



N.º 3102

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LABINGITIS POST-SARAMPIONOSAS

(CONTRIBUCIÓN)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AMBROSIO BARNI



№ 3105

1911 г.

ПРИКАЗ

№ 100

О назначении

на должность

и

подпись

и печать

и дата

и место

LARINGITIS POST-SARAMPIONOSAS

(CONTRIBUCIÓN)



Año 1916

N.º 3102

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LARINGITIS POST-SARAMPIONOSAS
(CONTRIBUCIÓN)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AMBROSIO BARNI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI

2254 — Córdoba — 2254

1916

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

- DR. D. LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
 - » » ENRIQUE ZÁRATE
 - » » PEDRO LACAVERA
 - » » ELISEO CANTÓN
 - » » ANGEL M. CENTENO
 - » » DOMINGO CABRED
 - » » MARCIAL V. QUIROGA
 - » » JOSÉ ARCE
 - » » ABEL AYERZA
 - » » EUFEMIO UBALLES (con^lic.)
 - » » DANIEL J. CRANWELL
 - » » CARLOS MALBRÁN
 - » » JOSÉ F. MOLINARI
 - » » MIGUEL PUIGGARI
 - » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

- DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)
-



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



ESCUELA DE MEDICINA

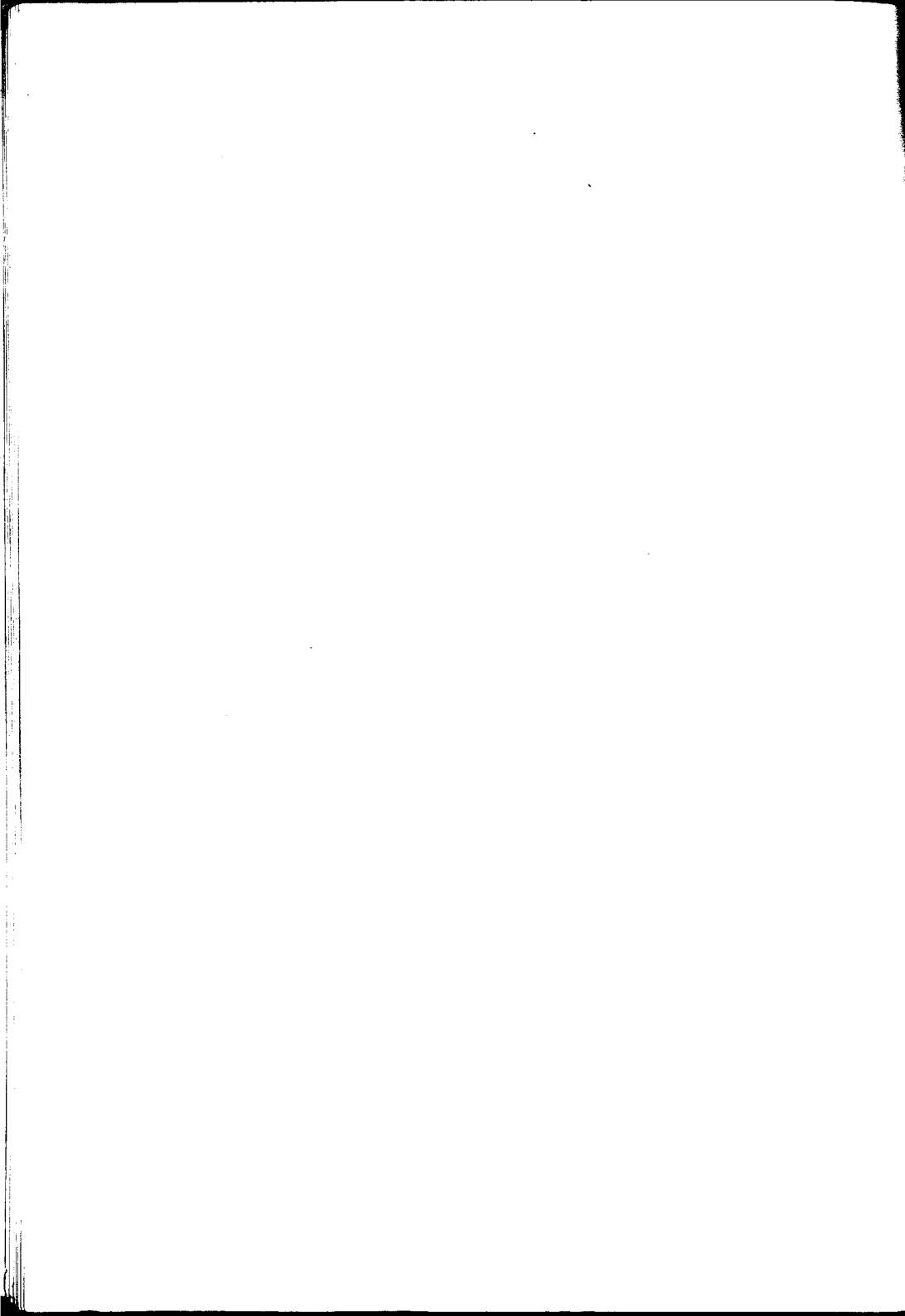
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUP
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Pediátrica.....	» SAMUEL MOLINA
Medicina Legal.....	» ANGEL M. CENTENO
Clinica Ginecológica.....	» DOMINGO S. CAVIA
	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Podiátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos	sustitutos
Botánica médica	DR.	RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	"	GULLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	"	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	"	EUGENIO A. GALLI
	"	FRANK L. SOLER
	"	BERNARDO HOUSSEY
	"	RODOLFO RIVAROLA
	"	ALOIS BACHMANN
Bacteriología	"	GERMÁN ANSCHÜTZ
Química Biológica	"	BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica.....	"	FELIPE A. JUSTO
Semciología y ejercicios clínicos.....	"	MANCELO V. CARBONELL
Anatomía patológica.....	"	CARLOS BONERINO UDAONDO
Materia médica y Terapia.....	"	ALFREDO VITÓN
Medicina operatoria.....	"	JOAQUÍN LLAMBIÁS
	"	ANGEL H. KOPFO
	"	JOSÉ MORENO
Patología externa.....	"	ENRIQUE FINOCCHIETTO
	"	CARLOS ROBERTSON
	"	FRANCISCO P. CASTRO
	"	GASTELFORT LUGONES
	"	NICOLÁS V. GRECO
Clinica dermato-sifilográfica.....	"	PEDRO L. BALIÑA
• génito-urinaria.....	"	BERNARDINO MARAINI
• epidemiológica.....	"	JOAQUÍN NIN POSADAS
• oftalmológica.....	"	BERNARDO R. TORRES
• oto-rino-laringológica.....	"	ENRIQUE B. DEMARIA
	"	ADOLFO ROCHTI
	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	"	MARTÍN CASTRO ESCALADA
Patología interna.....	"	PEDRO LABAQUI
	"	LEÓNIDAS JORGE FACIO
	"	PABLO M. BARILARO
	"	EDUARDO MARIÑO
	"	JOSÉ ARCE
	"	ARMANDO R. MAROTTA
	"	LUIS A. TAMINI
	"	MIGUEL SUSSINI
Clinica quirúrgica.....	"	ROBERTO SOLÉ
	"	PEDRO CHUTRO
	"	JOSÉ M. JORGE (H.)
	"	OSCAR COELLO
	"	ADOLFO P. LANDIVAR
	"	JUAN JOSÉ VITÓN
	"	PABLO J. MORSALINE
	"	RAPHAEL A. BULLRICH
	"	IGNACIO IMAZ
• médica.....	"	PEDRO ESCUDERO
	"	MARIANO R. CASTEX
	"	PEDRO J. GARCÍA
	"	JOSÉ DESTÉFANO
	"	JUAN R. GOYENA
	"	MAMERTO ACUÑA
	"	GENARO SISTO
• pediatría.....	"	PEDRO DE ELIZALDE
	"	FERNANDO SCHWYZER
	"	JUAN CARLOS NAVARRO
	"	JAIMÉ SALVADOR
• ginecológica.....	"	TORIBIO PICCARDO
	"	CARLOS E. CIRIO
	"	OSVALDO L. BOTTAIRO
	"	ARTURO ENRIQUEZ
	"	ALBERTO PERALTA RAMOS
	"	FAUSTINO J. TRONCÉ
• obstétrica.....	"	JUAN B. GONZÁLEZ
	"	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	"	JUAN A. GABASTOU
	"	ENRIQUE A. BOERO
	"	JOAQUÍN V. GRECO
Medicina legal.....	"	JAVIER BRANDAM
	"	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. BATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉNIGOS
	» LUIS BUGLIAMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI

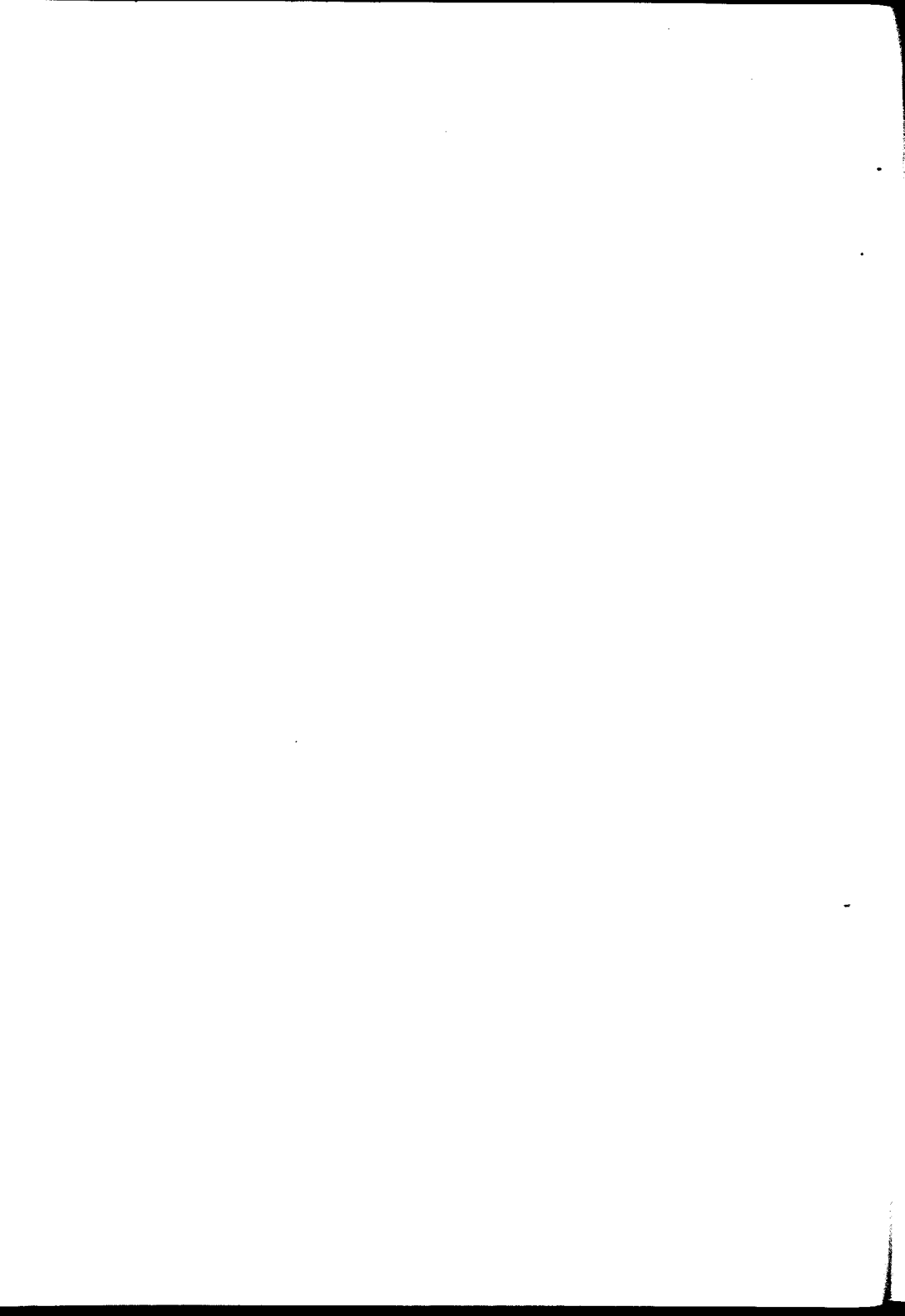


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
 - » JUAN M. CARREA (Prótesis)



