



Sesión del día 11 de enero de 1926

PRESIDENCIA DEL DR. RIBAS Y PERDIGÓ

Un caso de cuerpo extraño en un bronquio y otro caso de un cuerpo extraño en el esófago, extraídos por broncoscopia y por esofagoscopia respectivamente.

POR EL DR. LUIS SUÑE Y MEDAN

I — Cuerpo extraño en un bronquio

La extracción de un cuerpo extraño de un bronquio no ofrece hoy las grandes dificultades de otros tiempos, a causa de los perfeccionamientos de la técnica y del instrumental empleado para dicha maniobra. Es más, el número de casos seguidos de feliz resultado, es ya muy extraordinario y en realidad constituyen, hasta cierto punto, hechos corrientes de nuestra práctica. No obstante, toda nueva observación presenta un aspecto especial que la distingue de las otras, a causa de las circunstancias que acompañan a cada caso. El que me permito exponer a la consideración de la Academia, es notable por las dimensiones del cuerpo extraño y por su permanencia algo prolongada en el árbol respiratorio. Es el siguiente:

Rosa V., de 45 años de edad, residente en Pineda. Acude a mi consulta el día 16 de Octubre de 1925, recomendada por el Dr. Girona y Soler, quien sospecha un cuerpo extraño en un bronquio, teniendo en cuenta los antecedentes de la enferma y la sintomatología que presenta. En efecto, dicha señora cuenta que a mediados de Septiembre (no recuerda exactamente la fecha), mientras comía se atragantó con un hueso de oveja, sobreviniendo al instante un violento acceso de tos y de sofocación que duró más de dos horas. Se intentaron, de momento, varias prácticas improvisadas de extracción con los dedos y con los propios esfuerzos de tos, pero todo fué en vano. Luego disminuyó un poco la asfixia y la cantidad de la tos, persistiendo ésa más tarde con cierta constancia y timbre metálico seco. La paciente creía que de un momento a otro saldría el cuerpo extraño impulsado por los golpes de tos, pues tenía la sensación bien perceptible de que dicho hueso estaba en las vías aéreas, no en el esófago. Con esta esperanza de expulsión espontánea, transcurrió así un mes, durante el cual el síntoma tos y la opresión de pecho continuaron, acompañados de falta de descanso durante las noches, hasta que por fin decidió la enferma acudir a la consulta de un médico. El Dr. Girona halló disminución de los movimientos respiratorios, abolición casi total del murmullo vesicular y algunos roncus bronquiales, todo del lado derecho. La tos era de tonalidad metálica, algo espasmódica y acompañada de secreción mucosa, aunque no muy abundante. La enferma no ofrecía otros trastornos patológicos y no se

obtuvieron antecedentes familiares ni personales respecto de afecciones del aparato respiratorio. El hecho ocurrió, pues, en plena salud de dicha señora, y ella misma afirma con aplomo que el cuerpo extraño se halla en los conductos aéreos del lado derecho.

EXPLORACION.—Anestesiada la faringe y la epiglotis con una solución de cocaína al 10 por 100 y el interior de la laringe al 20 por 100, estando la enferma sentada en posición de Moutret, introduzco suavemente un tubo de Brünings dentro la laringe y a través de la glotis, hasta descubrir claramente los anillos traqueales y a mayor profundidad el espolón que separa los dos primeros bronquios. Seguidamente inclino el tubo hacia la comisura labial izquierda de la paciente, pero en aquel momento sobreviene un fuerte acceso de tos que obliga a suspender la exploración. La enferma se halla un poco fatigada y ruega esperar unos instantes.

Poco después, una vez renovada la anestesia, especialmente al nivel de la tráquea, y estando la enferma en posición horizontal (decúbito supino y la cabeza en ligera extensión) introduzco por segunda vez el tubo, en dirección al bronquio derecho, sin la menor dificultad, y entonces puedo ver claramente a éste ocupado totalmente por un cuerpo extraño blanquecino y rodeado de mamelones carnosos. Intento cogerlo mediante una pinza para sacar alfileres de Brünings, pero resbala y se produce tos que consigo calmar al instante por medio de un toque de solución de cocaína al 10 por 100 en los puntos de contacto del intruso. Utilizo luego una pinza fenestrada del propio autor, que hace buena presa y desprende fácilmente el cuerpo extraño, el cual pasa dentro del tubo saliendo, junto con éste al exterior.

