



Año 1914

Núm. 2863

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CROUP DIFTÉRICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO ALDERETE

Ex-practicante externo e interno del Hospital de Niños por concurso de examen
años 1911, 1912, 1913 y 1914.



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO "RIACHUELO"—ALMIRANTE BROWN 1076

1914

CROUP DIFTÉRICO

Año 1914

Núm. 2863

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CROUP DIFTÉRICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO ALDERETE

Ex-practicante externo e interno del Hospital de Niños por concurso de examen
años 1911, 1912, 1913 y 1914.



BUENOS AIRES

LIBRERÍA ESTABLECIMIENTO "EL HURLEO" ALMIRANTE BROWN 1076

1914

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

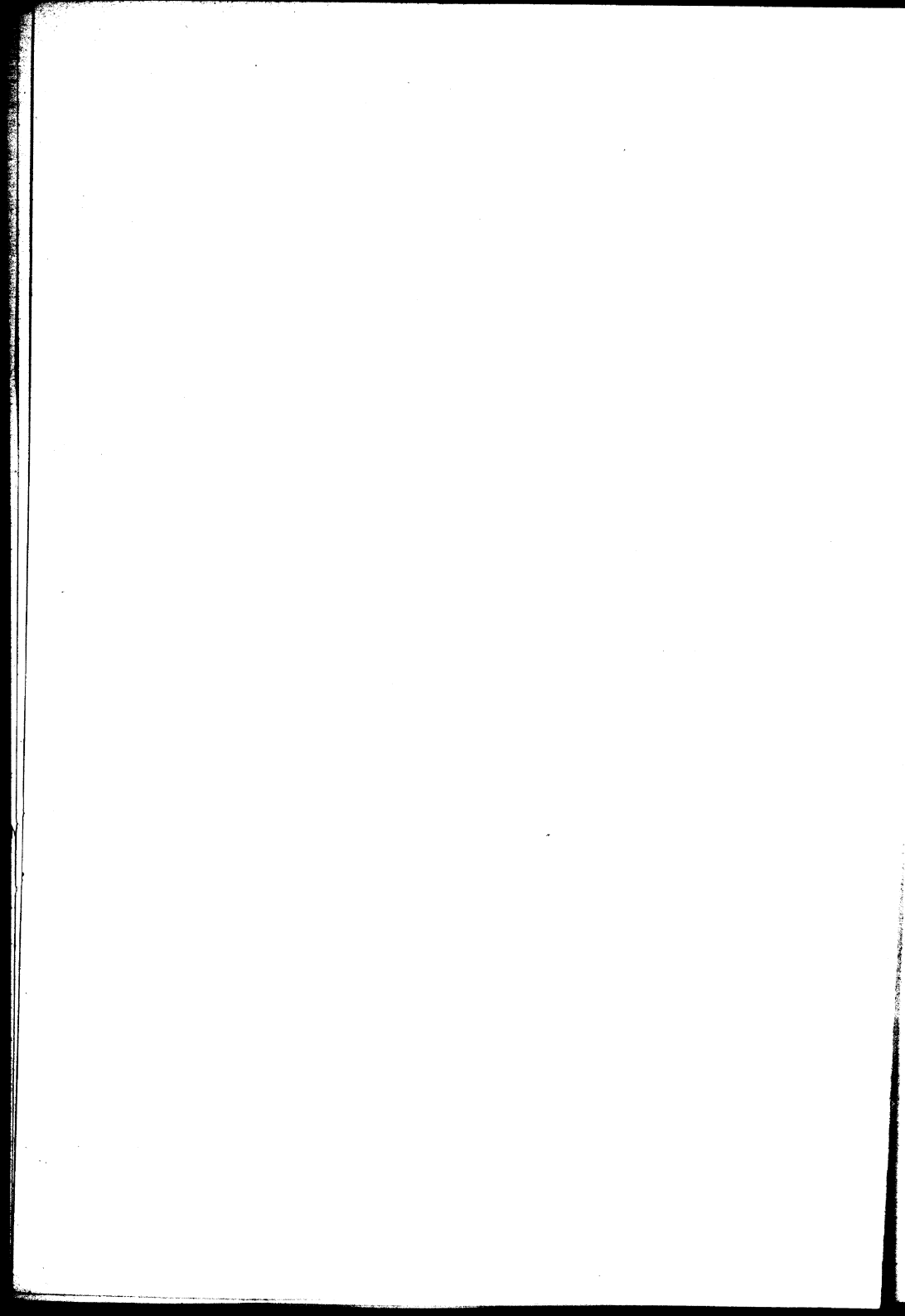
Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS

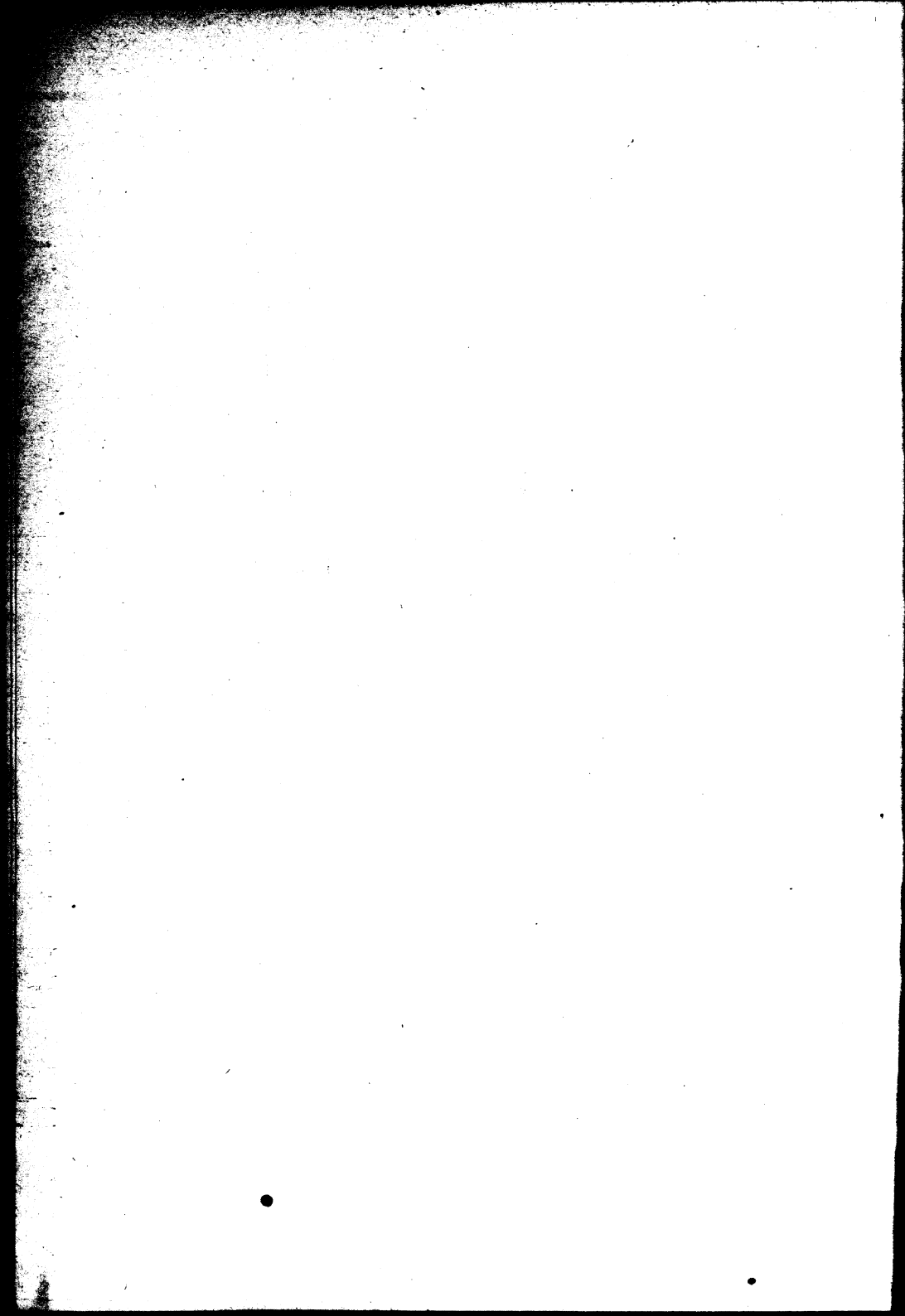


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

" " FRANCISCO SICARDI

" " TELÉMACO SUSINI

" " NICASIO ETCHEPAREBOTTA

" " EDUARDO OBEJERO

" " LUIS GÜEMES

" " ENRIQUE BAZTERRICA

" " JUAN A. BOERI (suplente)