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..... » UBALDO FERNANDEZ



PADRINO DE TESIS

DOCTOR ABEL ZUBIZARRETA

Jefe de Servicio en el Hospital de Niños



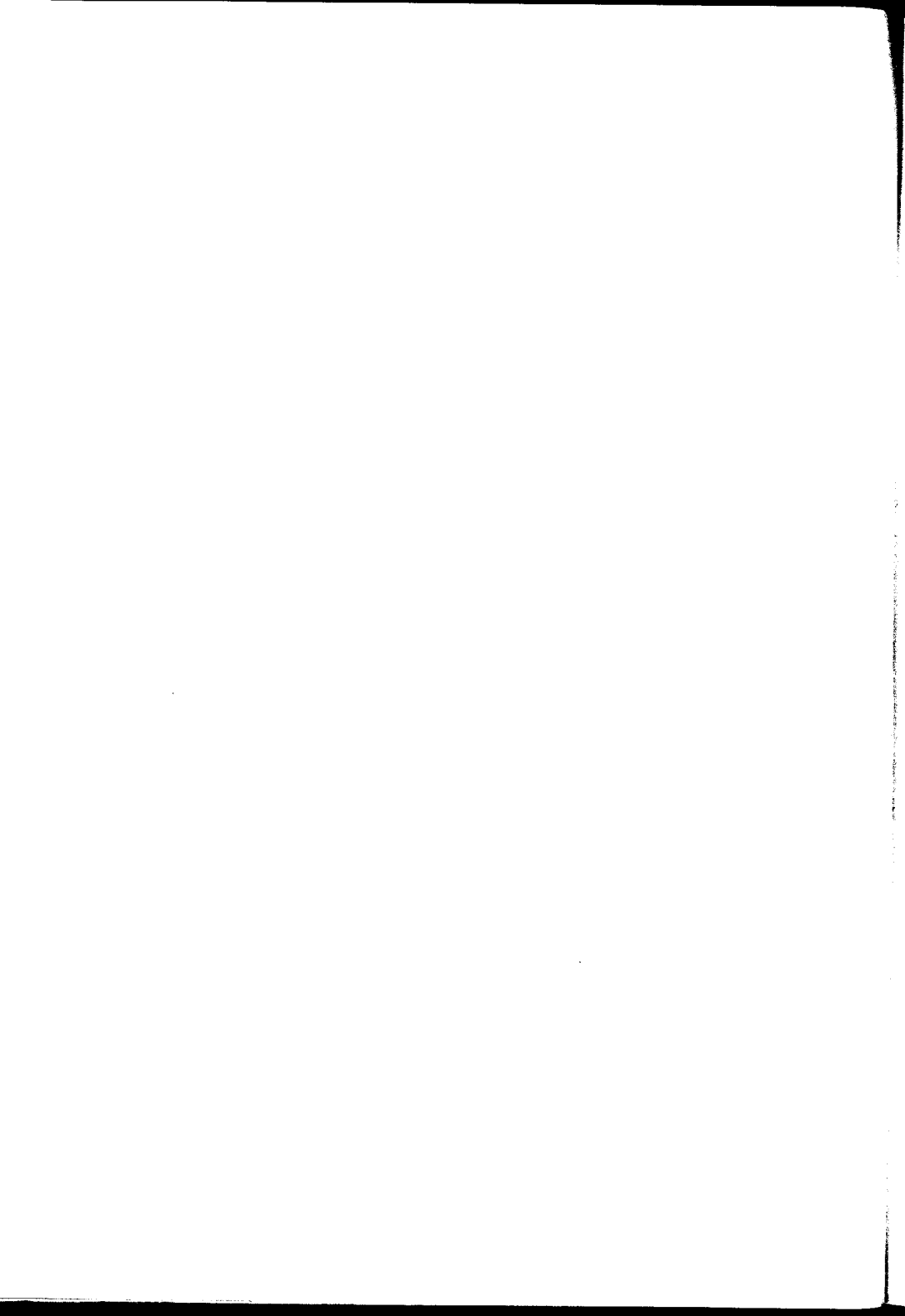
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE



A MIS HERMANOS



Á LOS DOCTORES

DAVID OVEJERO
JUAN BONORINO CUENCA
LEOPOLDO URIARTE

GRATITUD



INTRODUCCIÓN

Vamos á ocuparnos únicamente de las laringitis que complican el sarampión, en el niño, después del período eruptivo y que no se acompañan de falsas membranas.

Excluimos voluntariamente el crup diftérico clínica y bacteriológicamente comprobado.

Nos ha llamado la atención la frecuencia, la gravedad á veces, y sobretodo la dificultad para determinar la etiología de esas laringitis posf-sarampionosas. Efectivamente, en todos los casos ha surgido la pregunta: ¿es de origen diftérico ó no es de origen diftérico? Vale decir, ¿es el bacilo de Loeffler el causante de esas laringitis? Cuesta resolver el punto, por que el hecho de que se observe bacilos de Loeffler en los exudados faringolaringeos, no basta para inculparle; pues conocemos la frecuencia con que se le encuentra en las vías respiratorias superiores en sujetos sanos y en enfermos de cualquier cosa que no sea difteria. Y porque muchas veces

tenemos el deber de dudar de la identidad del bacilo encontrado; sabido es la frecuencia de los pseudo diftéricos y sabido que para su identificación se necesitan material y experiencia, cosas que no siempre están á nuestro alcance.

Carlo Comba (en Tratt. Malattie Infettive) resume en términos claros el estado actual de los pseudo-diftéricos: «En el diagnóstico bacteriológico—hablando de difteria—se podrá encontrar á veces dificultades para diferenciar los bacilos diftéricos, de los otros que se parecen á ellos, y que han sido llamados pseudo-diftéricos. Se distinguen dos tipos de estos: el bacilo pseudo-diftérico propiamente dicho (Loeffler-Hoffmann, Wellenhof), y el bacilo de la xerosis conjuntival (Colomiatti-Kutschbert-Neisser, etc.).

«Algunos bacteriólogos (Roux, Behring, Jersin, Stokvis, etc.), consideran que los pseudo-diftéricos por sí, no constituyen una especie, sinó que los consideran como tipos de bacilos diftéricos que han perdido su virulencia. Estos investigadores son, pues, partidarios de la unidad de especie del bacilo diftérico y de los llamados pseudo-diftéricos.

«Y en verdad, es una cosa reconocida, que realmente muchas veces se han descripto como pseudo-diftéricos, bacilos que tenían todos los caracteres del verdadero bacilo diftérico, con la única diferencia de una mínima virulencia ó la ausencia de ésta.

»Pero descartando estos tipos que con muchas proba-

bilidades son bacilos diftéricos, se encuentran aún bacilos pseudo-diftéricos que se distinguen del verdadero de Loeffler por los caracteres que brevemente espongo». Y habla de forma, granulaciones, propiedades biológicas, etcétera, notándose la importancia que adquieren, para el diagnóstico bacteriológico, las reacciones biológicas: inmunidad, patogénesis, es decir la parte clínica de la investigación experimental, resultando que se reconoce al bacilo tal ó cual porque es capaz de una producción tal ó cual.

Actualmente, pues, no se puede llevar á nuestro espíritu la convicción de la identidad del bacilo de Loeffler, sino evidenciando sus propiedades patógenas.

Dejando de lado estas especulaciones y aceptando el valor que tiene practicamente el examen bacteriológico corriente de los exudados, diremos que en clínica se hace necesaria más de una vez la comprobación bacteriológica del bacilo de Loeffler, para resolver un diagnóstico dudoso.

Por otra parte, la evolución clínica puede ilustrar por sí con fuerza probatoria sobre la culpabilidad del bacilo de Loeffler en un proceso determinado, verbigracia: los casos de laringitis post-sarampionosas, graves, sin exudados pseudo-membranosos, que se curan sin la aplicación del suero específico (antidiftérico). Estas laringitis, seguramente no tienen como causante el bacilo de Loeffler. En el mismo caso se hallan las tratadas con insignificantes cantidades de suero. Otra cosa pasa con las Larín-

gitis post-sarampionosas, en las cuales no se descubren falsas membranas, no se tratan con el suero, mueren y se constata en la autopsia las lesiones clásicas de la difteria. Acá había entrado en acción el bacilo de Loeffler pero había pasado ignorado.

Ya se ve lo importante que es conocer la etiología de esas laringitis y lo difícil que es determinarla; por eso hemos creído conveniente presentar una serie de observaciones clínicas que en su carácter ilustran el criterio, también clínico.

Carecíamos de medios para acompañarlas de una observación bacteriológica paralela, sin embargo, nos hemos ayudado con exámenes directos y cultivos de los exudados.

Las historias presentadas traducen los hechos observados y no encarnan ideas preconcebidas; como tampoco no dan pie para deducir conclusiones. Su observación nos ha enseñado la prudencia y nos ha sugerido las dudas apuntadas.

CAPÍTULO 1

DESCRIPCIÓN

Compaignac en 1812 decía que eran tan frecuentes las laringitis post sarampionosas que en una epidemia del «Hospiteaux des Enfant Malades», los dos tercios de los niños fueron atacados de laringitis graves.

Rilliet Barthez han constado treinta y cinco en ciento setenta y seis sarampionosos. Coyne en 1873, afirma que hubieron diez y seis laringitis consecutivas en ciento cincuenta enfermos.

Huttinel dice: «Hay siempre cierto grado de laringitis en el sarampión; cuando es muy acentuada es una verdadera complicación y hasta puede tomar los caracteres del falso crup.» Lo más á menudo la laringitis desaparece con la erupción pero hay casos en que esa misma laringitis se agrava en el período de descamación. En este pe-

ríodo pueden aparecer recién síntomas de parte del larinx con un cuadro más ó menos alarmante.

Hay una forma contemporánea de la erupción, y otra tardía. La primera suele ser benigna y hace parte del enantema. La tardía es más grave, á menudo ulcerosa, frecuentemente da lugar á accesos desofocación y se confunde con el crup diftérico.

Anatómicamente, las laringitis tardías, adoptan tres formas principales: pseudo-membranosa, ulcerosa y catarral, cuya distinción clínica es á menudo de lo más difícil.

Hablando de las pseudo-membranosas decía Marfán: «No conozco una observación al abrigo de la crítica que sea probatoria de la existencia de laringitis pseudo membranosa no diftérica.»

Sin embargo las ha reconocido después de los trabajos de Jacod, Leroux, Triboulet, Harvier, Perineau. Estos autores han presentado observaciones que evidencian la existencia de crup pseudo-membranoso, post-sarampionoso que tienen como agente el neumo, el estáfilococo, etc. Estos casos constituyen verdaderas rarezas.

Dejaremos de lado las pseudo-membranosas y nos ocuparemos únicamente de las que no se acompañan de pseudo membranas, sean catarrales ó ulcerosas.

SINTOMATOLOGIA

La sucesión cronológica y progresiva de los períodos ó faces: disfónica, disneica y asfíctica, tan frecuentes en el crup diftérico, no se presentan sino raramente en las laringitis post-sarampionosas. Acá ese orden está alterado al punto de ser imposible muchas veces encuadrar los hechos dentro de esa norma. Los fenómenos progresan á saltos ó se estancan indefinidamente; y, en medio de todos, la asfixia puede amenazar en cualquier momento.

Hay casos muy semejantes al crup y otros idénticos á la laringitis estridulosa, y como estos á su vez se parecen, resulta que no hay caso en que no se plantée el diagnóstico diferencial con el crup diftérico.

De un modo general: estamos en presencia de un niño que acaba de pasar ó está terminando su erupción sarampionosa, en quien sobrevienen accidentes laringeos: tos frecuente, ruidosa, sonora, de timbre falso, desagradable, chillona; voz ronca, «*erailée*» de tonalidad elevada, algo

velada, pero que no se extingue; dolor en el larinx manifestado porque rehusa hablar y se oprime la garganta en cada acceso de tos ó de llanto. A la par, bajo el empuje de la complicación, los síntomas generales se encienden: aparece la fiebre, pulso rápido, inquietud, etc.

El cuadro puede subir de tono, aparecer dispnea, llegar el tiraje progresivamente creciente ó por accesos de sofocación, con cianosis y sudación, que nos obligan á intervenir de urgencia.

Todo evoluciona en uno, dos ó tres días. A veces la complicación reviste los caracteres de una laringitis catarral benigna, otras es grave y mata en poco tiempo ó se prolonga por semanas.

Ya se aprecia que la complicación laríngea trae trastornos funcionales y físicos, subjetivos y objetivos que varían en intensidad.

La parte subjetiva no se conoce con precisión por tratarse de niños muy pequeños casi siempre; sin embargo se ha notado el dolor laríngeo, atestiguado por declaraciones de los mismos enfermitos ó por actitudes de las manos llevadas al cuello cuando lloran, tosen ó hablan y por el mutismo en que entran algunos de ellos.

De los síntomas objetivos diríamos que son los de toda laringitis, que pueden acompañarse de tiraje y llegar á la asfixia, pero hay peculiaridades que merecen analizarse.

El comienzo de los accidentes laríngeos puede ser brusco pero lo más á menudo son la continuación ó la agravación de las determinaciones laríngeas habituales en el

período de estado del sarampión. En lugar de atenuarse á medida que la erupción retrocede, se ven por el contrario persistir ó aumentar.

La intensidad y duración de los síntomas funcionales dependen de la naturaleza de las lesiones, del sitio de ellas y también del temperamento más ó menos nervioso del atacado. Es noción corriente la gravedad que revisten en los muy nerviosos hiperexcitables.

Fuera de todo acceso de sofocación la respiración tiene un aspecto particular: continua, progresiva, con una inspiración silbante, penosa, mientras la expiración está libre.

La deglución suele ser penosa y algunos enfermitos rehusan alimentarse.

La tos es estridente, chillona, ruidosa más ó menos discordante en la gran mayoría de los casos.

La voz (el llanto diríamos refiriéndonos á los más pequeños) se modifica en estas laringitis existiendo siempre un grado de disfonía, caracterizado porque la voz toma un timbre *sui géneris* de una tonalidad alta y disminuye en intensidad, pero que no se extingue nunca como en el crup difiérico, donde se llega pronto á la afonía que constituye el primer fenómeno funcional.

La dispnea no siempre es progresiva sino que se instala con mayor ó menor prontitud tomando á la víctima por asalto y no paulatinamente como en el crup. Es verdad que en ambos la sofocación puede proceder por accesos.