No se ha producido traumatismo alguno de la mucosa ni hemorragia, ni tos. Tan sólo, a causa de intensa emoción de la enferma al ver el cuerpo extraño, le sobrevino un acceso de excitación nerviosa acompañada de profundas y frecuentes respiraciones, verdadera explosión de alegría, que duró breves instantes. La interesada experimentó acto seguido un alivio rápido. Curso excelente. Desaparición absoluta de la tos. Nada de complicaciones.

En las adjuntas figuras aparecen la imagen bronoscópica y el aspecto del cuerpo extraño.



Imagen bronoscópica.



Aspecto del cuerpo extraño, liberado por broncoscopia directa.

CONSIDERACIONES.—El presente caso demuestra una vez más, la relativa facilidad con que actualmente se pueden hacer las bronoscopias altas o superiores. Por lo demás, el interés principal del caso está en los signos clínicos especiales indicadores de un cuerpo extraño en las vías respiratorias y en las dimensiones algo notables del mismo.

En efecto, aparte de los antecedentes negativos respecto a afecciones del aparato respiratorio, las afirmaciones de la propia enferma en cuanto a la penetración de un fragmento de hueso que formaba parte del alimento, en los conductos aéreos, y la aparición brusca de tos intensa, persistente, acompañada de cierta disnea y un poco de expectoración rebelde a los tratamientos ordinarios, todo ello hacía pensar en la probable caída de un cuerpo extraño en las mencionadas vías. Pero es más: cuando la exploración torácica, reveló una macidez marcada de todo el lado derecho, una abolición casi total del murmullo vesicular y estertores bronquiales, siendo todos estos síntomas unilaterales, la idea de un cuerpo extraño intra-bronquial se afianzó entonces con mayor fuerza.

Pero quedaban todavía dos medios de exploración para asegurar el diagnóstico: la radioscopia (o la radiografía en caso de duda) y la broncoscopia. La primera hubiera debido practicarse en primer lugar, tratándose de un examen fácil e inofensivo. Probablemente la pantalla o la placa habrían señalado la sombra del cuerpo extraño, puesto que este era un hueso de cierto

espesor y además, la prueba radiográfica habría servido de documento ilustrativo evidente. Por otra parte, aunque la exploración Röntgen hubiese sido negativa, no por ello habría quedado a un lado el examen endoscópico, teniendo en cuenta que todos los datos y síntomas indicados ofrecían una claridad suficiente para inclinar el ánimo hacia la utilización del expresado medio. Aun es más; la impaciencia de la enferma deseosa de que le extrajesen pronto el intruso que tenía dentro del pecho, mi natural anhelo de resolver al instante la situación, y la confianza que tenía, por mi parte, de liberar el intruso por vía directa, precipitaron algún tanto las cosas y quedó sin efecto el examen con los rayos X. Conviene declarar, no obstante, que éste se habría realizado caso de haber sido muy difícil o infructuosa la broncoscopia, aprovechando el descanso de la paciente, antes de reanudar este proceder exploratorio.

Por fin, la broncoscopia *alta* o *superior* (llamada también *peroral*, *traumatodistal* y *transglótica* (1)) fué empleada no solamente como medio diagnóstico, sino también terapéutico, puesto que viéndose distintamente el cuerpo extraño, era muy lógico cogerlo y extraerlo por dicha vía natural. La cuestión, en semejantes casos, es *ver* el cuerpo extraño, con lo cual el problema de la extracción presenta entonces ancho campo para poder utilizar todos los medios posibles destinados a salir triunfantes de nuestra empresa. Creo que podríamos condensar nuestro criterio, diciendo: que *generalmente donde llega la vista, llega también la pinza*, puesto que es más fácil descubrir un cuerpo extraño por broncoscopia que conocer la existencia del mismo y no ser posible verlo.

Las dimensiones del hueso extraído, son las siguientes: el diámetro mayor es de 11 mm. y la longitud total 19 mm.; por lo tanto, sabiendo que el bronquio derecho en la mujer es de unos 22 mm. de longitud por unos 14 mm. de anchura en cuanto a su calibre, se puede afirmar que dicho cuerpo extraño ocupaba casi todo el bronquio, quedando un pequeño espacio entre éste y aquél, que fué obstruido por la inflamación de la mucosa, hecho que contribuyó a aprisionar durante un mes el *corpus alieni* que se puso en contacto con ella.