" " ENRIQUE ZÁRATE

" " PEDRO LACAVERA

" " ELISEO CANTÓN

" " ANGEL M. CENTENO

" " DOMINGO CABRED

" " MARCIAL V. QUIROGA

" " JOSÉ ARCE

" " ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JOSÉ T. BACA

„ JUVENCIO Z. ARCE

„ PEDRO N. ARATA

„ FRANCISCO DE VEIGA

„ ELISEO CANTÓN

„ JUAN A. BOERI

ESCUELA DE MEDICINA

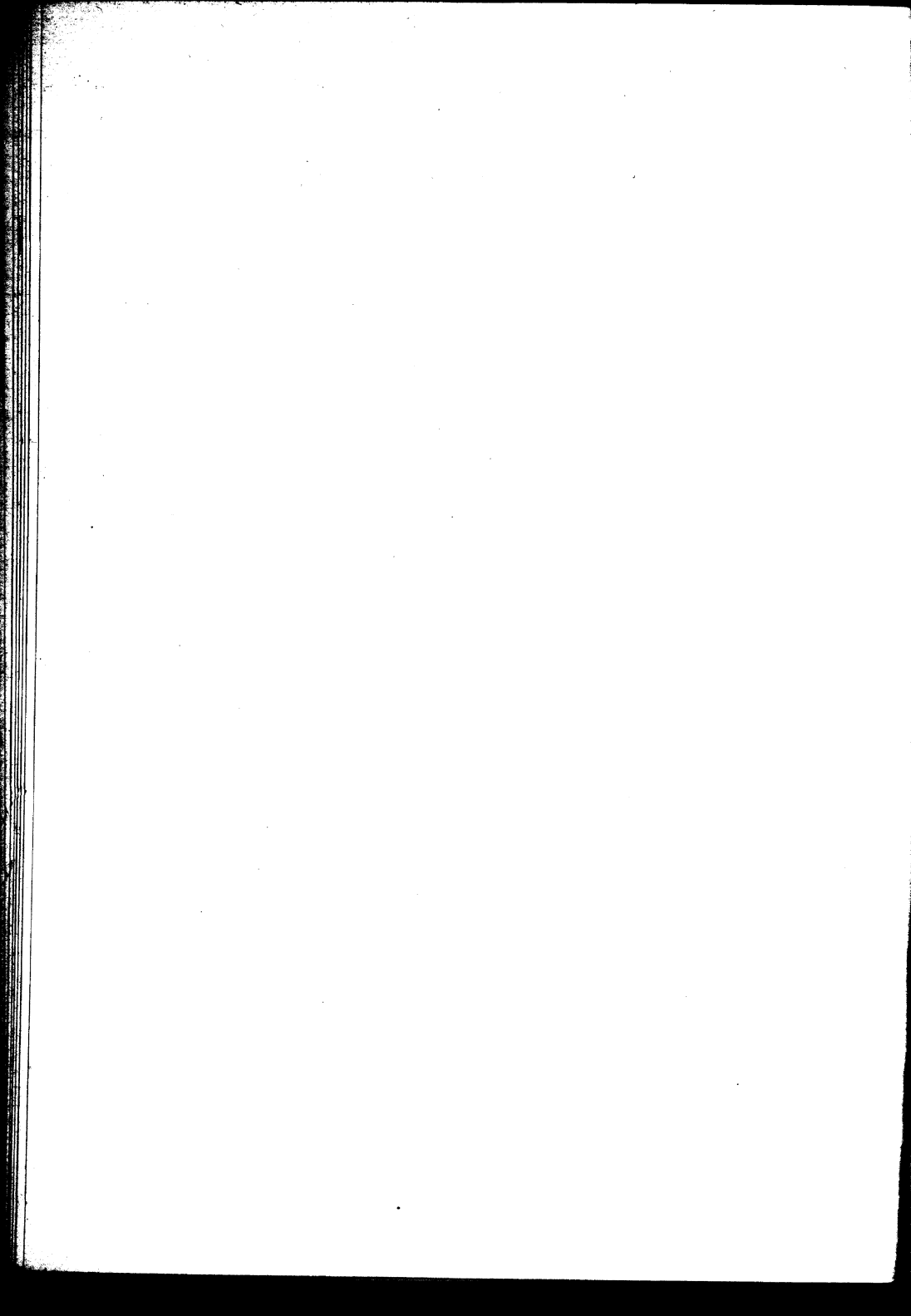
Asignaturas

Catedráticos Titulares

Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	" LUCIO DURANA
	RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	JOSE ARCE (interino)
	JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	" ATANASIO QUIROGA
Histología	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	" HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	" CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	" RICARDO SCHATZ
Sanieciología y Ejercicios clínicos .	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	" AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	" TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	" BALDOMERO SOMMER
Génito-urinaria	" PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	" JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	" JOSÉ PENNA
Oto-rino-laringológica	" EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	" MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	" PASCUAL PALMA
Oftalmológica	" PEDRO LAGLEYZE
Quirúrgica	" DIÓGENES DECOUD
Médica	" LUIS GÜEMES
Médica	" FRANCISCO A. SICARDI
Médica	" IGNACIO ALLENDE
Médica	" ABEL AYERZA
Quirúrgica	" ANTONIO C. GANDOLFO
Neurológica	" MARCELO VIÑAS
Psiquiátrica	" JOSÉ A. ESTEVEZ
Obstétrica	" DOMINGO CABRED
Obstétrica	" ENRIQUE ZÁRATE
Pediátrica	" SAMUEL NOLINA
Medicina Legal	" ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	" DOMINGO S. CAVIA
	" ENRIQUE BAZTERRICA

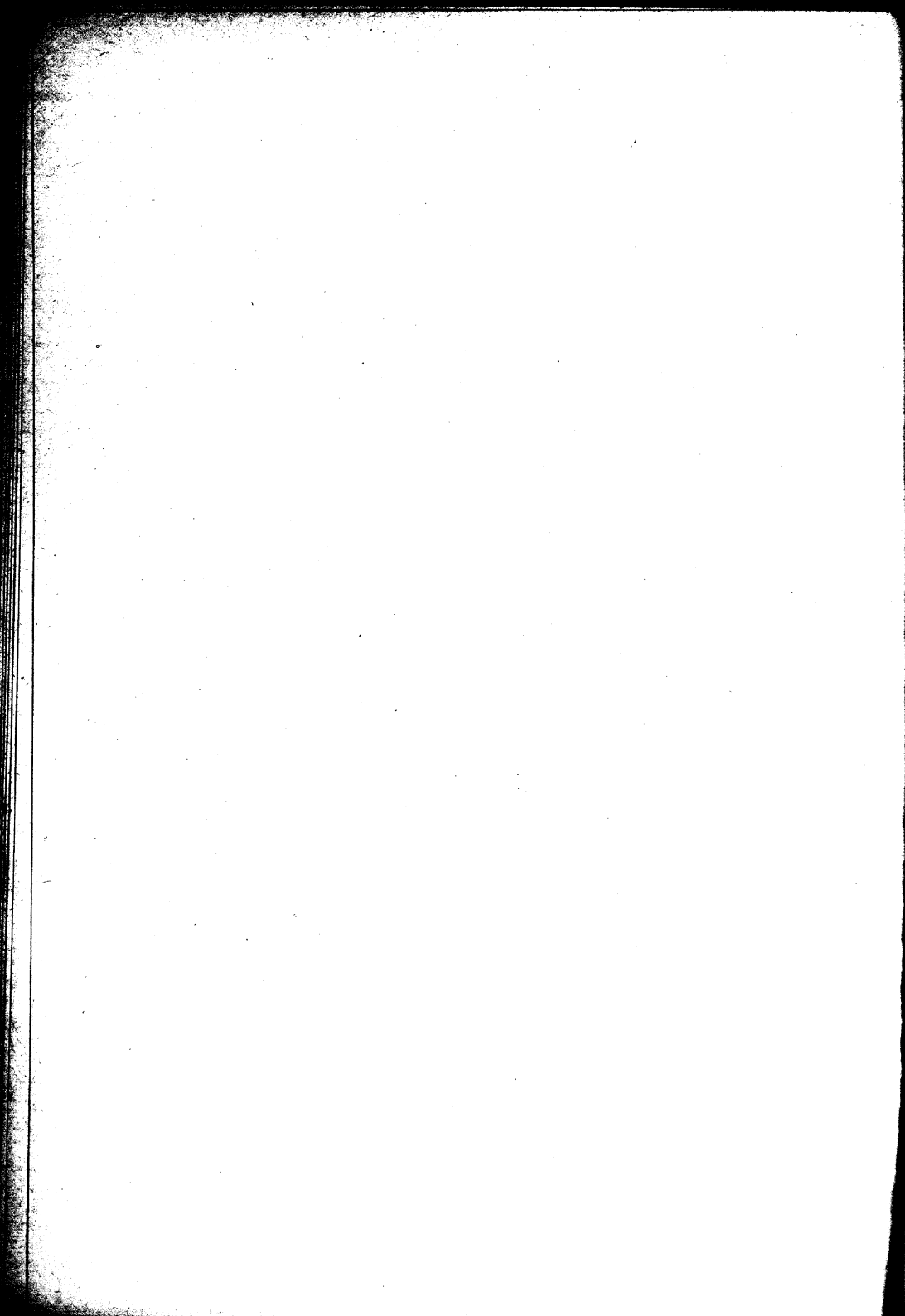
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREXWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALJANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva	" PEDRO BELOU (en ejere.)
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semeiología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Otorino-laringológica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Quirúrgica	" FERNANDO R. TORRES
" Médica	" PEDRO LABAQUI
" Pediatría	" LEONIDAS JORGE FACIO
" Ginecológica	" ENRIQUE DEMARÍA
" Obstétrica	" ADOLFO NOCETI
Medicina legal	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE (en ejere.)
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MANERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	" ALBERTO PERALTA RAMOS (en ejere.)
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" J. C. RINSO DOMINGUEZ
	" JOAQUÍN V. GNECCO