El examen del cuello denota la ausencia de adenopatía

localizada; el de la boca y farinx muestra de un modo constante modificaciones de la coloración, sea uniformemente rojiza, ó bien puntillada, á veces pequeñas ulceraciones sobre el velo y farinx. Barbier insiste en la frecuencia de las aftas. La ausencia de exudados es la regla y la presencia de los pultáceos nos debe hacer prestar atención.

Fuera de la fiebre que puede llegar á 40° con su cortejo habitual, y que no depende únicamente de la laringitis, los fenómenos generales están bajo la dependencia de la asfixia progresiva ó brusca provocada por las lesiones laríngeas ó por los accesos de sofocación.

Digamos que en medio de todas estas perturbaciones que se desarrollan, el enfermo conserva sus colores y su buen semblante.

Considerando la evolución, en clínica se distinguen dos formas: benigna y grave. La apreciación en cada caso está regida por la intensidad de los síntomas locales y generales. Cuando más violento é irreductible es el tiraje á los procedimientos médicos, tanto más grave será la situación.

La benigna corresponde casi siempre á la forma anatómica catarral ó eritematosa, y la grave á la ulcerosa.

DIAGNÓSTICO

Los antecedentes, la progresión de la enfermedad, el examen de los síntomas funcionales, el muy atento de los físicos, especialmente la revisión prolija y repetida de la garganta, procurando despistar la presencia de exudados y practicando el tacto cuando fuera necesario, permiten hacer el diagnóstico de laringitis catarral ó ulcerosa según el caso. Debemos, además, tener siempre en cuenta las afecciones similares y sus cualidades sobresalientes.

Crup diftérico.—Se diferencia de las laringitis morbillosas verdaderas por los caracteres siguientes: mientras que la localización del Loeffler en la laringe da el síndrome: tos ronca, voz apagada, y más tarde el síndrome: tos velada, voz extingnida, cuyas modificaciones de la voz y de la tos sobrevienen lenta, progresivamente, que la disnea, ligera al principio, se hace poco á poco más intensa

para llegar á los accesos de sofocación violentos y frecuentes, que estos síntomas no se acompañan de gran elevación de temperatura (38°-38.5); en las laringitis morbillosas verdaderas, la voz no se apaga del todo, la tos es siempre sonora. La disnea en lugar de subir progresivamente es de golpe muy violenta y casi no aumenta más. Los accesos de sofocación son poco frecuentes y si existen se amenguan al repetirse; además, en lugar de producirse en un período avanzado de la enfermedad, después de una disnea creciente, ellos sobrevienen en cualquier período, aún en su comienzo.

A pesar de estas diferencias que aparentan ser fáciles de percibir, hay casos, en que el diagnóstico clínico es absolutamente imposible—por que no es prudente esperar la evolución que lo definiera—y en los que el examen bacteriológico es el único capaz de sacar de dudas.

Adenopatía branqueo-bronquial.—Puede dar disnea, tiraje, pero estos síntomas duran semanas, sobrevienen por crisis, además se acompañan de cornaje á predominio espiratorio y la tos suele ser coqueluchoidea.

Los síntomas peculiares suele terminar con la diferenciación.

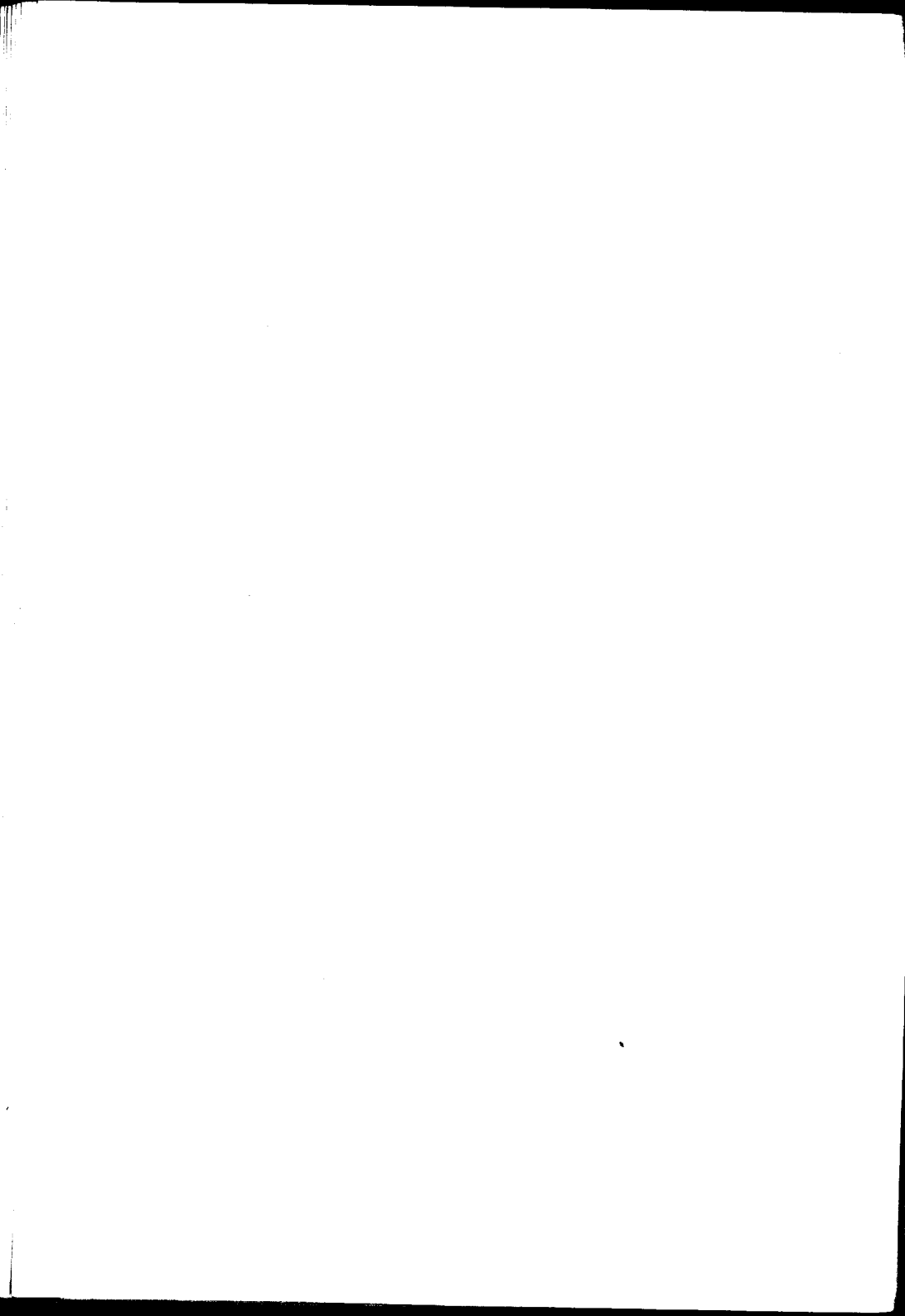
La hipertrofia del timo.—Suele dar disnea, cornaje, que se extiende á los dos tiempos respiratorios con maximum inspiratorio.

En la laringitis morbillosa, por el contrario, la expi-

ración puede ser libre y no se acompaña de cornaje tan marcado.

El absceso retro-faríngeo.—Provoca disnea y tiraje, que pueden imponerlo por accidente laringeo, pero se hará el diagnóstico por los síntomas siguientes: la voz está modificada, es gangosa, gutural (crie de canard); la respiración tiene un ronquido, la deglución difícil, el cuello tumefacto; el examen de la faringe muestra el relieve de la pared, el tacto lo corrobora y descubre la fluctuación.

Estridor congénito de los mamones.—Caracterizado por una inspiración de timbre especial, se hace muy ruidosa con la menor agitación del enfermo. La simple anamnesis indicará que el mamón presentaba esa respiración desde temprano y de un modo permanente.



ANATOMIA PATOLÓGICA

Tratando de laringitis post-eruptivas del sarampión, decía Godet: «si clínicamente esas laringitis pertenecen al período de descamación, anatómicamente cabalgan sobre los períodos de erupción y descamación».

Anatómicamente las laringitis post-sarampionosas presentan dos aspectos:

1.º Laringitis que reúne los caracteres de laringitis banal. Laringitis simple, laringitis eritematosa de Coyne.

2.º Laringitis ulcerosas, cuando la mucosa violentamente inflamada presenta exulceraciones y ulceraciones profundas.

La laringitis simple.—No es más que una forma prolongada de la pre, ó co-eruptiva. Se caracteriza por el eurojecimiento y la tumefacción de la mucosa.

La cavidad laríngea al nivel de la cuerda vocal infe-

rior y ventrículo, está estrechada á causa de las lesiones ó de una exudación muco-purulenta.

Se puede constatar lesiones inflamatorias perilaríngeas siguiendo el trayecto de los vasos y de los linfáticos.

A veces el tejido perilaríngeo se inyecta y se han encontrado hasta supuraciones perilaríngeas.

Raramente el enrojecimiento de la mucosa alcanza los repliegues ariteno-epiglóticos, trayendo á ese nivel el síndrome del mal llamado edema de la glotis. Lo más á menudo se constatan lesiones inflamatorias de la epíglotis, del farinx, de los amígdalas y los signos indiscutibles de irritación traqueo-bronquial,

Las lesiones microscópicas consisten exclusivamente en una infiltración embriouaria de la mucosa con irritación glandular.

Los procesos interesan á la vez el epitelio, glándulas y dermis.

Pueden quedar intactas las células de revestimiento y conservar sus cilias, pero lo más á menudo están alteradas, su contenido se vuelve turbio, mucoso o vesiculoso, se hacen caliciformes; forman una capa más espesa que al estado normal.

En el dermis se encuentran tumefactos los foliculos linfáticos descubiertos por Coyne; un cierto número de liufocitos se aglomeran paralelamente á la basal por debajo del epitelio de revestimiento.

Las glándulas están tumefactas, sobretodo las vecinas

á las cuerdas vocales superiores y los aritenoides. La cavidad glandular llena de una substancia amorfa, coloide, encerrando células descamadas y leucocitos. La mayor cantidad de éstos da al contenido el aspecto purulento. Existe casi siempre una infiltración leucocitaria alrededor de los fondos de saco glandulares y de los conductos excretorios.

Las lesiones mencionadas de la laringitis simple se encuentran de preferencia en las coarctivas y en las que le siguen de cerca; pueden avanzar y terminar haciéndose ulcerosas, entonces realizan el tipo más común de las laringitis tardías y durables.

Laringitis ulcerosa. — Las ulceraciones son de aspecto variable, más ó menos extendidas, excepcionalmente generalizadas, ovales ó serpiginosas; se les encuentra habitualmente sobre la cuerda vocal inferior y á lo largo de la mucosa que recubre los aritenoides.

Son más ó menos profundas. Superficiales ó erosivas se ven el borde libre de la cuerda vocal inferior, no tienen límites netos. Son redondeadas y de bordes netos y más profundas, en la base del cartílago aritenoides y cara posterior del cricoides y éste puede quedar al descubierto en el fondo de la ulceración.

La patogenia de las ulceraciones sería diferente para cada caso: las erosiones se producen por simple infiltración; las otras por abscesos glandulares y como las glándulas en racimo llegan al pericondrio, se explica que éste

se inflame, se necroce y quede el cartílago al descubierto.

A estas lesiones se agrega la infiltración de los músculos, su inflamación, dando lesiones claras de miositis intersticial y atrofia gránulo-grasosa de las fibras musculares.

La laringitis ulcerosa presenta pues, lesiones especiales, sin embargo sus síntomas no se diferencian en el comienzo de aquellos de la laringitis simple.

Se podría hacer el diagnóstico de laringitis ulcerosa cuando los síntomas se prolonguen durante semanas y necesiten intervenciones repetidas.

Los autores antiguos decían que las úlceras laríngeas coincidían con el penfigo ó ulceraciones vulvares.

Cuando la laringitis ha tomado la forma clínica de una estridulosa, cuenta como ella, entre sus lesiones el mayor ó menor grado de infiltración y edema subglótico que crea por sí y con el espasmo concomitante una verdadera barreira laríngea, no solo para el aire, sino á veces para el tubo.

Las peculiaridades anatómicas de la subglótica demuestran la naturalidad del proceso patológico. Efectivamente : la mucosa subglótica presenta una red linfática muy rica, un tejido conjuntivo submucoso laxo y abundante que desliza fácilmente sobre los planos profundos y que se deja infiltrar de edema artificial por inyecciones. Este tejido celular va disminuyendo en su porción inferior, donde la mucosa se amolda sobre el esqueleto de la laringe, es decir, sobre la cara interna del ericoides.

EVOLUCIÓN

La evolución ulterior de las laringitis depende de la profundidad de las lesiones: superficiales, llegan á la curación espontánea y solamente suele quedar la voz algo ronca por poco tiempo; profundas, la curación se retarda exponiendo mientras á complicaciones bronco pulmonares graves.

Esas lesiones y su grado son difíciles de precisar desde que una sintomatología grave puede ser la expresión de lesiones leves en un terreno sumamente irritable, y más raramente lesiones graves pueden desarrollarse insidiosamente y estallar de golpe en forma ruidosa. Así suele ocurrir con ciertas complicaciones, los absesos perilaríngeos, de diagnóstico casi imposible, pues no se traducen por ninguna modificación de la región anterior del cuello, ni tumor, ni nubicundez, ni elevación térmica. El único síntoma es la dispnea con tiraje que persiste durante semanas á pesar del tubaje. Los niños se hacen tubarios. Se hace la traqueotomía secundaria y recién se vé salir el pus.