II — Cuerpo extraño del esófago

El otro caso que tengo el honor de exponer se refiere a un cuerpo extraño que se detuvo en el esófago, y si bien no presenta particularidades excepcionales, no obstante considero oportuno dar cuenta del mismo por la naturaleza y aspecto del intruso y por los beneficios alcanzados mediante la esofagoscopia. Es el siguiente:

Asunción Martínez, de 40 años de edad. Día 7 de Septiembre de 1925. Dice la enferma que hace 5 días se atragantó con un pedazo de concha de megillón y que todavía nota una marcada molestia en la parte más baja del cuello. No le es posible tragar alimentos sólidos, pues al momento experimenta dolor pungitivo. No hay vómitos, ni hay obstáculo para alimentarse con sustancias líquidas (leche, caldo) ingeridas con cierto cuidado y lentamente.

Después de una ligera anestesia de las fauces, introduzco un tubo de Brünings de 13 mm. de diámetro, y luego de vencida la resistencia cricoidea y a la profundidad de 20 cm., observo una masa oscura rodeada de una mucosa inflamada, que reduce algo la luz del conducto esofágico. Un toque de solución de cocaína consigue hacer más visible el cuerpo extraño, que es cogido seguidamente con una pinza de Brünings, pero se halla tan enclavado que no es posible hacer la extracción, pues de insistir en ello, nos expondríamos a desgarrar la mucosa.

Entonces intento hacer presa del cuerpo extraño por uno de los extremos que parece más hundido en la pared esofágica y después de pequeñas sacudidas consigo desprender, por basculamiento, una punta del intruso que queda en posición más adecuada para la extracción, puesto que se nota una mayor movilidad del mismo. Luego la pinza coge de nuevo el cuerpo extraño

(1) Las palabras *transglótica* e *infraglótica* fueron propuestas por el Dr. Sloop, en su Tesis de 1908, vocablos idénticos a los propuestos por el Dr. Bótey un año más tarde.

por el centro y con todas las precauciones, para no producir otros enclavamientos, extraigo poco a poco tubo, pinza y el objeto extraño que sale al exterior sin que sobrevenga contratiempo alguno.



Aspecto del fragmento de mejillón que se atascó en el esófago (tamaño natural).

Se trata de una concha del tan conocido lamelibranquio llamado comunmente *mejillón* (*muschu* en catalán) y que pertenece a la especie *Mytilus edulis*. El hecho de hallarse roto, con sus aristas y puntas resultantes, explica su enclavamiento y la dificultad que se presentó a la primera prueba de liberación.

El curso post-operatorio fué excelente. La enferma experimentó rápido alivio y al cabo de tres días pudo comer como de ordinario, sin notar molestia alguna.

DISCUSION

El P. Pujiula felicita, ante todo, al Dr. Suñé y Medán por su comunicación a la Real Academia de Medicina y Cirugía; significa su admiración por los procedimientos verdaderamente ingeniosos para la extracción de objetos tragados o deslizados por los conductos digestivo y respiratorio, y alaba al disertante por su singular habilidad y marcado empeño en perfeccionar los métodos para tanto bien de los enfermos o dolientes, y manifiesta el gusto e interés con que asiste a semejantes aportaciones donde tanto se aprende.

El Dr. Suñé y Medán agradece muy sinceramente las frases de elogio que le dirige el P. Pujiula.

Sesión del día 25 de febrero de 1926.

PRESIDENCIA DEL DR. RIBAS Y PERDIGÓ

Examen crítico de los métodos para la confección de las vacunas bacterianas.

POR EL PROF. ANTONIO SALVAT NAVARRO

Hemos manifestado en varias ocasiones (fué la última una conferencia que dimos este mismo curso en la Facultad de Medicina), que la esterilización de las emulsiones bacterianas por medio de los anestésicos, representaba un progreso importantísimo en la técnica general para la confección de las vacunas. El éter, empleado por Vincent; el cloroformo, preconizado por Harrison; y el cloruro de etilo, usado por Thiroloix, eran los agentes que prácticamente realizaban perfectamente el designio de suspender la vitalidad de los gérmenes, sin desnaturalizarlos