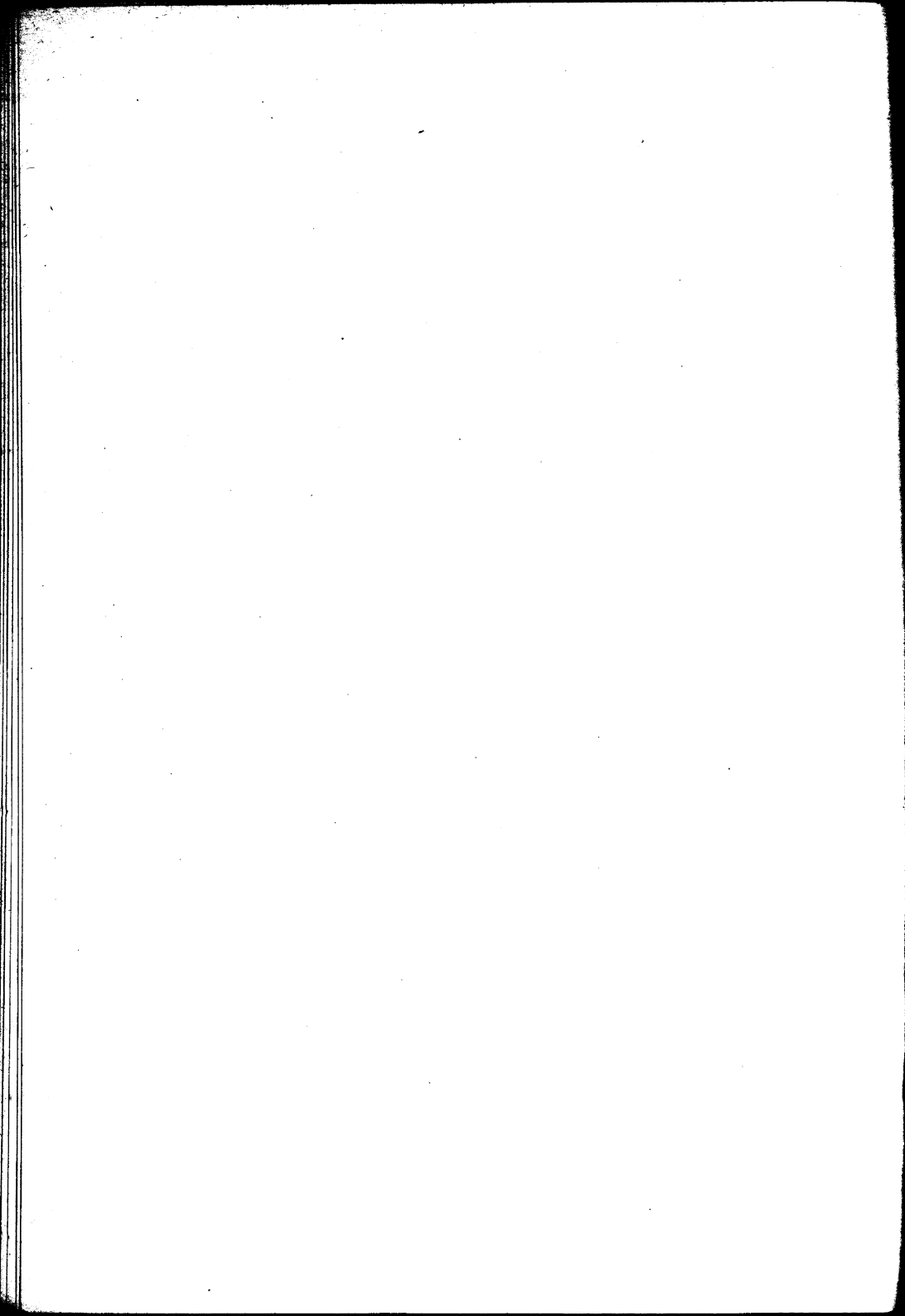


ESCUELA DE FARMACIA

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 BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK (interino)
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	„ PASCUAL CORTI
	„ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distócico y Clínica Obstétrica	
	} „ FANOR VELARDE

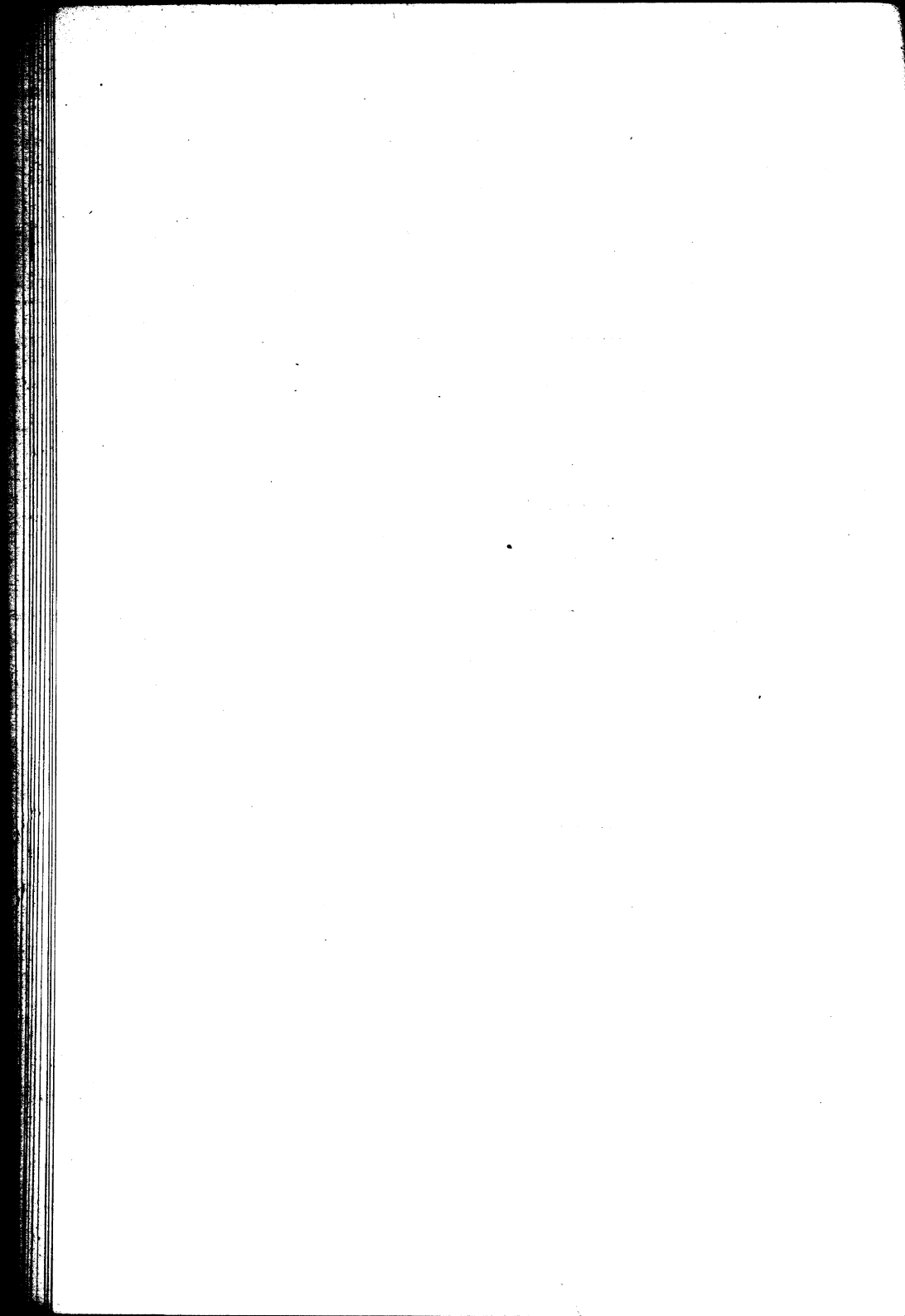
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	
	} „ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