El temperamento de los niños es también un factor digno de tenerse en cuenta, siendo así que los nerviosos reaccionan fuertemente con lesiones leves, manifestándose la irritabilidad por el elemento espasmo con todas sus consecuencias.

Siempre se ha tenido y debe tenerse presente el mo-

mento de aparición de los accidentes laringeos; es un hecho adquirido que las laringitis precoces, pre y coeruptivas son por lo general más benignas que las tardías, aquellas que inician su cortejo sintomático en plena descamación ó después de ella. Se ha visto corresponder lesiones de laringitis catarral á las primeras, y ulcerosas á las segundas. Esto no quiere decir que cuando fenómenos laringeos graves estallen en la convalecencia, haya que concluir inmediatamente que se trata de laringitis ulcerosa; se han citado casos de laringitis tardías que no tenían lesiones ulcerosas y sí simplemente catarrales.

Entran en línea de cuenta las complicaciones concomitantes laringeos ó á distancia, añadiendo así, cualquiera que sean, una causa de rémora en los procesos reparadores que aseguran la curación.

Esas complicaciones son por lo general sépticas y se cuentan como tales las supuraciones laringeos y perilaringeos, la necrosis (rara) de los cartílagos y de la mucosa.

Las complicaciones á distancia, bronconeumonías, están seguramente bajo la dependencia del sarampión causal en la gran mayoría de los casos, y no se sabe hasta qué punto del tubaje ó de la traqueotomía.

El tiempo que tardan en curar las laringitis es variable: de unos cuantos días para las benignas, se hace más largo, por semanas, para la ulcerosa. Cuando ha sido necesario intubar ó traqueotomizar y aparecieron complicaciones bronco-pulmonares, estas requieren siempre la libre

entrada del aire, exigiendo por lo tanto se mantenga el tubo ó la cánula por más tiempo que el habitual.

Pronóstico.—Debe ser reservado de acuerdo con la evolución variable y porque no suelen faltar complicaciones graves.



CAPÍTULO II

TRATAMIENTO

Desde hace mucho tiempo el tratamiento médico tenía la delantera y en particular el revulsivo; así vemos que Compignac decía: «La complicación angina laringea era combatida con aplicaciones de sanguijuelas en el cuello y revulsiones diversas: vegigatorios, maniluvios y pediluvios irritantes». Semejante es la manifestación de Dechaut y otros que las consideran benignas.

Gadet de Gassicourt escribe que se terminan siempre por la curación y sin tratamiento. Perrier afirma que se curan solas y que hay que saber esperar antes de hacer la traqueotomía.

Godet, Touchart, Pizziochi piensan de un modo análogo y manifiestan que es necesario ante todo aislar el enfermo para alejar toda causa de excitación. Son más activos y

añaden que no hay que esperar que el tiraje sea excesivo para actuar con medicamentos.

Actualmente el tratamiento médico se debe utilizar en todos los casos antes de recurrir al tubaje ó á la traqueotomía.

Medicación externa.—Compresas calientes al cuello, renovadas seguidamente, y que pueden extenderse al pecho y espalda. Audent y Jaccard recomiendan compresas frías en el pecho y la espalda en las formas hiperpiréticas.

Ventosas secas; envolturas algodoadas de los miembros y del tronco alabadas por Raoult de Nancy.

Colocar el enfermo en un ambiente tranquilo con atmósfera saturada de vapor de agua.

Medicación interna.—Consiste en la administración de anti-espasmódicos y opiáceos, solos ó asociados pero siempre en dosis suficientes para obtener el efecto deseado.

Se cuentan, la antipirina, euquinina, bromurados, acónito, belladona y también la morfina.

Después que M. Lesage ha ensayado el opio en el asma y Triboulet en la coqueluche, se ha perdido el temor á la morfina. Este autor preconiza las siguientes dosis: antes de dos meses, uno á dos miligramos; hasta un año un tercio de centígramo; en el segundo año hasta medio centígramo, en el tercer año hasta dos tercios; más de tres años hasta un centígramo.

Cuidar que no haya albuminuria y que el niño no esté

deprimido, en tales casos desechar el uso de la morfina.

Estas dosificaciones, así como las que da Comby y otros clásicos, tienen la ventaja de ser una guía, pero se pueden alterar por poco, según la fortaleza y nerviosidad del enfermito.

Tratamiento quirúrgico.—Si el tiraje aumenta á pesar de todo, se debe decidir la intervención, lo más tarde posible. Ahorrar intubaciones y traqueotomías es ahorrar complicaciones bronco pulmonares funestas casi siempre.

Entendemos que no se debe esperar la extenuación del enfermito, cosa á que se llega muy pronto en los más pequeños. Debemos recordar siempre, que prolongar demasiado una espera significa la pérdida de fuerzas que le son preciosas para su defensa orgánica. Así lo entiende el Dr. Castilla y lo expresa en su tesis inaugural.

Los procedimientos á oponer á la asfixia son dos; no sangriento el uno: el tubaje; sangriento el otro: la traqueotomía. Refiriéndose á las indicaciones y ventajas de ambos ha dicho Massei: «La intubación se propone siempre con doble objeto: vencer el peligro inminente y combatir la enfermedad», y más adelante «Hay circunstancias en que la traqueotomía asegura la vida del enfermo y los cuidados consecutivos pueden confiarse á cualquiera, mientras que la intubación reclama el concurso de un especialista para el caso en que el tubo sea expulsado».

Haremos una ligera reseña histórica del tubaje y vere-

mos la evolución de los métodos y la discusión de su aplicación.

El cateterismo de la laringe era conocido por Hipócrates que lo practicaba con el objeto de restablecer momentáneamente el pasaje del aire interrumpido por variados accidentes.

Poco empleado antiguamente cayó en completo desuso desde el momento en que Aclespiades y Pablo De EGINE idearon la broncotomía, como se llamó al principio la traqueotomía, hasta tal punto que solo después de varios siglos reaparece en la literatura médica, merced á los trabajos de Desault. Este sabio demostró, en 1801, por una casualidad verdaderamente feliz, la posibilidad de dejar á permanencia un tubo en la laringe. Trataba un enfermo con herida en el cuello, recurrió á la sonda esofágica para alimentarlo, penetrando con ella involuntariamente en la laringe donde permaneció durante varias horas sin mayores molestias para el enfermo, y solo cuando trató de introducir alimentos se apercibió del error.

Ganó poco terreno, á pesar de los trabajos de Bichat, Chaussier Desault que idearon el tubo para remediar la asfixia del recién nacido.

En 1838, Green de Nueva York, y después Gironard, Loisseau y otros en Francia utilizaron el método para hacer llegar el medicamento á la laringe. Usaban sondas de plata cortadas en sus dos extremos por donde se introducía un porta algodón de ballena cargado de la sustancia á utilizar.

En realidad no se trataba de un tubaje sino de un cateterismo.

El verdadero método de intubación tal como se practica actualmente aparece con Buchut quien en 1858 presentó á la Academia de París una comunicacion sobre el tubaje, decía en ella :

«Es raro que una buena idea quede enteramente estéril y que ella no haga surgir otras necesarias, sea para ampliar su aplicación, sea para completar lo que encierra de útil; es así que las invenciones suceden á las invenciones y que pequeños perfeccionamientos constituyen un progreso real», Más adelante añade aún: «Las ideas se engendran las unas á las otras, y el tubo de Chaussier, aquellos de Depault y de Loisseau han generado mi pequeña cánula».

Los instrumentos que usaba Buchut eran virolas de plata cono-truncadas, de dos á tres centímetros de largo, guarnecidas de dos rodetes en su extremidad superior, separados seis milímetros el uno del otro. Estos tubos eran introducidos en la laringe por medio de sondas metálicas curvas, de diversos calibres y abiertas en sus dos extremos. Usaba también un anillo protector del índice guía, sirviendo de separador de las arcadas dentarias.

Practicado el tubaje se constataba: 1.º que la cánula desaparecía completamente en la laringe; 2.º que el borde superior estaba colocado encima de las cuerdas vocales superiores y que el juego de los aritenoides y la epiglottis no se dificultaba; 3.º que la cuerda vocal superior

se insinuaba entre los dos rodetes de la cánula. Hacía resaltar el autor la facilidad de practicar la intubación, la tolerancia de la laringe para el tubo y la libre expulsión de las membranas.

La «Gazette des Hopiteaux», dice refiriéndose á la discusión á que dió lugar la comunicación de Buchut: «Hubo violencias é insinuaciones las más pérfidas contra un sabio que no haciendo parte de la Academia no podía responder sino fuera de lugar y de tiempo. La comunicación de Buchut fué tratada de extranjera. Había tomado la triste misión de combatir una operación eminentemente francesa. En fin una frase odiosamente interpretada por Bouvier, llevó á Trousseau á la tribuna. Aquello no fué una discusión, fué una ejecución».

Merece consignarse las palabras de Malgaigne en esta célebre discusión: «Quien sabe si el tubaje no será alguno día para el crup, lo que la litotricia para las piedras de las vejiga; os aconsejo la prudencia y rechazo toda conclusión condenatoria; no tenéis el derecho de aceptarla, pues no sabéis nada, pues no podéis decir que la traqueotomía sea el único medio que oponer al crup cuando los recursos médicos están agotados. No os basáis sino sobre hipótesis que no os permiten ni aprobar, ni desechar el tubaje».

Sin embargo la resolución fué condenatoria.

Los ensayos se hicieron, fuera de Francia, para conseguir implantar el método. Por 1880, O'Dowyer médico de niños en Nueva York, constató que no había obtenido

una sola curación con la traqueotomía, é imprime un verdadero progreso al tubaje. Comienza por estudiar mediante los moldes laríngeos, la forma que debe dar al tubo y después de cinco años de trabajo presentó sus aparatos y resultados. El mismo los perfecciona, agrega un abultamiento en el centro para evitar que sea expulsado en los golpes de tos; después hizo más voluminosa la cabeza y asegura su estabilidad en el larinix. Su estudio sobre las medicaciones laríngeas le dieron una tabla que se hizo clásica.

Los tubos O'Dwyer son largos, cabezudos, con abultamiento en su cuerpo, de sección elíptica; el extremo inferior es cortado horizontalmente. Se introducen con mandrín y se pescan con extractores.

El tubaje americano es introducido en Italia como lo demuestran las monografías de Egidi; y después en Francia.

En 1895, Bayeux preconiza el uso de tubos cortos y hace ver la facilidad de la extracción por el método de la enucleación. Se introducían con mandrín.

La enucleación comprende dos tiempos: 1.º Azlar la cabeza y colocar en posición el pulgar. 2.º Acción del pulgar y descenso de la cabeza.

En el primer tiempo la mano izquierda toma la cabeza del niño, los dedos sobre el occipucio, el pulgar sobre la frente. La mano derecha de plano sobre el hombro izquierdo del niño que baja cuanto puede, los dedos rodeando la nuca, el pulgar sobre la tráquea al nivel del

borde inferior del cricoides. La pulpa del pulgar es la que debe actuar. El punto de acción se encuentra fatalmente paseando la pulpa ligeramente una ó dos veces por delante del cuello. Entonces el operador trae sus dos manos hacia él, hasta que el tronco del chico esté inclinado á 45° y enseguida levanta fuertemente la cabeza. El larinx sube, y proemine y el pulgar palpa el ventrículo del tubo á través de la tráquea.

El segundo tiempo comprende simultáneamente la acción del pulgar derecho y de la mano izquierda. El pulgar derecho apoya moderado y persistente sobre la tráquea hasta que tenga la sensación de huída del tubo; inmediatamente la mano izquierda baja con rapidez la cabeza hasta que mire el suelo. El niño escupe espontáneamente el tubo.

Este procedimiento se ha hecho clásico.

Mientras Bayeux modifica la extracción, Ferroud (1894) perfecciona el introductor. Suprime el mandrín y construye una pinza que sirve de introductor y de extractor. Los tubos semejantes á los O'Dowyer, son más livianos y para facilitar su introducción sin mandrín, corta á bisel su extremo inferior y á favor de su cara derecha.

La supresión del mandrín hace época entre los especialistas y tiene muchos imitadores. Tsakiris emplea tubos más livianos, con un ganchito en la cabeza que cabalga en la región inter-aritenoidea, y en lugar del bisel inferior los construye con un ansa mediana arredondeada.

A fines de 1897 Pérez Avendaño hace ligeras modifica-

ciones que dan un tubo más corto que el O'Dowyer, más largo que el Bayeux, más liviano que todos. El bisel inferior es tallado á favor de la cara izquierda, la cabeza es más pequeña que el O'Dowyer, y su cara superior es escabada en ebudo. Emplea una pinza para intubar y extraer cuyas ramas se separan en ángulo agudo.

Entre tanto los tubos con mandrín eran perfeccionados por Benjamín Weil, Sevestre, Collin, sin llegar á realizar su desideratum.

Actualmente, entre nosotros, los aparatos más usados son los de Froin. Son tubos de melchor dorado; ahuecada en embudo su cabeza. La misma cabeza y anillo dilatador que el O'Dowyer, terminándose por un hinchamiento traqueal corto y prolongado en ansa. Es el ansa de Tsakiris, pero recta, no inclinada, no arrendondeada sino achatada á fin de abordar las cuerdas vocales en toda su extensión. Esta forma aproximada á la anatómica permite franquear más fácilmente la hendidura glótica. El ahuecamiento de la cabeza no dificulta la deglución de los líquidos.

