

# **Primera mesa redonda: Patología del Mediastino**

**Moderador: Doctor J. Zapatero**

Moderador: Doctor J. Zapatero (Introducción-Resumen).

Doctor J. A. Estada: "Fisiopatología de las estenosis orgánicas y funcionales de tráquea y grandes bronquios".

Doctor F. Paris Roméu: "Patología clínica del mediastino en los traumatismos torácicos. Enfisema mediastínico. Extravasaciones sanguíneas quilosas y linfáticas".

Doctor F. Coll Colomé: "Los métodos broncológicos en el diagnóstico de las mediastinopatías". (Resumen.)

Doctor J. López Mejías: "Valor diagnóstico de la cavografía. Algunos aspectos cronológicos en las compresiones de la vena cava".

Doctor R. Navarro Gutiérrez: "Diagnóstico de las tumoraciones ganglionares no quirúrgicas".

## INTRODUCCION

### (Resumen)

#### Doctor J. Zapatero

Tras dar a conocer el programa de la reunión y el orden de actuación que es el que se acaba de exponer, pasa a hacer una serie de consideraciones sobre una clasificación original de las mediaspatías.

En el grupo de las tumoraciones la clasificación tiene un carácter topográfico, por la gran ayuda que representa para el diagnóstico clínico este aspecto.

La inmensa mayoría de los tumores mediastínicos que asienten en mediastino medio son malignomas, mientras que esto ocurre solamente en la quinta parte de los tumores de mediastino anterior y posterior.

A continuación habló de la *carinometría*, una técnica original para llegar a saber si existe o no una *rigidez de carina*. La carina sube en la espiración y desciende en la inspiración. Este desplazamiento vertical alcanza en los normales unos veinte milímetros. Al ascender la carina se abre el compás bronquiotracular y se cierra en la inspiración al descender la carina. Normalmente, y con arreglo también a experiencias realizadas por el autor en una serie de normales, el ángulo se amplía en la espiración en unos seis grados. Habría dos tipos

de rigidez: *a)* la carinal (desplazamiento vertical inferior a los tres milímetros); *b)* la angular (no ampliación del ángulo en la espiración).

En la broncoscopia le es muy difícil al observador decidirse sobre los dos aspectos señalados, por tener una visión axial a la dirección del movimiento y semejante al que pudiera tener un nadador colocado a corta distancia frente a la proa de una embarcación. En la carinometría el ángulo de visión sería semejante, por el contrario, al que pudiera tener de la pequeña embarcación un observador que pudiese observar la cubierta de la misma desde un muelle elevado. Desde este lugar puede darse cuenta perfecta de si la proa es afilada o ancha y puede percibir también claramente si los movimientos del agua la llevan hacia delante o atrás.

Presenta la experiencia obtenida con la nueva técnica en el estudio de uno a seis casos de enfermedades del mediastino. La rigidez de carina no la vió aparecer más que en tumores malignos y en silicosis. La rigidez angular puede aparecer, por el contrario, en procesos no malignos, bien en procesos de natural inflamatorio, como la adenitis tuberculosa, bien en alguna tumoración benigna.

(1) Sentimos no poder incluir la participación del doctor V. López Merino, por no habérsenos remitido su intervención.

## CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO