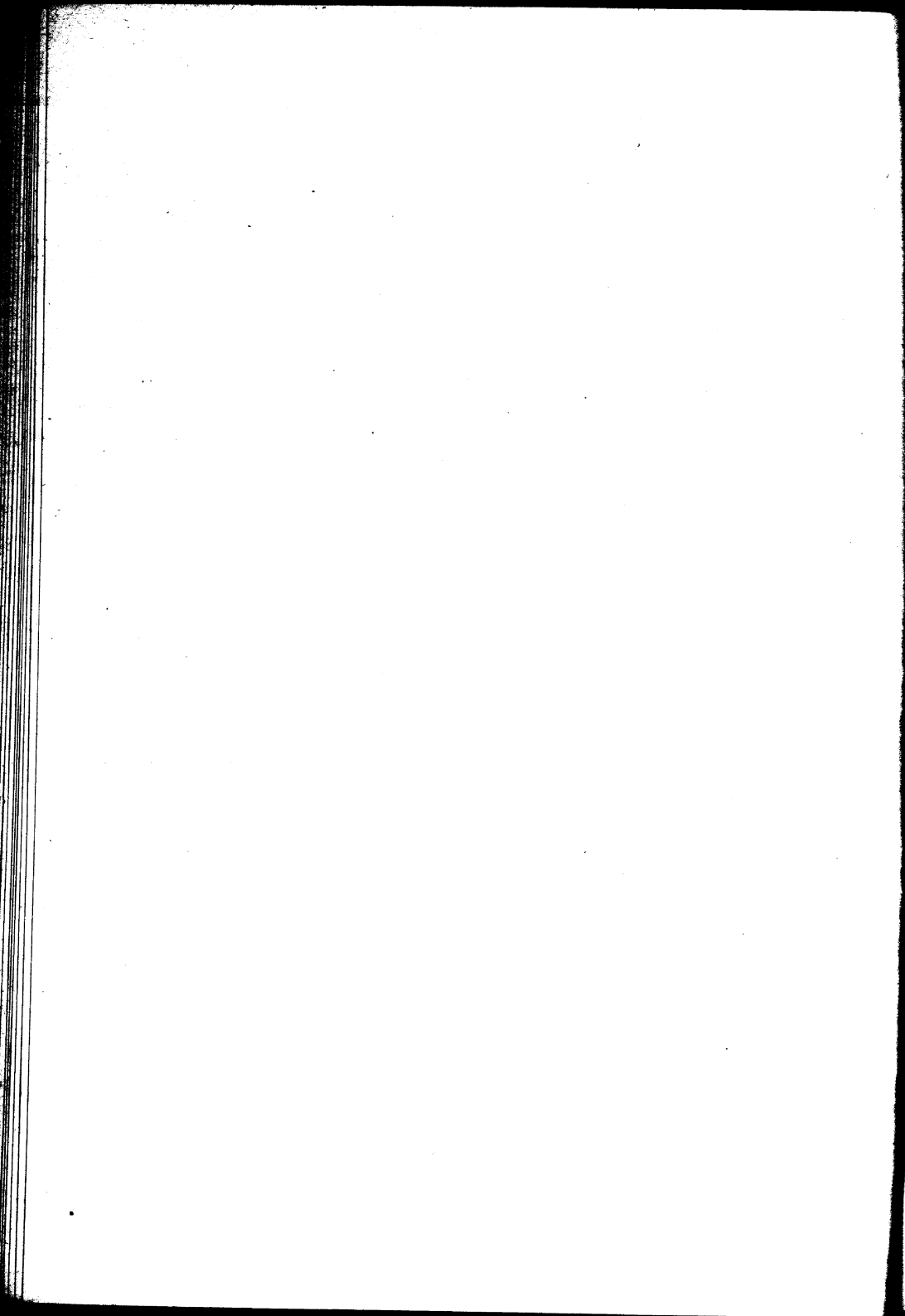
PADRINO DE TESIS:

Dr. Rómulo Cabrera

Jefe del Servicio de Difteria del Hospital de Niños

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI QUERIDO PADRE



A MIS TIAS Y HERMANAS

DOS PALABRAS

Al abordar este estudio, me guía también el propósito de llamar la atención sobre el caro tributo que la primera y segunda infancia le paga al croup diftérico, a pesar de ser esta lesión perfectamente conocida y de disponer como ninguna otra de una terapéutica tan sabia que, en el capítulo de la sueroterapia, constituye la antitoxina diftérica la página más brillante.

Un noventa por ciento de los enfermitos que ingresan al servicio de difteria del Hospital de Niños acusan un estado avanzado de intoxicación o son croup en los períodos disneico o asfíctico. Este es un hecho que revela la supina ignorancia del pueblo obrero respecto al pronóstico de la enfermedad; los síntomas iniciales le merecen tan escasa importancia que sólo los induce a emplear torpemente un tópico recomendado por el farmacéutico del barrio, con lo que consiguen traumatizar la región abriendo nuevas puertas de entrada al germen específico y perder un tiempo precioso.

¿Será que ellos temen a la anafilaxia? Parece increíble que una palabra ideada por Richet haya sido eri-

gida en fantasma a tal punto de desviar a muchos médicos de la ruta científica.

Invoco la autoridad en la materia del profesor Peña, del distinguido clínico doctor Cabrera, quienes en sus muchos años de aplicación de miles de inyecciones de suero no tuvieron nunca que lamentar la pérdida de una sola vida a consecuencia de la antitoxina.

Propalemos, pues, como una misión humanitaria y civilizadora, la heroicidad de un medicamento que sólo proporciona beneficios.

Señores: Abandono las aulas universitarias, pero llevo grabado un recuerdo de gratitud de todos vosotros, que contribuístéis a la formación de mi criterio médico.

A mis maestros y amigos del Hospital de Niños, mis reconocimientos.

Al distinguido clínico y gran caballero doctor Rómulo Cabrera, que me honra acompañándome como padrino de tesis, debo gran parte de lo que sé. Para él mis respetos y mi amistad sincera.

CAPITULO II

HISTORIA

La expresión de *croup* corresponde a un síndrome debido a la localización de la difteria en la laringe.

Su historia se remonta a la antigüedad más lejana, encontrándose sus primeras descripciones en las obras de Cappadoce al lado de las anginas.

Posteriormente y durante muchos años se olvida por completo su existencia, no escribiéndose nada al respecto hasta llegar al siglo XVI, en que las grandes epidemias que produjeron numerosas víctimas en España, Italia, Inglaterra y Francia proporcionaron a los observadores de la época la oportunidad del estudio clínico de la enfermedad, reconociéndose como su síntoma dominante la asfixia, lo que hizo dar a la lesión los nombres de *garrotillo*, *morbus strangulatorius*, *angina sofocante*; denominaciones que prueban bien la localización laríngea de la misma.

En el año 1765 el célebre autor escocés Home introduce el término *croup* a la ciencia, expresión tomada del

lenguaje corriente en su país, como sinónimo de tos ronca y ruidosa.

El autor escocés hace de ella una descripción muy exacta bajo el punto de vista clínico y la considera como una enfermedad especial de la laringe, desconociendo las relaciones que la vinculan a la difteria. De este error padecieron todos los observadores del siglo XVIII.

Preciso es llegar al siglo XIX, en que Bretonneau, con motivo de la epidemia de Tours en 1818, llegó a demostrar las relaciones de los accidentes laríngeos que caracterizan al *croup* a la difteria y al mismo tiempo el carácter específico de dicha enfermedad.

Las falsas membranas fueron vistas por muchos médicos años antes que Bretonneau y consideradas por unos como un producto inflamatorio y por otros que desconocieron su naturaleza como una exfoliación pura y simple de la mucosa de las vías respiratorias.

Las ideas de Bretonneau fueron rápidamente aceptadas y difundidas por autores de respetable autoridad científica, como Trousseau, quien se convirtió en el propalador convencido de ellas, empeñando todo su capital científico en la defensa de esta verdad, rudamente atacada por la medicina alemana.

El triunfo de las ideas de Bretonneau fué completo. La unidad patogénica del *croup* y de la *angina diftérica* era una verdad científica consagrada ya cuando Klebs, Loeffler, Roux y Yersin, con sus descubrimientos bacteriológicos, demostraron la unidad del germen, confir-

mando así las ideas enunciadas muchos años antes por el sabio francés.

Estos estudios bacteriológicos, venidos en apoyo de la observación clínica y anatómica, permitieron también reconocer en las anginas diftéricas, como en los fenómenos laríngeos del *croup*, los accidentes debidos al bacilo *Loeffler* y los producidos por otros microorganismos.