El introductor consta de una pinza de dos piezas que se deslizan la una sobre la otra dando una separación paralela de sus ramas. Puede servir de extractor en manos hábiles, efectuándose para ello la maniobra de la pesca del tubo.

El extractor se compone de un resorte que se aplica al índice y termina en un botoncito que coincide con el borde libre de la uña. La extracción comprende tres tiempos:

1.º se palpa la cabeza del tubo; 2.º se levanta la epiglotis, se pone vertical la falangina por sobre del tubo de manera que el botoncito entre en la luz de él; 3.º se desplaza el índice hacia la pared posterior del farinx con lo cual se engancha el botoncito en un orificio ad-hoc del tubo; basta hacer una ligera extensión del dedo para extraer el tubo.

Se puede usar con ventajas el hilo de seguridad que facilita la extracción mediante maniobras más simples.

Los alemanes han empleado frecuentemente el tubo de Trumpp. Copiados de los O'Dwyer, un poco más cortos, y contruídos de caucho. Se adaptan al eje del larinx, permiten los movimientos y no dan por consecuencia compresiones, lo que es un inconveniente de los tubos metálicos, aunque se ha exagerado mucho en ello.

A decir de Becus, el introductor es defectuoso á pesar de ser costoso y los tubos no sirven más que una sola vez. Su empleo no se ha extendido.

En 1903, Marfán se declara partidario de los tubos con mandrín; encuentra sin embargo dificultad en la extracción del mandrín rígido y también en la maniobra de Bayeux. Procura obviar las dos cosas modificando los tubos, el mandrín y la maniobra.

Los tubos: medianos, entre O'Dwyer y Bayeux; con abultamiento subventricular, de sección elíptica; la punta roma ligeramente enangostada y cortada horizontalmente.

El mandrín es elástico, consta de un tamponcito corto superior, le continúa un tallito de acero elástico incur-

vado hacia adelante que lleva en su punta otro tamponcito esférico aproximadamente, que obtura el orificio inferior del tubo y hace de mandrín.

El todo es mantenido y solidario con el extractor por intermedio de una tuerca como en los aparatos de Collin.

Para extraer el mandrín basta tirar hacia arriba unos cuantos milímetros hasta desprender el tamponcito superior; hecho lo cual, se atrae todo hacia adelante y no hay peligro de herir nada.

Insertamos la propia descripción de Marfán de su maniobra de enucleación:

«El niño á extubar acostado de vientre sobre una mesa de manera que la cabeza y el cuello sobrepasen el borde y caigan en falso. Un ayudante mantiene al niño en esa posición. El operador sostiene la cabeza con la mano izquierda aplicada sobre la frente de modo tal que su pulgar esté sobre el temporal derecho del niño y los otros dedos sobre el izquierdo. Su mano derecha abraza el cuello, el pulgar sobre la nuca, la pulpa del índice sobre la parte supra-esternal de la traquea y los otros tres dedos doblados sobre la palma. *Es la pulpa del índice de la mano derecha la que va á proceder á la expresión del tubo.* Estando el niño en posición y el médico habiendo colocado bien sus manos, la operación puede comenzar. En un primer tiempo la mano izquierda eleva la cabeza del operado, muy poco si se trata de un tubo corto, más si de uno largo; la pulpa del índice derecho se coloca entre la horquilla esternal y la extremidad inferior del

tubo, es decir inmediatamente sobre la horquilla si el tubo es largo, un poco más próximo al larinix si el tubo es corto. La pulpa del índice tiene mayor sensibilidad táctil que la del pulgar, basta pasearla apoyando dulcemente sobre la cara exterior de la traquea yendo del esternón á la laringe para que ella sienta la extremidad del tubo. Entonces la pulpa del índice se coloca inmediatamente debajo de ella.

»En un segundo tiempo, el operador baja ligeramente la cabeza del enfermo, al mismo tiempo que su índice derecho apoya un poco fuerte sobre la traquea, dirigiéndose hacia el larinix, de manera á hacer una ligera expresión más bien que una simple enucleación del tubo. Este camina hacia la garganta y luego que su cabeza ha alcanzado el istmo de las fauces, bascula bajo la influencia de su paso, penetra en la boca y cae en una cubeta colocada de antemano».

Esta maniobra ha sido practicada con éxito para los tubos Sevestre, Marfán, O'Dowyer largos, cortos, y también en los tubos á bisel de Pérez Avendaño. Con todos ellos se ha conseguido la expulsión á la primera tentativa. Con los de Froin ha resultado á la segunda ó tercera. Sabido es que se desaconsejaba hasta hoy toda maniobra externa de enucleación de los tubos sin mandrín, á bisel ó con ansa.

Como es una cualidad muy apreciable, el ser fácilmente enucleable, Renault procura extraer los excelentes tubos de Froin y otros sin mandrín, por maniobras externas y

propone para ello exprimir el tubo de abajo arriba con el borde interno del pulgar aplicado sobre su extremidad inferior y no flexionando la cabeza del niño. Su técnica está descrita en Becus (loco-citado) y el autor la llama propulsión.

Hecha esta ojeada general sobre el tubaje veamos ahora su empleo en las laringitis sarampionosas.

Antes de O'Dowyer solo se empleaba la traqueotomía con pésimo resultado en las laringitis sarampionosas.

Percy Jakins (1889) relata en *British Medical Journal* un caso de laringitis post-eruptiva curada por el tubaje.

Por 1892 James Ball publica un caso análogo.

En 1894 el tubaje americano recién es alabado en Francia y su aplicación se difunde para el crup y las laringitis sarampionosas y otras, después de las discusiones habidas entre Netter, Sevestre, Ausset, que demuestran la superioridad del tubaje sobre la traqueotomía salvo casos excepcionales.

Y ya Bonain, y Pérez Avendaño (1902) lo aconsejan sin temor en el sarampión.

Marfán dice en sus lecciones (1905): «Cuando en una laringitis sobrevenida al comienzo, en el curso ó al final del sarampión, hay temor de asfixia, aconsejo tratar deliberadamente por el tubaje».

Girard en 1910 (tesis inaugural) sigue esos preceptos y defiende el tubaje haciendo ver las ventajas sobre la traqueotomía: no crea herida capaz de ser puerta de infecciones sépticas, disminuye los riesgos de la bronconeu-

monía y permite bañar los enfermos según lo preconizado por Sevestre, para quien el baño es uno de los mejores medios á oponer á la terrible complicación. Afirmo además que debe dejarse 4 días el tubo en las laringitis post-eruptivas y administrarse morfina en cada extracción.

Conociendo el tubo, la técnica de su manejo y cuidados posteriores, solo se encontrará dificultades en determinar el momento de intubar y la permanencia del tubo en la laringe.

Decíamos anteriormente que cuando el tratamiento médico no haya conjurado el peligro de la asfixia y el tiraje se muestre irreductible, había llegado el momento de intubar; pero siempre lo más tarde posible, sin esperar la extenuación de los enfermitos, que es muy temprana en los muy pequeños.

Siempre se puede colocar uno dentro de esa fórmula, cuando se trata de enfermos que se tienen en observación continua bajo el ojo avizor de personal competente; no así en los casos que llegan en estado asfíctico avanzado, en cuyas circunstancias se impone el tubaje de inmediato.

El temperamento de los niños influye para prolongar ó apresurar el momento de la intervención, y es así que los nerviosos, irritables, que son por lo común candidatos á tubarios, requieren una espera mientras se procede con una medicación sedante. En ellos predomina el espasmo como elemento de obstrucción laringea, no solamente en las laringitis morbillosas, sino también en el erup diftérico, como lo comprobó Marfán en niños que van á ser traqueo-

tomizados y bajo la anestesia disminuye á tal punto el tiraje, haciéndose dudosa la oportunidad de la intervención y llegar aún á suspenderla. La medicación opiacea ha venido á dar razón de esa patogenia en muchos casos de crup; Ausset ha ensayado con éxito el uso del pantopón, Pouticaccia el de la morfina (de 2 á 13 miligramos según la edad) y cita veinticuatro casos de crup en que se ha evitado la intubación, curados con suero y con morfina.

La permanencia del tubo está regida por las lesiones y por el espasmo. Ausset (loco citato) dice que en las laringitis en que la mucosa no está protegida por falsas membranas no se debe dejar el tubo por más de veinticuatro horas y hacer extubaciones repetidas que evitan las ulceraciones de decúbito. Sevestre es más tolerante y deja sus tubos, dos tres y cinco días en la laringe.

Por lo general se aconseja ensayar cada 24 horas la extubación que puede resultar definitiva ó prolongarse indefinidamente.

Es verdad que el tubaje prolongado puede traer ulceraciones de decúbito y es una noción corriente que un intubado durante ocho ó diez días y el tubo es negro, tiene ulceraciones, y algunos llegan hasta afirmar que el tubo puede retratar el sitio y forma de las ulceraciones.

Para alejar semejante peligro propone Bokay en los casos de ulceraciones y para propender á su curación, el uso de tubos modelo O'Dowyer-Ermold, de cuello sutil que viene á corresponder á la región ulcerada y recubierto con gelatina y alumbre. Con ese método en 626 intu-

bados solo 31 requirieron la traqueotomía secundaria. Este procedimiento ha sido usado en regular escala entre nosotros por el Dr. Abel Zubizarreta sin haber obtenido con él mayores ventajas por lo cual ha caído en desuso.

El tubaje prolongado encierra el peligro de convertir al niño en *tubario*, es decir que no puede pasar sin tubo á pesar de repetidas tentativas de extubación. En esos casos suele pasar que lesiones infraglóticas ó glóticas mantienen el espasmo ó la congestión y que el tubo retarda la curación permitiendo la formación de bridas, espolones, sinegias, etc., que llegan á constituir una barrera organizada.

Si del estudio de cada caso se adquiere la noción de que el tubo no permite el reposo del órgano sino que es un irritante, *un mal obligado*, como dice el Dr. Castilla, habrá que retirarlo en el momento preciso en que haya cedido ó desaparecido la estenosis.

En la imposibilidad de determinar con exactitud ese momento y procurando evitar los tubarios, procedemos;— como lo hace el Dr. Zubizarreta en la Sala de Observación del Hospital de Niños,—en el orden siguiente, para el tratamiento de las laringitis no diftéricas, con crup: primero, tratamiento médico adecuado, tubaje; á las 24 horas detubaje y morfina; si la laringe se vuelve á obstruir, nuevo tubaje; á las cuarenta y ocho nuevo detubaje, repitiendo el ciclo una tercera vez si fuera necesario. Si la tercera tentativa es ineficaz, se procede á la traqueotomía con tubo puesto. Sin embargo hemos repetido las tentati-

vas de detubaje consiguiendo intubaciones prolongadas, pero ha sido en casos muy especiales.

Antes de terminar este capítulo queremos referir los resultados que relata Sforza en una comunicación sobre tubaje y traqueotomía, que hiciera en Noviembre de 1909 á la Clínica Otorinolaringológica de Roma:

En 146 intubaciones por difteria laríngea hubieron 51 muertes, ó sea una mortalidad de 35 %.

En 28 traqueotomías, 11 muertos, es decir una mortalidad de 46 %.

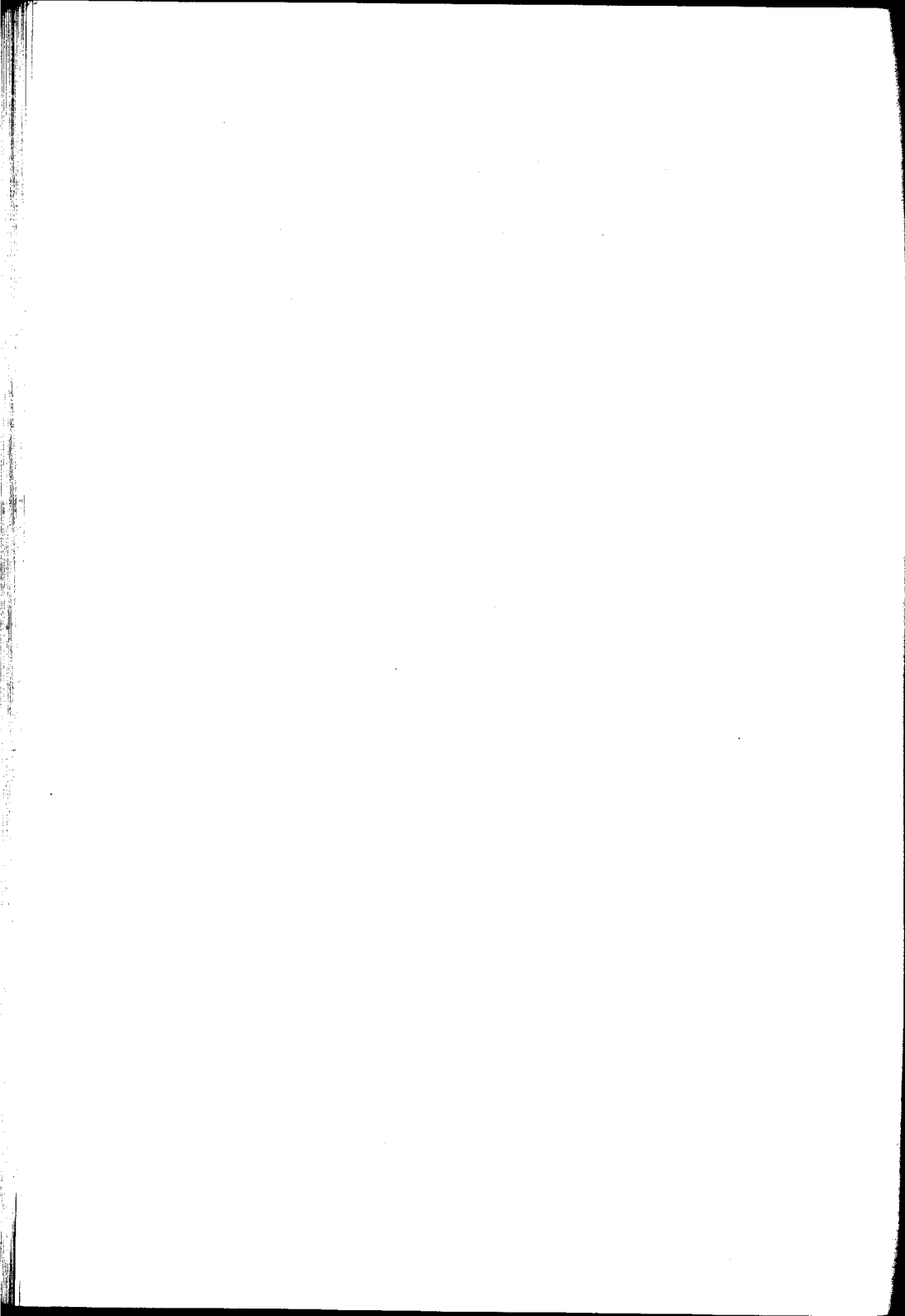
De 61 tubarios con traqueotomía secundaria, 39 muertes, ó sea 64 %.

