior; no obstante, hemos presentado en la *Sociedad Anatómica* (4 Junio 1886), un aneurisma de la aorta que había producido estos signos.

Los *linfadenomas*, son fáciles de diagnosticar cuando hay hipertrofias ganglionares en otras regiones, en la axila, en la ingle, y, sobre todo, en el cuello, ó cuando la sangre es leucocitémica. Si faltan estos signos, el diagnóstico es difícil; en ocasiones, es necesario averiguar toda la historia del enfermo, para hacerlo. Hemos visto á Peter diagnosticar el linfadenoma del mediastino, en un caso comprobado por la autopsia (fig. 37); se trataba de un hombre que presentaba signos de compresión de la vena cava superior y del bronquio derecho, con derrame en la cavidad de la pleura correspondiente; Peter se fundaba en el dato de que, once años antes, había extirpado Richet á este enfermo un rosario de ganglios enfermos del pliegue de la ingle.

Los *tumores malignos secundarios* son también, á veces, difíciles de conocer. Hemos observado, con los profesores Brouardel y Bouchard, un caso que da idea de estas dificultades. Un hombre, de sesenta años, después de padecer gripe en la epidemia de 1889-90, tuvo anorexia invencible, que persistió seis meses. Esta anorexia, era el único síntoma que presentaba este individuo; el examen físico de los pulmones, del corazón, de la pleura, del estómago, del abdomen, nada de anormal reveló, lo mismo que el análisis de la orina. Esta anorexia, fue refractaria á todos los tratamientos. El enfermo enflaqueció mucho, y, dos meses antes de su muerte, tuvo disnea constante, con hundimiento de los espacios intercostales á la inspiración (tiro); no se observó fenómeno alguno, al percutir ó al auscultar, capaz de explicar estos nuevos trastornos. La verdad no se conoció, hasta los últimos días de la vida; se presentó un tumor canceroso á través del segundo espacio intercostal izquierdo, y la palpación estomacal, reveló un neoplasma gástrico, latente hasta entonces. Este enfermo, padecía cáncer del estómago y cáncer secundario del mediastino. Añadiremos, que jamás se presentaron los verdaderos caracteres de la caquexia cancerosa.

En los tumores malignos del mediastino, el tratamiento es sólo paliativo. Se ha recomendado con eficacia, contra los linfadenomas, el arsénico á dosis progresivas; se combina algunas veces con el ioduro ferroso. Es necesario, casi siempre, calmar los padecimientos del enfermo con las inyecciones de morfina, y dar salida á los derrames de la cavidad de la pleura.

El tratamiento quirúrgico, sólo es aplicable á los tumores benignos (quistes hidáticos ó dermoides). Se ha intentado, en estos casos, llegar al tumor, haciendo una resección extensa del esternón (König, Küster). Roser y Le Bèle se han limitado á abrir el quiste con la pasta de cloruro de zinc y á inyectar después sustancias modificadoras.