Anatomía patológica

Algunos autores describen como lesión específica del *croup diftérico* la falsa membrana.

El bacilo de *Loeffler* es el agente patógeno de las membranas fibrinosas diftéricas, pero no es el único capaz de producirlas. En efecto, existen otros microorganismos, tales como el *streptococo*, *stafilococo*, el *pneumococo* y sobre todo un pequeño *coco* que se presenta bajo la forma de un *diplococo*, que tienen esta particularidad.

La especificidad del bacilo de *Loeffler* no reside en las membranas fibrinosas sino en la toxina que elabora; hay muchos casos registrados de intoxicación por la toxina diftérica, sin la existencia previa de exudado membranososo.

Fundado en tales razones, describiré las falsas membranas como lesión dominante y no como lesión específica en la anatomía patológica del *croup*.

Cuando estas falsas membranas radican en la faringe, se encuentran constantemente expuestas a causas accidentales de infección, que producen como resultado último una modificación en su fisonomía propia. Encontrándose situadas en la laringe, y por consiguiente más alejadas de las causas de infección anotadas, presen-

tanse en el *croup* con los caracteres típicos de las falsas membranas diftéricas puras.

En tales condiciones percíbense al examen macroscópico de un color blanco cremoso, opalescente, libres de los productos pigmentarios derivados de la hemoglobina de los glóbulos rojos; algunas veces son espesas y resistentes, otras delgadas y más o menos adherentes a las anfractuosidades de la región. Estas particularidades, en lo que se refiere al grado de espesor y resistencia de las membranas, están probablemente subordinadas a la mayor o menor virulencia de los bacilos y tal vez a la mayor o menor resistencia del organismo.

La distribución de las falsas membranas es muy variable: ya forman depósitos membranosos separados los unos de los otros, o bien tales depósitos se hallan más o menos próximos simulando a simple vista un revestimiento continuo. Es una rareza que ellas formen un molde único de la laringe.

En la primera eventualidad, que es la más frecuente, las falsas membranas cubren la epiglotis, caras, bordes y base, para de allí extenderse sobre los repliegues aritenoides-epiglóticos, región de los aritenoides, ventrículos, cara superior de las cuerdas vocales y región subglótica. En la parte membranosa de la tráquea es igualmente frecuente su existencia y aún algunas veces en toda la extensión del árbol tráqueo-bronquico, lo que aumenta la gravedad del enfermo por el doble motivo:

a) que la intervención operatoria no consigue su objeto, esto es, interrumpir la asfixia; b) porque los órganos bronco-pulmonares son el punto de partida de infecciones sépticas a consecuencia de la presencia en ellos de este exudado concreto.

Siendo estas regiones ricas en mucus, las falsas membranas se lubrican constantemente, causa por la cual en el *croup* ellas se desprenden con más facilidad que las radicadas en la faringe. Esta particularidad se evidencia durante la operación del tubaje, que indefectiblemente es seguida de la expulsión de un fragmento de membrana; circunstancia feliz que ha contribuido a sentar un diagnóstico cuando clínicamente él fué imposible o dudoso.

La poca adherencia de algunas membranas determinan en los enfermos de *croup* un fenómeno especial llamado “ruido de válvula tubaria”, que es debido a la continua agitación de ellas por las corrientes aereanas inspiratorias y expiratorias.

Las falsas membranas son de naturaleza fibrinosa; esta red de fibrina está distribuída en capas estratificadas, encerrando en sus mallas células epiteliales modificadas, células linfáticas migratricés, glóbulos rojos, gran cantidad de microorganismos y en su superficie los bacilos de *Loeffler*.

Las células epiteliales se deforman, sufren una infiltración coloidea, pierden su núcleo y emiten ramificaciones en forma de astas de ciervo.

Las diferentes capas estratificadas se desarrollan a espensas de la capa correspondiente del epitelio, a cuya merced aumentan considerablemente de espesor.

La estructura de las membranas no es la misma en los diferentes períodos de su desarrollo; al principio dominan las transformaciones del epitelio, siendo la red fibrinosa escasa; más tarde la membrana es por igual fibrinosa, epitelial y purulenta; en el último período la red de fibrina es lo dominante en su estructura.

En cuanto a la mucosa cubierta por las membranas, preséntase inflamada, tumefacta, despulida, debido a la ausencia de epitelio, algunas veces sembrada de equimosis y raramente ulcerada.

Suelen añadirse a las lesiones descritas otras como ser infiltraciones edematosas de los repliegues aritenoides-epiglóticos o de la región subglótica, y la degeneración gránulo-grasosa de los músculos intrínsecos de la laringe, en especial los tiro-aritenoides; esta lesión fué descrita por Callandreaux como una particularidad de la difteria laríngea.

Etiología

El *croup* es una laringitis de naturaleza diftérica debido a la propagación a la laringe de las falsas membranas de una angina o de un coriza diftérico.

El primer caso constituye la regla y es, según la observación general, del tercero al quinto día de la angina que la laringe es invadida. Algunas veces el *croup* aparece como única manifestación de la difteria; llámasele entonces *croup d'embleé*. En este caso, si en el momento de la iniciación de los accidentes laríngeos falta la angina, no dejará de ser probable su existencia en días anteriores, en tal grado de atenuación que con una sintomatología nula pudo pasar desapercibida.

El *croup*, como la difteria, es una enfermedad endemo-epidémica y contagiosa, observada en todos los países del mundo y cuya propagación y desarrollo se encuentran subordinados a leyes inherentes al terreno las unas y a las variaciones climatéricas las otras.

EDAD.—La edad es un factor de importancia. Recorriendo las estadísticas publicadas por los servicios de la especialidad, se observa que, raro el *croup* en los primeros meses de la vida, es de máxima frecuencia entre dos y seis años, para luego decrecer hasta los doce años, más allá de los cuales es excepcional.

En el servicio de difteria del Hospital de Niños

hay sólo dos casos registrados de *croup* en edades que podríamos llamar extremas, ya que uno de los enfermitos cuenta tres meses y el otro trece años.

SEXO.—La influencia del sexo ha sido invocada por algunos autores; se ha pretendido que el *croup* era menos frecuente en el hombre que en la mujer, basándose en el mayor calibre de la laringe de los primeros. Tal proposición no es de tomarse en cuenta, ya que a la edad en que es más frecuente el *croup* no existen diferencias marcadas en el calibre del órgano fonador.

Las diferencias en el diámetro de la laringe empiezan a diseñarse en las proximidades de la pubertad, edad en que es excepcional el *croup*. El solo caso que tengo visto en ella fué un niño de trece años cumplidos y me hace desechar la influencia del sexo.

CLIMAS.—Siendo el *croup* un síndrome, debido a la localización de la difteria en la laringe, es como élla de existencia universal; pero como ella también, se observa de preferencia en los climas fríos y húmedos, y sobre todo en invierno, estación del año en que existe una plétora de enfermitos en los servicios de difteria. En nuestro país los meses más propicios para el desarrollo de esta enfermedad son mayo, junio, julio y agosto, sobre todo en los días brumosos, en los que existe mayor cantidad de vapor de agua.

Es durante esta época que se despiertan verdaderas epidemias de *croup*, revistiendo un carácter de gravedad particular y de mayor contagiosidad.

Hay otras causas que predisponen su desarrollo: el sufrimiento en días anteriores de enfermedades localizadas en las vías respiratorias, es una de ellas. En tal sentido obran el sarampión, la escarlatina y gripe; durante su evolución o al finalizar, desarróllanse algunas veces falsas membranas en el árbol tráqueo-bronquico, que terminan por propagarse a la laringe, determinando así un *croup* designado por algunos autores con el nombre de *croup ascendente*.

CAPITULO II

SINTOMATOLOGIA

Desde el momento que las falsas membranas invaden la laringe, prodúcense una serie de fenómenos que adoptan una misma forma de presentarse en todos los casos, variando tan sólo en lo que respecta a su intensidad.

Como estos accidentes laríngeos se manifiestan en grados sucesivos, desde las simples modificaciones de la voz y de la tos hasta los graves fenómenos de sofocación, fácil nos será estudiar la evolución del *croup*, agrupando sus síntomas en tres períodos:

- 1.º Período inicial o disfónico.
- 2.º Periodo disneico.
- 3.º Periodo asfético.

PERÍODO INICIAL. — A este período corresponden: alteraciones de la tos y de la voz.

La tos es la primera manifestación del *croup*; ella es debida a una irritación refleja de la laringe, causada por la presencia de las falsas membranas y al esfuerzo voluntario del enfermo para desembarazarse de la sensación de cuerpo extraño laríngeo que le ahoga. Pequeña, clara y ligera al principio, vuélvese en los

días siguientes ronca, ruidosa, para después velarse y extinguirse con el progreso de la enfermedad. Siendo esto un síntoma constante en el *croup*, no es, sin embargo, el capital, pues él es común a otras lesiones laríngeas.