Sobre 1.273 sarampionosos hubieron 30 intubados con 25 muertes, y 21 traqueotomizados, con 18 muertes, es decir una mortalidad global de 84 %.

Estudia las causas de tan elevada mortalidad. El primer factor es la suma gravedad en que llegan los enfermos al hospital y el segundo la bronconeumonía favorecida por el medio hospitalario.

Estas dos circunstancias se realizan entre nosotros.





CAPÍTULO III

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Las observaciones clínica núm. I, II y III, son de laringitis post-sarampionosas que se acompañaron de tiraje intenso al punto de requerir el tubaje. En cuyos enfermos no se observó en ningún momento la presencia ó la expulsión de exudados pseudo-membranosos ú otros, no obstante la atención preferente que mereciera el examen prolijo y repetido de la garganta en todos los momentos, A pesar de la elevación térmica y del tiraje, el semblante se ha conservado rosado. En ningún enfermo se ha constatado la presencia de ganglios en el cuello. Cada uno de ellos recibió como preventiva una inyección de suero antidiftérico 1.000 U. (D. N. H.)

No hubieron complicaciones y la curación se obtuvo entre trece y diez y seis días.

Las observaciones núm. IV, V, VI, VII y VIII se refieren á laringitis que han presentado una sintomatología y evolución más benigna; no se constató jamás ganglios en el cuello, ni exudados, ó la expulsión de los mismos; el tiraje intenso ó mediano, pero siempre amenazante, con la particularidad que cedió al tratamiento médico. No recibieron inyección de suero antidiftérico (solamente el núm. V). El semblante se ha mantenido rosado durante toda la evolución y la curación ha llegado en breve plazo.

En las núm. IX y Y se relatan dos casos graves; con tubaje, sin exudados en ningún momento, ni ganglios, que han evolucionado hacia la curación, habiendo recibido inyección de suero antidiftérico, 9.000 U. (D. N. H.) la primera y 5.000 unidades la segunda. Los niños han conservado mientras tanto su buen semblante.

Las cuatro restantes se refieren á laringitis post-sarampionosas y bronco-neumonía, que han evolucionado con la misma sintomatología que las anteriores con el agregado de bronco-neumonía. Todos han sido casos graves, intubados, que en las dudas, han recibido cantidades variables de suero antidiftérico y que han terminado por la muerte. En la autopsia se constata laringitis ulcerosa.

Observación I

Ida C., 2 años de edad.

Ingresa el día 23 de Septiembre de 1915.

Sala XVI, cama II. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Hace 10 días comenzó su sarampión.

Enfermedad actual.—Desde ayer con tos ruidosa, disnea y tiraje moderado.

Estado actual.—Septiembre 23. — Buen desarrollo. Buen panículo. Buen estado nutrición. Piel blanca, presenta rastro de erupción morbiliforme en sus miembros inferiores. En los superiores y tronco presenta descamación purpúrea. Angina eritematosa con enrojecimiento úvula, pilares, amígdalas, retro-farinx. No hay exudados. Facies febril, rosada.

Aparato digestivo.—Lengua saburral rosada en la punta y bordes. Mucosa bucal rojiza, vestigios fuliginosos en la mejilla izquierda.

Vientre abultado, depresible. Se palpa hígado á dos traveses de dedo del reborde costal. No se palpa bazo.

Aparato circulatorio.—Tonos normales. 132 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Disnea, tiraje moderado, ligero

cornaje, tos frecuente ruidosa; voz conservada, aguda. Sonoridad pulmonar normal. Rales sub-crepitantes diseminados.

Sistema nervioso.—Sensibilidad, motilidad, reflejos conservados. El niño presenta ligera postración.

Orina.—Prot. 177, no hay albuminuria.

Temperatura; 38° 8.

Tratamiento.—Fomentos secos al pecho y espalda. Envolturas algodonadas de los miembros inferiores. Bebida antiespasmódica y expectorante. Suero preventivo D. N. H. 1.000 unidades.

Septiembre 24.—La temperatura sube á 39°. El tiraje se hace intenso. *Se intuba.* Desaparece la disnea.

Septiembre 25.—La temperatura se mantiene en 38°. El estado general es mejor.

Septiembre 26.—Se extuba, pero es necesario reintubarla. Se continúa con equinina. La temperatura descende á 37° 5.

Septiembre 27.—Expulsó el tubo. Se hacen fomentos al cuello. Se deja tranquila. Reaparece ligera disnea, se espera. La temperatura descende á 37° 2.

Septiembre 28.—Se hace necesario reintubarla. La temperatura asciende de 39°. Queda tranquila.

Septiembre 29.—Se saca el tubo, queda tranquila. Temperatura 37°.

Septiembre 30.—Buen estado general, ligera disnea. Temperatura 37°.

Octubre 6.—De alta.

Observación II

Sala XVI, C. H. Miguel B., 4 $\frac{1}{2}$ años; ingresa el 23 de Setiembre de 1915.

Antecedentes.—Sarampión hace ocho días.

Enfermedad actual.—Desde ayer tos ruidosa, frecuente, disnea, tiraje, cefalea.

Estado actual.—Setiembre 23.—Regular estado de nutrición. Buen desarrollo. Regular pániculo adiposo. La piel blanca presenta en el dorso, pecho y abdomen ligera pigmentación post-sarampionosa. El examen de la garganta permite apreciar enrojecimiento difuso. No hay exudados.

Facies rosada, tranquila, ligeramente sudorosa, ojos despiertos.

Aparato digestivo.—Lengua rojiza, con manchones saburales. Mucosa bucal rosada, intacta.

Vientre pequeño depresible. Hígado apenas se palpa.

Aparato respiratorio.—Ligero coriza, disnea, tiraje violento, tos ruidosa, voz conservada, de tonalidad elevada, ligero cornaje.

A la auscultación ruido de estonís laríngeo propagado

y rales finos en la base derecha. Rales bronquicos diseminados.

Aparato circulatorio.—No se puede apreciar bien los tonos por el tiraje. Pulsaciones 136 por minuto.

Sistema nervioso.—Se nota agitación del enfermito, inquietud, ansiedad.

Orina.—Prot. 7186. No hay albúmina.

Temperatura: 37°5.

Tratamiento.—Fomentos secos en el pecho y espalda, pediluvios sinapizados. Bebida con bromuro, equinina, belladona. Se hace suero preventivo, 1.000 u. (D. N. H.).

Como el tiraje continúa á pesar de la medicación se hace necesario intubarlo. Desaparece la disnea casi por completo.

Setiembre 24.—Temperatura 38°. Trauquilo. Purgante.

Setiembre 25.—No hay rales finos en la base derecha. Persisten escasos rales brónquicos diseminados. Temperatura 38°. Expulsa el tubo y se hace necesario reintubarlo.

Setiembre 26.—Temperatura 37°5. Continúa intubado.

Setiembre 27.—Se saca el tubo y se reintuba.

Setiembre 29.—Se saca el tubo y queda tranquilo sin él.

Octubre 6.—Sale de alta.

Observación III

P. L., 1 año de edad. Ingresa el 8 de Noviembre 1915.

Sala XVI, cama II. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace 6 días.

Enfermedad actual.—Desde ayer con tos ruidosa, disnea y tiraje.

Estado actual.—Buenas condiciones de nutrición. Piel blanca rosada, presenta pigmentación post-sarampionosa.

Angina: enrojecimiento de los pilares, úvulas y amígdalas. No hay exudados. Facies anhelante, todavía rosada.

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Vientre abultado, depresible. Hígado: se palpa á un través de dedo del reborde.

Aparato respiratorio.—Dispnea con aleteo de nariz, tiraje intenso, ruido inspiratorio laríngeo. Llanto conservado. Tos estridente, poco frecuente.

Sistema nervioso.—Inquietud, ansiedad.

Tratamiento.—Fomentos calientes pecho y espalda, envolturas algodoadas en los miembros inferiores. Bebida con bromuro; euquinina, benzoato de soda. Por la tarde

pediluvios sinapizados. En vista de que el tiraje no cede sino que aumenta de golpe, se intuba, Mejora el estado general, disminuye la dispnea, se duerme. A las pocas horas, por la noche, expulsa el tubo y hay que reintubarlo á los pocos minutos. Temperatura 38°5.

Noviembre 9.—Continúa tranquilo con el tubo, no hay dispnea. Escasos rales bronquiales.

Noviembre 10.—Se extrae el tubo pero hay que reintubarlo. Temperatura 38°5.

Noviembre 12.—Se extrae el tubo pero hay que reintubarlo.

Noviembre 18.—La temperatura desciende á 37°. Buen estado general. Tranquilo.

Noviembre 20.—Se extuba y queda tranquilo. Temperatura 37°.

Noviembre 22.—Escasos rales subcrepitantes en el pulmón derecho. Ligero ascenso térmico. Temperatura 37°8. Purgante.

Noviembre 23.—No hay rales. Temperatura 37°.

Noviembre 24.—Se da de alta.

Noviembre 30.—Se visita en el C. E. y se constata que está en buen estado de salud.

Observación IV

F. C., 1 año. Ingresó el 13 de Agosto 1915.

Sala XVI, cama H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace ocho días.

Enfermedad actual.—Estaba pasando su sarampión cuando aparecieron fenómenos crupales de golpe.

Estado actual.—Excelente estado de nutrición. Buen desarrollo, pequeños ganglios en las axilas y en las ingles. Piel blanca, rosada, presenta rastros típicos de erupción sarampionosa en sus extremidades inferiores. Descamación furfurácea en la cara, cuello y tronco. Escasos elementos de piodermatitis en el dorso.

No hay angina. No hay exudado. Facies indiferentes, cara rosada.

Aparato digestivo.—Lengua algo descamada en los bordes y punta, saburral en el centro. Mucosa bucal rosada, sana. Vientre algo tenso. Bazo é hígado palpables, éste descendiendo dos traveses de dedo del reborde costal.

Aparato respiratorio.—Ligero coriza, tos húmeda, ron-

ca, algo sonora. Llanto conservado, agudo. Dispnea ligera. Tiraje marcado.

Escasos rales brónquicos diseminados. Se percibe el ruido de estenosis laríngea.

Aparato circulatorio.—Tonos normales, 110 pulsaciones por minuto.

Orina.—Prot. 5966. No hay albuminuria. *Temp.* 37°5.

Tratamiento.—Fomentaciones calientes pecho y espalda, envoltura algodónada en los miembros inferiores. Bebida con euquinina y bromuro de sodio. Purgante. Por la tarde se nota que el tiraje ha disminuido algo, persiste ligera dispnea. Se insiste en el mismo tratamiento y se agrega humedad y calor en la atmósfera. El niño duerme tranquilo.

Agosto 14.—El tiraje es insignificante. Persiste ligera ronquera en la tos, la voz es más clara.

Agosto 15.—No hay tiraje ni dispnea, voz clara. Buen semblante, juega, está tranquilo.

Agosto 16.—Sale de alta por tratarse de un niño que está todavía al pecho. Hemos sabido que continúa bien.

Observación V

Fanny V., 3 años. Ingresa el 12 de Septiembre 1915.
Sala XVI, N.º II. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace 13 días.

Enfermedad actual.—Desde ayer síntomas crupales. Le hicieron en la guardia 1.000 unidades de suero antidiftérico.

Estado actual.—Buen desarrollo. Buen estado de nutrición. Piel blanca, rosada, con señales de la erupción y descamación furfurácea en la cara y cuerpo.

Angina: ligero enrojecimiento pilares, amígdalas, úvula.

No hay exudados. Facies indiferente. Cara rosada, ojos despiertos. Buen semblante.

Aparato digestivo.—Labios secos rojos. Lengua rojiza y saburral en el centro con escasas exulceraciones. Dentadura en pésimas condiciones. Mucosa bucal sana, rosada.

Vientre pequeño. Hígado se palpa á dos traveces de dedo del reborde costal.

Aparato respiratorio.—Ligera disnea. Tiraje acentua-

do. Tos estridente, voz conservada, de tonalidad elevada. Pulmones bien.