La voz sufre modificaciones en su timbre y en su tonalidad; ellas suman toda la importancia en la sintomatología del período inicial del *croup*, lo que le ha valido la expresión de disfónico dada por Marfan.

Al principio clara, tórname ronca, sorda, bitonal y algunas veces multitonal; posteriormente, la voz comienza a extinguirse, llegando un momento en que toda palabra pronunciada por el enfermo es imperceptible; al mismo tiempo, la tos pierde su carácter ruidoso y disminuye en frecuencia y en intensidad. Este estado, mirado por los padres del paciente como una ligera mejoría, es, al contrario, una paso más en la progresión de la lesión, determinado por el avance de las falsas membranas hacia las cuerdas vocales.

Dichas alteraciones de la voz pueden modificarse bajo la influencia de un grito, de un esfuerzo o de un acceso de tos que produce muchas veces un desplazamiento del exudado membranoso o la expulsión de un fragmento de él.

Iguales resultados observamos doce horas después de la inyección de suero antidiftérico, por cuya acción las falsas membranas aumentan de espesor y tienden a desprenderse, favoreciendo así su expulsión.

PERÍODO DISNEICO. — Cuando la invasión de la laringe por las falsas membranas ha llegado a producir una estenosis de cierto grado, los accidentes del período inicial hacen sitio a otros fenómenos consistentes en perturbaciones de la función respiratoria.

La estenosis laríngea, dificultando la entrada del aire, produce como primera consecuencia una modificación en el primer tiempo o inspiración que vuélvese larga, penosa, sonora y serrática. La incomodidad respiratoria se hace permanente y el niño abre frecuentemente la boca haciendo llamada a el aire y pone en juego todos sus músculos respiratorios.

La expiración, libre al principio, toma, a medida que progresa la estenosis, los caracteres de la inspiración y, como ella, vuélvese larga, sonora y serrática.

En otros casos, los fenómenos respiratorios hacen su aparición de un modo brusco. Tras un acceso de tos abortada, el enfermo se debate desesperadamente en su lecho, lleva sus manos al cuello en actitud de arrancar algo que le ahoga; él es sorprendido por un acceso de sofocación de duración variable, pero nunca más de media hora.

Los movimientos respiratorios aumentan en número; la pausa que sigue a la expiración, falta.

Todos estos fenómenos son menos marcados durante el día; de noche, y durante el sueño que suspende la acción de la voluntad, hácense más intensos, observándose entonces marcada exajeración de la disnea.

Los músculos respiratorios realizan un máximo de trabajo y producen una depresión de los espacios intercostales, de la región epigástrica y hueco supra-external; este fenómeno es designado con el nombre de tiraje y es debido a la insuficiencia de la presión intratorácica en el momento donde una inspiración enérgica producida el obstáculo laríngeo impide la libre entrada del aire.

El primero en aparecer es el llamado infra-external o epigástrico, caracterizado por la retracción de la base del tórax y depresión de la pared abdominal superior, bajo la influencia de la contracción del diafragma, llevado hacia arriba por la presión negativa intratorácica y que arrastra consigo las vísceras abdominales.

Cuando las inspiraciones hácense más potentes y la entrada del aire es mínima, se produce el supra-external, caracterizado por una depresión de los huecos supra-external y supra-claviculares.

En un período más avanzado aparece el intercostal, cuya manifestación es la depresión de los espacios intercostales.

PERÍODO ASFÍCTICO.—El período asfíctico del *croup* llega progresivamente o de un modo brusco. Generalmente es espontáneo y producido por un adormecimiento que suprime momentáneamente la voluntad de luchar contra la asfixia y el sueño. Otras veces es provocado por causas las más diversas, tales como el miedo, una contrariedad, etc.

Durante este período la disnea es más intensa, el tiraje exagerado, el pulso se hace más frecuente, pequeño, irregular y las extremidades se enfrían, denunciando un estado de intoxicación avanzado. El enfermo sentado en su lecho y agarrado fuertemente a los barrotes que le rodean, con la cara cianótica y bultosa, los ojos saltados, brillantes, humedecidos por lágrimas, las pupilas dilatadas, las venas del cuello turgentes y los músculos externo-cleido-mastoides en contractura permanente, da la expresión de un hondo sufrir.

Estos accesos de sofocación se repiten con mayor intensidad si el enfermo logró sobrevivir al primero, y le conduce a un estado de agotamiento nervioso que le vuelve incapaz de luchar contra la asfixia y muere.

TEMPERATURA Y PULSO.—A los síntomas estudiados debemos agregar la temperatura y el pulso que, como fenómenos generales, acompañan al *croup*, pero que, en realidad, dependen de la enfermedad causal.

La temperatura, generalmente, es poco elevada, oscilando entre 38° a 38°8; las ascensiones por encima de estas cifras deben ser consideradas como el indicio de una complicación, salvo raras excepciones.

El pulso es frecuente y pequeño, caracteres vueltos extremos durante los accesos de sofocación; algunas veces, en el momento que se hace una inspiración enérgica, el pulso desaparece.

Diagnóstico

Hay una larga serie de enfermedades que por su sintomatología simulan el *croup*. Este hecho nos obliga a ser minuciosos en la investigación de los signos físicos y funcionales en que hemos de basar nuestro diagnóstico; conviene asimismo observar cierto método en esta tarea investigadora, si no queremos ser víctimas de una equivocación, de resultados funestos en esta enfermedad, que reclama urgentemente su sabia terapéutica.

En el servicio de la especialidad del Hospital de Niños, en presencia de un niño con síntomas de *croup*, sometemos siempre a un ligero interrogatorio a los padres del enfermito y luego procedemos al examen físico de él.

Munidos de un baja-lengua, bucamos exudado en el istmo de las fauces, en la cara superior y bordes de la epiglotis (signo de Variot); luego pasamos al examen de la nariz y palpamos los ganglios submaxilares.

Si la angina diftérica es constatada clínicamente o si faltando ésta reconocemos una rihinitis sospechada de tal, el diagnóstico de *croup* está hecho; lo robustecemos con el estudio del pulso, de la temperatura, de las facies y, por último, el examen bacteriológico del exuda-

do nos dará la palabra de confirmación a nuestro diagnóstico clínico.

Si la angina y rihinitis diftérica faltan y el signo de Variot es negativo, no debemos desechar el diagnóstico de *croup*; pensemos en un caso del llamado *croup d'emblée* y seamos más exigentes en el interrogatorio. Si de él resulta que en días anteriores el niño ha sufrido dolores en su garganta y si a la inspección constatamos alguna rubefacción de las amígdalas, por ligera que sea, consideremos estos signos como la denuncia de una angina diftérica curada, cuyos gérmenes de escasa virulencia no llegaron a producir exudado membranoso o lo produjeron en cantidad inapreciable.

Procediendo así beneficiamos grandemente al paciente, oponiéndonos a los progresos de su enfermedad.

Durante el tubaje o la traqueotomía podemos recibir la confirmación de nuestro diagnóstico, constatando la existencia de falsas membranas laríngeas o traqueales que mandamos al laboratorio para su examen.

La falta de este dato obscurece enormemente el diagnóstico; entonces procederemos por exclusión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Entre las lesiones que por su sintomatología simulan el *croup*, citaré:

CUERPOS EXTRAÑOS LARÍNGEOS. — En el servicio de difteria del Hospital de Niños hay muchos casos registrados de esta naturaleza que han sido tomados por *croup* por médicos que, alarmados por el estado de gravedad del niño, enviaron a éste para ser intubado. Es-

tos errores de diagnóstico son cometidos por omisión del interrogatorio, que reviste capital importancia en estos casos, y por falta de un examen físico-metódico.

Los cuerpos extraños suelen quedar casi siempre enclavados entre las cuerdas vocales, dato que, si es tomado en cuenta, nos lleva a hacer con el índice la palpación interna de la región. Esta maniobra de fácil ejecución no debe ser despreciada, pues es ella la que hace el diagnóstico.

ABCESOS RETROFARÍNGEOS. — Estas lesiones, situadas en la parte media e inferior de la faringe, suelen manifestarse algunas veces por síntomas que a primera vista nos pueden conducir a un error.

Los síntomas cardinales de estos abscesos son la disnea y la disfagia.

La disnea con tiraje suele ir acompañada de un ruido nasal muy particular que basta haberlo sentido una vez para distinguirlo.

La disfagia, que acompaña a la disnea, es de tanta importancia que nos lleva a la inspección y palpación del faringe.

La inspección nos enseña la región tumefacta y asimétrica; la palpación nos revela, casi siempre, la colección purulenta.

Siguiendo estos preceptos creemos imposible cometer el error y, por consiguiente, seremos oportunos en la aplicación del tratamiento.

EDEMA DE LA GLOTIS. — Rarísimos son los casos de

edema de la glotis que tenemos vistos, y en todos ellos el interrogatorio nos ha dado el diagnóstico.

Tratábase de niños que habían ingerido cáusticos o ácidos o que habían sufrido de nefritis. Si tales antecedentes faltan, debido a que los padres o encargados del niño lo desconozcan, la palpación hecha con el índice nos dará la sensación de que los repliegues ariteno-epiglóticos están voluminosos y edematizados.

LARINGITIS AGUDA. — Estas laringitis pueden observarse durante la evolución del sarampión, coqueluche, grippe y fiebre tifoidea.

Nosotros sólo hemos visto estas lesiones durante la evolución del sarampión; y a pesar de tener seguridad respecto a su naturaleza, apoyados por el examen físico y bacteriológico, hacemos una inyección preventiva de suero.

BRONCO-NEUMONIA. — Tenemos vistos muchos enfermos de bronco-neumonía cuya disnea estaba acompañada de tiraje; pero siempre él era infra-external.

El estudio de la temperatura, de regla alta, por encima de 39°, la falta de exudado en el istmo de las fauces, la ausencia de ganglios infartados al nivel del ángulo del maxilar y la auscultación y percusión de los pulmones, nos pondrán en la vía del diagnóstico, haciendo materialmente imposible la confusión con el *croup*.

ADENOPATÍA TRÁQUEO-BRÓNQUICA. — Sólo un ejemplo conocemos de que una compresión de los bronquios

por ganglios hipetrofiados haya sido confundida con un *croup*.

La compresión de la tráquea y bronquios por ganglios hipertrofiados, de cualquier naturaleza que sean, se manifiesta por síntomas funcionales y físicos que le son propios.

Los primeros en revelarse son los signos funcionales, y consisten en dolor retro-external, disnea, tiraje supra e infra-external y cornaje inspiratorio.

Los signos físicos nos son revelados por la percusión y auscultación. La percusión da una matitez al nivel del manubrio del esternón. La auscultación nos enseña disminución del murmullo vesicular en el pulmón correspondiente al bronquio comprimido y pectoriloquia áfona.

Smith da como muy precoz un signo que lleva su nombre y que consiste en un soplo venoso sentido con un estetoscopio colocado al nivel del manubrio external, mientras se lleva hacia atrás fuertemente la cabeza del enfermito; este soplo desaparece a medida que la cabeza es vuelta a su posición normal.

A todos estos signos agreguemos el largo período de evolución de la enfermedad.

Confundir un *croup con compresión* por ganglios hipertrofiados de la tráquea y bronquios es muy difícil y sólo vuelto posible por insuficiencia del examen del enfermo.

HIPERTROFIA DEL TIMO. — La hipertrofia tímica es

también una causa de estenosis en el niño; por consiguiente se impone, delante de un enfermo estenótico, establecer el diagnóstico diferencial entre la hipertrofia del timo con signos de estenosis aguda con el *croup d'emblée*, con el que puede confundirse. Naturalmente que hay signos y síntomas con los que puede establecerse una diferenciación.

Por lo que a temperatura se refiere, no hay en la hipertrofia tímica, salvo, naturalmente, que hubiese otra lesión concomitante productora de ella. El abovedamiento del tórax en su parte superior supra-external, cuando existe, es propia de la hipertrofia del timo; no tiene razón de ser en el *croup*.

El cornaje tímico se hace, del mismo modo que en el *croup*, en dos tiempos, pero con su máximo en la inspiración y durante el sueño. El cornaje y la disnea en la hipertrofia tímica aumentan con la extensión forzada de la cabeza; otras veces suele no haber tiraje o ser intermitente, paroxístico como la disnea, más de noche que de día, provocado a menudo por el esfuerzo, por el llanto y los movimientos. Los accesos disneicos, en la hipertrofia del timo, son de corta o de larga duración; caracteres estos de cornaje y disnea distintos de los del *croup*, que, como hemos dicho, el cornaje es igual en los dos tiempos, continuo y no paroxístico, como lo es también la disnea que le acompaña. El tiraje, aunque supra e infra-external, en la hipertrofia tímica se caracteriza algunas veces por ser muy disimulado el su-

pra-external o no existir, por cuanto ese espacio anatómico da cabida al timo hipertrofiado.

La adenopatía retro-maxilar y de vecindad faltan en la hipertrofia del timo, salvo en los casos de Status tímico linfáticos de Poultoft; en el *croup d'emblée* existen siempre.

Los trastornos circulatorios, unas veces ligeros, otras marcados, haciéndose visibles las venas superficiales del cuello, parte superior del tórax y cara, son más propios de la hipertrofia tímica.

El signo de Rehn no siempre es constante, aunque es también propio de la hipertrofia del timo, viéndose una masa en el hueco supra-external (cuerpo tímico) subir durante la espiración y bajar en la inspiración.

La misma percusión, aunque difícil y no siempre neta, nos da en la hipertrofia del timo una matitez de forma triangular al nivel del hueco supra-external; no así la radiografía, que, aunque no fiel, nos da una sombra, delineando el cuerpo del timo.

La voz existe o está ligeramente afectada en la hipertrofia tímica, y la afonía, con su tos ronca, amplia y de timbre bajo, es muy peculiar del *croup*.

El tubaje a que recurrimos suele servirnos para el diagnóstico diferencial por dos razones: 1.º por la no expulsión de falsas membranas en la hipertrofia tímica, y 2.º porque el enfermo no experimenta con él, sino una ligera o ninguna mejoría. Sucede al revés en el *croup*,

en que se vé la expulsión de membranas por una parte y por otra la visible mejoría que aquél experimenta.

La disfagia es también un signo de la hipertrofia del timo, aunque no siempre constante.

LARINGITIS SUBGLÓTICA. — De entre todas las lesiones que por sus síntomas nos expone a confundirlas con el *croup*, merecen ser colocadas en primera fila las laringitis subglóticas.

Perfectamente estudiadas por Guersant bajo el nombre de *falso croup* y el de *laringitis estridulosa* por Trousseau, son frecuentes en niños linfáticos de tres a seis años de edad, con tumores adenoides del faring, grandes amígdalas, granulaciones faríngeas y un estado neuropático especial. Estas lesiones coinciden muchas veces con la aparición de un grupo dentario.

La frecuencia de estas laringitis parece ser debida al hecho de que la región subglótica es la mejor desarrollada en el niño de todas las regiones en que se divide la laringe y por hallarse provista de un revestimiento laxo y fácilmente infiltrable.

Las laringitis subglóticas, precedidas de fenómenos generales, consistentes en fiebre, malestar y quintas de estos, hacen su aparición de un modo brusco, en medio de un sueño calmo y por lo general durante la noche.

El niño se despierta sobresaltado, con disnea y tiraje; la respiración es sonora, estridente, entrecortada por quintas de tos ronca y ruidosa. La voz es igual-

mente ronca, velada, pero sin llegar a extinguirse por completo como en el *croup*.

La cara es cianosa, se cubre de sudor y refleja una gran angustia.

Estos accesos de sofocación, tan semejantes a los del tercer período del *croup*, pueden repetirse en la misma noche o en las siguientes.

En el intervalo de los accesos de sofocación obsérvase que persiste una ligera disnea y que la voz y la tos se aclaran, pero guardando algo de su ronquera.

Después de dos o tres días los accidentes de sofocación desaparecen de la escena; la voz y la tos adquieren su timbre y tonalidad normales al cabo de diez días, en que el niño cura.

Como vemos, el diagnóstico diferencial con el *croup* es difícil; lo fundaremos en la falta de exudado en el istmo de las fauces y de la nariz, la ausencia de ganglios infartados sub-maxilares, la no expulsión de membranas al intubarlo, y en la ausencia del bacilo de *Loeffler* en repetidos exámenes bacteriológicos.