Aparato circulatorio.—Tonos normales, 126 pulsaciones por minuto.

Orina.— Prot. 6826. Vestigios albúmina. Escasos cilindros.

Tratamiento.—Purgante. Fomentaciones calientes, pecho y espalda, envolturas algodónados (Botas de Simón) en las extremidades inferiores. Bebida con Euquinina, bromuro, acónito. El tiraje se mantiene estacionario por espacio de seis horas, al cabo de las cuales empieza á ceder.

Septiembre 13.—Tranquilo, muy poco tiraje. Buen semblante. Temperatura 37°2.

Septiembre 14.—No hay tiraje. Buen estado general. Temperatura 37°. Orina: normal.

Septiembre 15.—Se da de alta.

Observación VI

Carlos O., 3 años. Ingresa el 25 de Octubre de 1915.
Sala XVI, N.º II. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Hace 8 días empezó su sarampión y hace 4 la erupción correspondiente.

Enfermedad actual.—Desde hoy tos frecuente, ruidosa y fenómenos disneicos.

Estado actual.—Buen panículo. Buen desarrollo. Buen estado de nutrición. Apenas se palpan ganglios submaxilares. Piel: erupción sarampionosa en regresión y descamación furfurácea en la cara y cuello.

Angina erimatososa moderada. Sin exudado.

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Rastros fuliginosos en las encías. Manchitas grisáceas en la mejilla derecha.

Vientre abultado, depresible. Se palpa hígado á un través de dedo del reborde costal. Bazo no se palpa.

Aparato respiratorio.—Coriza mucopurulenta. Tos húmeda, ruidosa. Voz conservada, ligeramente velada, de tonalidad elevada. Tiraje y corvaje moderado.

A la auscultación se perciben rales brónquicos diseminados.

Aparato circulatorio.—Tonos normales, 116 pulsaciones por minuto.

Orina.—Prot. 8225. No hay albuminuria.

Temperatura.—37°2.

Tratamiento.—Purgante. Fomentos calientes en el pecho y espalda. Bebida Euquinina y Benzoato soda. Después se agregan fomentos al cuello.

Octubre 26.—Disminuyó el tiraje. La voz es ligeramente ronca. Temperatura 38°5.

Octubre 27.—Temperatura 37°5. La voz más clara. No hay tiraje.

Octubre 28.—Temperatura 36°8. Buen estado general.

Octubre 29.—Temperatura 36°8.

Octubre 30.—De alta.

Observación VII

José A., 9 años. Ingresa al servicio el 7 de Setiembre 1915.

Sala XVI, C. H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Acaba de pasar su sarampión.

Enfermedad actual.—Desde ayer recrudece la tos y se hace muy ruidosa. La voz está tomada pero se conserva con tonalidad elevada.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Buen desarrollo. Regular panículo adiposo. Se palpan ganglios pequeños en el cuello, axilas é ingles. Piel: presenta pigmentación post-sarampionosa y descamación furfurácea generalizada.

Ligero enrojecimiento de los pilares, úvula, amígdalas retro-farinx. Facies indiferente. Buen semblante.

Aparato digestivo.—Lengua roliza con ligera hipertrofia de las papilas. Mucosa bucal sana, rosada.

Vientre plano, depresible y elástico. Se palpa el hígado á un traves de dedo del reborde costal.

Aparato respiratorio.—Tos frecuente, algo ronca. Voz

ronca, pero puede dar sonidos altos con claridad. Ligero cornaje y muy poco tiraje.

A la auscultación se perciben escasos rales bronquiales y sibilancias diseminados.

Orina.—Prot. 6709. No hay albuminuria.

Temperatura: 37°.

Tratamiento.—Purgante. Fomentos al cuello. Bau.

Setiembre 9.—Voz clara. Escasa tos. Buen estado general. De alta.

Setiembre 15.—Vemos al enfermo en el C. E., goza de buena salud.

Observación VIII

Angel A., 7 años. Ingresó el 7 Setiembre 1915.

Sala XVI, N.º H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace ocho días.

Enfermedad actual.—Desde ayer, de golpe, tos ruidosa y fatiga.

Estado actual.—Buen desarrollo. Buen estado de nutrición. Piel: pigmentación post-sarampionosa, ligera descamación furfurácea en el tronco y cara.

Muy escasa angina eritemitosa sin exudados. Facies indiferente. Buen semblante.

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Mucosa bucal sana y rosada.

Vientre ligeramente globuloso, depresible. Hígado apenas se palpa.

Aparato respiratorio.—Tos ruidosa, frecuente, voz ronca pero no extinguida, puede dar sonidos agudos. Escaso cornaje y tiraje inspiratorio.

A la auscultación escasos rales diseminados.

Aparato circulatorio.—Tonos normales. 95 pulsaciones.

Orina.—Prot. 6371, no hay albuminuria.

Temperatura.—37°5.

Tratamiento.—Purgante. Fomentos al cuello. Bau. Bebida con Benzoatosoda, Jarabe Codeína.

Setiembre 8.—La voz es más clara. Escasa tos.

Setiembre 9.—La voz y la tos son claras. Se da de alta.

Setiembre 15.—Vemos el enfermo en el C. E., goza de buena salud.

Observación IX

C. B., 2 $\frac{1}{2}$ años. Ingresa el 26 de Julio 1915.

Sala XVI, núm. H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace ocho días.

Enfermedad actual.—Anoche empieza de golpe con tos ronca y tiraje. Es intubada por la guardia.

Estado actual.—Regular desarrollo. Escaso pániculo adiposo. La piel presenta pigmentación post-sarampiónosa extendida á todo el cuerpo pero más marcada en el tronco. Mucosas coloreadas. Angina eritematosa intensa sin exudado. Facies febril, con chapas rosadas en las mejillas.

Aparato digestivo.—Lengua húmeda, rojiza, descamada en los bordes, algo saburral en el centro. Mucosa bucal y encías rojizas.

Vientre globuloso, flácido dejando palpar el hígado á tres traveses de dedo del reborde costal. Bazo no se palpa.

Aparato respiratorio.—Coriza de regular intensidad. Poca dispeña. Está intubada. La auscultación dificultada por el ruido del tubo. Se oyen rales bronquiales diseminados.

Aparato circulatorio.—Tonos normales, 135 pulsaciones por minuto.

Orina.—Prot. 5401. No hay albuminuria. *Temp.* 39°8.

Tratamiento.—Está intubado. Se hace 3.000 u. suero D. N. H. por cuanto no hemos conocido los caracteres de la voz y de la tos á pesar de presentar un semblante rosado, y no encontrar exudado alguno. No hay ganglios.

Julio 27.—Temperatura 40°. Se inyectan 3.000 u. suero — D. N. H. Se saca el tubo y es necesario reintubarla. El examen directo de las mucosidades faríngeas extraídas con porta algodones, no revela la presencia del bacilo de Loeffler. Signos de congestión pulmonar, ventosas.

Julio 28.—Suero D. N. H. 3.000. Rales finos diseminados en ambos pulmones, respiración ligeramente soplan-te. *Temp.* 38°. Purgante.

Julio 29.—Temperatura 37°8. Persisten rales. Se saca el tubo pero es necesario reintubarlo por la tarde.

Julio 30.—Temperatura 37°5. Persisten rales. Se saca el tubo y queda tranquila sin él.

Agosto 4.—Aparece urticaria sérica en las piernas.

Agosto 7.—Temperatura 36°8. Pulmones limpios.

Agosto 9.—De alta.

Observación X

Higinio J., 3 años. Ingresa el 16 Octubre 1915.

Sala XVI, N.º H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión, hace doce días.

Enfermedad actual.—Desde hace tres días con disnea, tos ruidosa, voz conservada, de tonalidad elevada, y gran tiraje. Se intuba en la guardia y le hace inyección de suero antidiftérico 5,000 u. (D. N. H.).

Estado actual.—Desarrollo normal. Escaso panículo adiposo. Piel rosada, se percibe apenas un tinte atigrado post-sarampionoso. Descamación furfurácea generalizada. Hay ganglios palpables retro-mastoideos, pero hay lesiones impetiginizadas en el cuero cabelludo,

Enrojecimiento difuso de la garganta, no hay exudados, (ni los expulsó en el curso ni después del tubaje).

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Mucosa bucal rosada. Vientre ligeramente globuloso, no se palpa hígado ni bazo.

Aparato circulatorio.—Taquicardia, 148 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Tos escasa. Está intubada. Escasa disnea. A la áuscultación ruido propagado del tubo; rales brodquiales diseminados.

Orina.—Prot. 7957. No hay albuminuria.

Temperatura.—37°. Por la tarde 38°.

Tratamiento.—Fomentos secos, pecho y espalda. Bebida expectorante.

Octubre 18.—Temperatura 37°. Se extuba pero hay que reintubarlo.

Octubre 21.—Respiración ligeramente soplante. Rales subcrepitantes diseminados. Temperatura 38°. Ventosas.

Octubre 22.—Se saca el tubo pero hay que reintubarlo. Temperatura 37°5. Pocos rales.

Octubre 23.—Temperatura 37°. No hay rales.

Octubre 24.—Se saca el tubo pero se reintuba.

Octubre 26.—Expulsa el tubo y se queda tranquilo sin él.

Octubre 29.—De alta.

Observación XI

Claudio L., 2 años y medio. Ingresa el 1.º Julio 1915.

Sala XVI. Cama II. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Hace cuatro días terminó de brotar su sarampión y empezó cornaje, tiraje y disnea.

Enfermedad actual.—Hace cuatro días con tos fuerte, estridente, voz ronca, tiraje que aumenta de noche y disnea.

Estado actual.—Regulares condiciones de nutrición.

Piel: restos de erupción sarampionosa en sus extremidades inferiores y tronco. Descamación furfurácea cara y cuello. Angina eritematosa discreta. Facies febril, ansiosa, rosada.

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Mucosa bucal sana. Vientre depresible. Hígado á dos traveses de dedo del reborde. Bazo no se palpa.

Aparato respiratorio.—Tos seca, ruidosa, perruna, estridente. Voz ligeramente ronca, conservada, de tonalidad elevada, á veces es clara. Cornaje inspiratorio. Tiraje violento.

A la auscultación ruido propagado de estenosis laríngea. Rales bronquiales diseminados. Rales subcrepitantes finos en ambas bases.

Aparato circulatorio. — Taquicardia 140 pulsaciones por minuto.

Sistema nervioso. — Ligera agitación y anhelación.

Temperatura: 38°.

Exudado: estafilococos. No hay Loeffler.

Tratamiento. — En vista que el tiraje es excesivo y amenazante se intuba de inmediato. Fomentos, bebida expectorante, (no expulsa membranas).

Julio 2. — *Temperatura:* 38°5.

Orina: Prot. 4655. No hay albuminuria. Persisten rales finos en las bases.

Julio 3. — Se saca el tubo pero hay que reintubarlo.

Julio 9. — *Temperatura* sube á 38°8. Se saca el tubo y se reintuba. Conglomerado de rales crepitantes en ambas bases. Suero antidiftérico 3.000 U. (D. N. H.)

Julio 10. — *Temperatura:* 39°. Sopleo tubario y rales en ambos pulmones. Diarrea mucosa, glerosa.

Julio 11. — Digitalina. Aceite alcanforado, etc.

Suero antiestreptocócico Marmorek 2.500 U.

Julio 12. — Disnea intensísima. *Temperatura:* 39°3.

Por la tarde desciende en crisis, el pulso se hace incontable. Muere.

Protocolo de autopsia. — N.° 4833. Laringitis ulcerosa. Tumefacción de la glotis y epiglotis. Hipertrofia de los ganglios intrabronquicos. Bronconeumonía. Bronquitis mucopurulenta. Pleuresía exudativa. Enterocolitis. Edema meningeo.

Observación XII

Nélida S., un año y medio. Ingresó el 25 Agosto 1915. Sala XVI. Cama H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión, hace ocho días.

Enfermedad actual.— Hace tres días con tos ruidosa, perruna. Disnea y tiraje.

Estado actual.—Mal estado de nutrición. Panículo escaso. Pequeños ganglios axilares é inguinales. Pigmentación post-sarampionosa de la piel y descamación furfurácea en el tronco.

Angina eritematosa, sin exudados.

Facies angustiosa, sudor abundante.

Aparato respiratorio.—Tos estridente, perruna, frecuente. Voz ronca, pero no extinguida es aguda. Los tonos altos son claros y nítidos, á veces se aclara. Gran tiraje que obliga á la intubación inmediata. A la auscultación se perciben focos de hepatización pulmonar en ambos pulmones, con soplo y rales conglomerados.

Aparato digestivo.—Lengua rosada, ligeramente saburral en el centro. Mucosa bucal rosada.

Vientre flácido. Hígado grande á más de dos dedos del reborde costal.

Aparato circulatorio.—Taquicardia considerable.

Sistema nervioso.—Agitación marcada.

Orina.—Prot. 1090. No hay albuminuria.

Temperatura: 37°5. Por la tarde 40°.

Tratamiento. — Intubato. Fomentaciones. Ventosas.

Aceite alcanforado. Oxígeno.

Agosto 26.—Temperatura 39°5. Inquietud. Disnea.

Agosto 27.—Temperatura 39°. Todos los focos están en pleno reblandecimiento, lo que da á la auscultación una lluvia de rales sub-crepitantes en ambos pulmones.

Digitalina.

Agosto 30.—Temperatura 40°. Disnea intensa, cianosis. Se extuba y se vuelve á intubar. Taquicardia (160).

Setiembre 4.—Prot. de autopsia núm. 6615. Laringo traqueitis exulcerosa. Bronconeumonía tuberculosa. Adenopatía traqueobronquial. Hígado grande, tuberculosis miliar del hígado. Bazo grande congestionado, enterocolitis. Edema meningeo.

Observación XIII

Ignacio L., 28 meses. Ingresa el 10 de Setiembre 1915. Sala XVI, N.º H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión hace seis días.

Enfermedad actual.—Desde ayer con tos ruidosa y voz ronca. Le hicieron en la casa 8.000 unidades de suero antidiftérico.

Estado actual.—Buen estado nutrición. Buen desarrollo. Se palpan ganglios pequeños en el cuello, axilas, ingles. Presenta erupción morbillosa que está descamando en la mitad superior del cuerpo.

Angina eritematosa intensa, puntillado del velo, no hay exudados. Ligero catarro oculo nasal. Facies sarampiñosa. Rosado. Buen semblante,

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Mucosa bucal rosada, encía eritematosas. Vientre globuloso. Se palpa hígado á dos traveses del reborde. No se palpa bazo.

Aparato circulatorio.—Taquicardia, 150 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Tos sonora, estridente; voz ron-

ca pero conservada para los agudos. Cornaje inspiratorio. Tiraje intenso que obliga á intubarlo de urgencia por la guardia. A la auscultación rales gruesos en ambos pulmones.

Sistema nervioso.—Antes del tubaje: ansiedad, después tranquilidad.

Orina.—Prot. 6813. No hay albuminuria.

Temperatura: 38°.

Tratamiento.—Intubado. Fomentos al pecho y espalda. Aceite alcanforado. Expectorante.

Setiembre 11.—Temperatura 38°5. Rales finos en la base derecha. Aumento de disnea. Depositiones mucopurulentas, verdes, abundantes.

Setiembre 12.—Foco de rales finos y soplo en el lado izquierdo. Rales conglomerados en la base derecha. Oxígeno. Se extrae el tubo y se reintuba.

Setiembre 13.—Aumenta la disnea. Empeora el estado general. Temperatura 39°5. Cianosis.

Setiembre 14.—Fallece á la madrugada.

Prot. de autopsia: núm. 6873,—Laringo traqueitis ulcerosa. Bronconeumonía. Degeneración grasa del hígado. Nefritis, enterocolitis.

Observación XIV

Elvira L., 2 años. Ingresa el 23 de Octubre de 1915. Sala XVI. Cama H. Servicio del Dr. Abel Zubizarreta.

Antecedentes.—Sarampión, hace 15 días.

Enfermedad actual.—Desde ayer, de golpe, elevación térmica, tos sonora, perruna. Voz ligeramente velada. Disnea.

Estado actual.—Buena nutrición. Buen desarrollo. No se palpan ganglios. Piel: presenta pigmentación post-sarampionosa. Descamación furfurácea generalizada. Ligero enrojecimiento de los pilares, velo y retrofarinx. Facies ansiosa. Disnea con aleteo de narices. Cara rosa la.

Aparato digestivo.—Lengua sabural, mucosa bucal rosada. Vientre globuloso. Apenas se palpa bazo. Hígado á un través del reborde costal.

Aparato circulatorio.—Taquicardia, 150 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Disnea. Tiraje intenso. Ligero cornaje inspiratorio. Tos frecuente, perruna, á veces sonora y estridente. Voz velada. Se conservan claros los

sonidos agudos. Llanto persiste de tonalidad elevada. Se intuba inmediatamente porque presenta acceso de sofocación con ligera cianosis y sudación. Queda tranquila. A la auscultación rales húmedos en ambas bases.

Temperatura: 38°, á su ingreso.

Orina.—Prot. 8173. No hay albuminuria.

Tratamiento.—Intubada. 3.000 U. Suero antidiftérico (D. N. H.) Fomentos. Bebida expectorante.

Octubre 25.—Persisten rales base izquierda. *Temperatura:* 39°.

Octubre 26.—Se extuba y reintuba. Soplo tubario y rales en la base izquierda. Rales húmedos en el pulmón derecho. Ventosas, aceite alcanforado.

Octubre 27.—*Temperatura:* 39°. Persiste el soplo.

Octubre 29.—Ventosas. Taquicardia considerable, disnea intensa, cianosis. *Temperatura:* 40°.

Octubre 30.—Empeoramiento general. Fallece por la noche.

Protocolo de autopsia.—N.º 8357: Laringo-traqueitis ulcerosa. Bronquitis purulenta. Bronconeumonía. Tumefacción turbia del hígado, nefritis aguda.

CAPÍTULO IV

COMENTARIO

Las laringitis post-sarampionosas verdaderas revisten un cuadro clínico más aproximado á la estridulosa común que al crup diftérico, pero el parecido con éste puede llegar á ser tal que un diagnóstico diferencial solo puede mantenerlo un examen bacteriológico positivo para el Loeffler. De lo contrario la duda subsiste.

Las dudas aumentan cuando se llega ante un caso avanzado en que los fenómenos asfícticos dominan la escena, y los antecedentes no se conocen. La incertinumbre en el diagnóstico no nos inhibe de acción, ésta ha de ser enérgica, porque siempre nos colocaremos en la peor posibilidad. Un exceso de actividad es casi inconcebible, mientras que una negligencia es imperdonable.

Tenemos siempre presente el ejemplo que nos diera el Profesor Penna en sus lecciones clínicas. Relataba el caso del Dr. Guillet, quien había equivocado el diagnóstico dos veces en el mismo enfermo: primero diagnosticó crup cuando era una laringitis estridulosa y más tarde diagnosticó estridulosa y se trataba de un crup diftérico. En el primer caso el uso del suero no habría sido perjudicial

bajo ningún concepto, mientras que en el segundo la falta de suero podría haber sido fatal.

El ejemplo precedente nos ahorra pues, toda explicación referente á la conducta observada en todos los casos dudosos y no dudosos; nos referimos al empleo del suero antidiftérico en todas aquellas laringitis post-sarampionosas que por la menor sospecha han recibido inyecciones de suero; algunas han sido tratadas con dosis más elevadas que las preventivas y todo porque no conocíamos los antecedentes ni el comienzo de los fenómenos laríngeos. Nos alegramos de haber procedido así, porque si bien se nota que el diagnóstico era dudoso, se ve con claridad que se ha obrado con prudencia.

Si contemplamos el conjunto del cuadro clínico y evolución de esos casos tratados con dosis más elevadas de suero, nos apercibimos que encuadran perfectamente dentro de las laringitis no diftéricas.

Hay que tener en cuenta que los enfermos se atendían en el Pabellón de Observación, donde estaban agrupados por enfermedades y como lo manifiesta Netter, la profilaxia de la difteria en el sarampión del medio hospitalario, se debe hacer á base de inyecciones preventivas de suero, y él llega hasta inyectar 500 unidades cada cuatro semanas á los sarampionosos alojados en el hospital, aduciendo que la inmunidad para la difteria se pierde muy pronto en el sarampión.

Las autopsias de los casos terminados por la muerte nos indican, entre otras, dos cosas que merecen nuestra aten-

ción: la naturaleza ulcerosa de las laringitis y la bronconeumonía como causa de la muerte.

La duración del tubaje ha variado entre cuatro y doce días. La imputación de las úlceras al tubo es improbable para los casos números 13 y 14, con 4 y 6 días de tubaje respectivamente; es más lógico admitir que las úlceras dependen del proceso inflamatorio. Para los números 11 y 12, con 11 y 9 días de intubado, la imputación es dudosa, pero verosímil, y debemos hacer constar que la permanencia prolongada del tubo ha sido exigida por la bronconeumonía concomitante.

Ésta ha aparecido después de la intubación en el núm. 14, en que mostró sus signos claros á los cuatro días. En las observaciones números 11, 12 y 13 se ha constatado la bronconeumonía, con más ó menos claridad, desde el primer día, y se ha confirmado el segundo ó tercero.

En los casos curados, la permanencia del tubo ha oscilado entre 4 y 12 días y la bronconeumonía no se ha presentado.

Para terminar diremos que de lo expuesto se deduce que es frecuente constatar laringitis post-sarampionosas no diftéricas, las cuales pueden requerir el tubaje y hacerse muy graves cuando se agrega la bronconeumonía; y, que siempre es ventajoso usar, en estas laringitis, el suero antidiftérico, toda vez que el diagnóstico sea dudoso, y de un modo preventivo y sistemático en el medio hospitalario.

AMBROSIO BARNI

Buenos Aires, Abril 17 de 1916

Buenos Aires, Abril 25 de 1916

Nómbrese al señor Académico Dr. Eduardo Obejero, al profesor extraordinario Dr. Eliseo V. Segura y al profesor suplente Dr. Martín Castro Escalada, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 9 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3102 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Dificultades para la intubación en los niños.

Eduardo Obejero

II

Peligros de la intubación en las laringitis ulcerosas.

E. V. Segura

III

Complicaciones laríngeas en el sarampión.

M. Castro Escalada

BIBLIOGRAFÍA

- Aschoff.*—Traité d'Anatomie Pathologique.
- Ausset.*—Il pantopon dello spasmo della glotte.—Rivista di Clinica e Pediatria, 1914, pág. 137.
- Brückner.*—Intubazione prolungata delle stenosi difteriche. R. C. P., 1914, pág. 283.
- Bokay.*—Cura delle ulcere da decubito della laringe.—R. C. P., 1914, pág. 459.
- Barbier.*—Determinations laringee de la rougeolle.—Revue de Medicine des Enfants, 1886, pág. 540.
- Barbier.*—Contribución a l'étude des complication de la rougeolle.—Rueff, editeur, Paris.
- Balatier.*—Laringostomie.—Maloine, editeur, 1908, Paris.
- Bonain.*—L'intubation du laring.—Paris, 1902.
- Becus G.*—Tubage et detubage, histoire critique.—Paris, 1907, T.
- Castilla C.*—Consideraciones sobre el tubaje.—Bs. As., 1912.
- Castilla C.*—Tubaros y canulares.—Revista n.º 5 del Hospital de Niños, Buenos Aires.
- Cornil et Ranvier.*—Manuel d'histologie pathologique.

Criado y Aguilar.—Nouveau metode d'intubation.—Archives de Laringologie, 1913.

Degy - Le Play.—Tubage prolongé.—Boulettin de la Societé de Pediatrie, 1905.

Demay.—L'intubation dans la Rougeolle.—Archives de Medicine de Enfants, 1904.

Demay.—Laringitis morbilleuses avec tirage intense.—A. M. E., 1901.

Ferrando.—Contribution à l'etude des laringitis soufocantes de l'enfants.—Archives de Laringologie, 1913.

Godet.—Contribution à l'etude des laringitis morbilleuses.

Garawasilis.—Inconvenients de la énucléation.—Boulettin de la Societé de Pediatrie, 1905.

Linsbauer.—Laringites pseudomembraneuses après la rougeolle.—A. M. E., 1903.

Leroux.—Croup pseudomembraneux non difterique.—B. S. P., 1907. Noviembre 19.

Mont I.—Complicaciones del sarampión, 1908. Tesis de Buenos Aires.

Marfan.—Leçons cliniques sur la difterie, 1905.

Morichau y Benchau.—Laringites soufocantes de l'enfant non difterique qui demanda le tubage.—A. M. E., 1909.

Mercier-Bellevue.—Traitement des laringites estridouleuses.—Archives International de Laringologie, 1912.

Netter.—Valeur profilactique du serum antidifterique dans la rougeolle.—A. M. E., 1903. Com. au Congres d'Hygiene à Bruxelles.

Netter.—Inconveniente du tubage.—B. S. P., 1900.

Penna.—Lecciones clinicas.—La Semana Médica, editor, 1912 en adelante.

Ponticaccia.—Morfina nelle stenosi laringea.—Rivista di Clinica e Pediatria, 1912.

Pezzini.—Stenosi da crup é morbillo.—R. C. P., 1914, página 143.

Peña y Lillo.—Paralelo entre el tubage y traqueotomía.—Buenos Aires, 1898.

Piziocchi.—Laringostenosi.—A. M. E., 1907.—R. C. P., 1907.

Perez Avendaño.—Intubación.—Buenos Aires, 1900.

Rilliet Barthez.—Traité des maladie des enfants.

Rivero Pedro.—Indicaciones del tubage fuera del crup.—Tesis de Montevideo, 1898.

Romicux.—Complication respiratoires de la rougeolle.—Paris, 1875. These.

Raodt.—Laringites pseudomembraneuses de l'enfant.—Archives de Laringologie, 1901.

Sforza.—Intubazione e tracheotomía (Atti della clinica otorinolaringologica di Roma, pagina 15, anno 1909).—R. C. P., 1912, página 227.

Sargon-Balatier-Mastier.—Traitement par la morphine des estenoses graves de l'enfant.—A. M. E., 1909.

Sbstein Schwalbe.—Tratado de medicina clínica y terapéutica.

Sargon-Bulloche.—Sur les laringites pseudomembraneuses non difteriques.—Recueil des faits.—A. M. E., 1909.

Serestre-Bonns.—Discussion sur le tubage.—A. M. E., 1899.

Triboulet-Harrier.—Laringites morbilleuses pseudomembraneuses à pneumocoques.—A. M. E.

Villarruel M.—Laringitis sub-glóticas. Tesis de Buenos Aires, 1908.

Ullom.—Laringitis catarral exigean le tubage.—Boullletin des Archives de Laringologie, 1912.

30483