Pronóstico

El *croup* es una enfermedad de pronóstico sombrío:

a) Porque el organismo es el asiento de una intoxicación, causa frecuente de parálisis localizadas o generales;

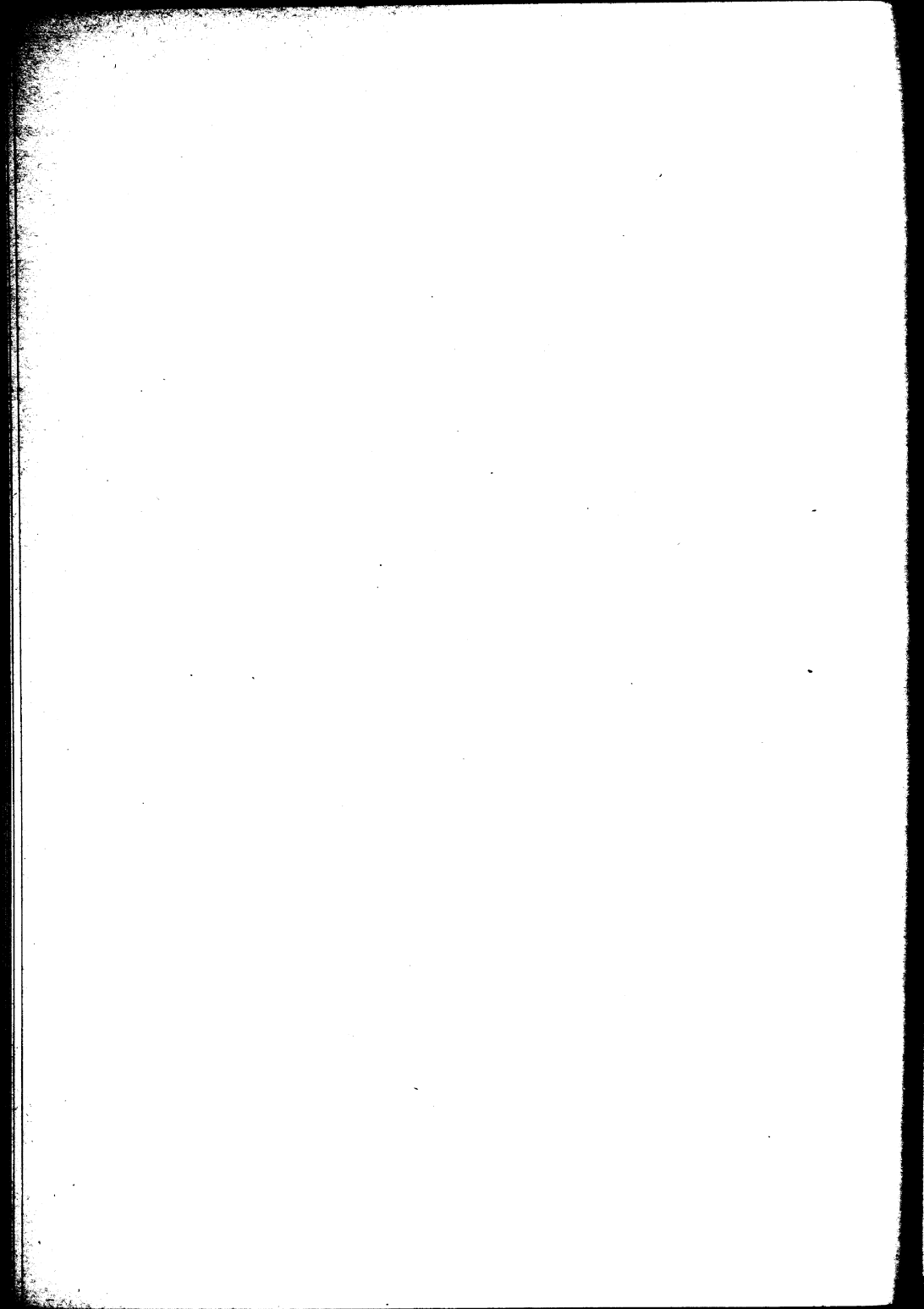
b) Por la obstrucción mecánica, productora de la asfixia;

c) Por la predisposición a las lesiones broncopulmonares;

d) Porque el terreno es favorable a las infecciones sépticas. No faltan ejemplos de niños con *croup*, con un proceso gangrenoso radicado en el cuello;

e) Por las secuelas que deja: ciertas adenitis, que son puerta de entrada a futuras lesiones (tuberculosis), y

f) Por la posibilidad de estenosis laríngeas ulteriores. Estas, dificultando la libre entrada del aire a los pulmones, la hematosis se hace defectuosa y el aparato pulmonar terreno propicio para el desarrollo de ciertas lesiones, en particular la *tuberculosis*.



CAPITULO III

TRATAMIENTO

El tratamiento del *croup* es a la vez sintomático y patogénico.

El primero comprende las intervenciones operatorias contra la asfixia: tubaje y traqueotomía.

El segundo el estudio de la sueroterapia.

TUBAJE. — Fué preconizado por Bouchut, pero el instrumental usado por él era tan imperfecto, que hizo fuera abandonado y reemplazado por la traqueotomía; retomado por O'Dwyer y gracias a la técnica imaginada por Bayeux, el tubaje se convirtió en la operación preferida contra la asfixia croupal.

Es una operación sencilla que está al alcance de cualquiera.

Antes de tentar un tubaje es conveniente tener un conocimiento práctico de la región superior de la laringe, lo que se consigue palpándola con el dedo índice; es este un detalle de importancia, pues nos evitará de caer en la faringe.

Un tubaje debe ser practicado con calma y sereni-

dad, a fin de tomar la epiglotis y dejar libre el camino al tubo; y, por último, la intubación debe ser suavemente hecha. Las maniobras bruscas y precipitadas producen falsas vías o traumatismos de menor importancia, pero que pueden ser el asiento ulterior de infecciones sépticas que agravan el *croup*.

Toda caja de tubaje consta de:

Un *abre-boca*, un instrumento llamado *introduccion*, una serie de *tubos* graduados para las diferentes edades y un instrumento llamado *extractor*. Todos niquelados, que conviene tener listos, es decir, esterilizados, y los tubos munidos de su hilo respectivo.

Numerosos son los modelos existentes hasta la fecha. En el servicio de difteria del Hospital de Niños hay algunos, pero no todos ellos se usan en la práctica diaria.

Los primeros tubos usados entre nosotros fueron los de O'Dwyer, con mandrín, hoy completamente abandonados y sólo conservados como una curiosidad.

Este modelo sólo tiene inconvenientes: es muy complicado, fácil de descomponerse, los tubos muy pesados; además, no tenemos la guía preciosa que hay en los otros, y es que, cuando están por penetrar en la laringe, el aire pasa, aunque sea en escasa cantidad, determinando un sonido.

Los modelos que usamos actualmente son los de Froin y Pérez Avendaño.

Los tubos de Pérez Avendaño los preferimos en

aquellos casos en que existe abundante exudado, por que nos parece, al menos en teoría, que es más fácil se expulse un fragmento de membrana por éstos, que cortados en bisel y con una abertura única y mayor, se continúan con las paredes de la tráquea, mientras que los de Froin, que tienen doble abertura inferior, en el ángulo que los une puede enredarse o detenerse un fragmento de esas membranas.

El intubador de Froin es bueno y cómodo para intubar niños mayores de tres años, pero presenta inconvenientes en los de menor edad. En éstos el istmo de las fauces es muy pequeño y la laringe está más elevada, de lo cual resulta que la distancia que hay estando el tubo colocado en el introductor, entre la extremidad inferior del primero y el vértice del ángulo recto que forma el aparato, es muy grande y choca a veces contra el paladar, dificultando la operación. Además, como para salvar este mismo inconveniente es necesario introducir al tubo a fondo en el introductor, una vez colocado éste en la entrada de la laringe, el dedo índice de la mano izquierda, encargado de mantener fijo el tubo, encuentra dificultades, y con mucha frecuencia, al retirar el introductor, el tubo, por no poderlo fijar el índice en la laringe, sale con él.

Teniendo en cuenta estas dificultades el Jefe del Servicio, Dr. Cabrera, ha modificado el introductor de Froin, acortando en dos centímetros la distancia que hay entre la punta que debe introducirse en el tubo y

el vértice del ángulo casi recto que hace el aparato; al mismo tiempo se le ha dado menor diámetro a la punta del introductor adelgazándolo, lo que es ventajoso, pues apenas el tubo está en el orificio laríngeo, el ruido que hace el aire nos indica la buena dirección.

Esta modificación, hecha extensiva al introductor de Pérez Avendaño, exige dos modelos para cada caja, pero queda compensado por la facilidad para intubar niños pequeños; pero aun con esta modificación ha llegado el caso de no poder intubar un niño de tres meses, cuyo istmo de las fauces excesivamente pequeño y su laringe alta no permitió la introducción del aparato con el tubo. El practicante de guardia, ante esta imposibilidad, se valió de un alambre algo grueso y fabricó a toda prisa con él un introductor que terminaba en un pequeño gancho que recibía el tubo; esta buena idea le valió un éxito y demuestra la necesidad de que la caja instrumental contara con un introductor apropiado para los niños de tan corta edad.

La caja instrumental de Froin trae para hacer extubación una especie de anillo que debe colocarse en el índice izquierdo; en la extremidad inferior de este semianillo existe un gancho doble; un lado se fija en la nuña y el otro está destinado a engancharse en una pequeña escotadura que todos los tubos tienen en su parte supero-posterior e interna.

La estubación por este procedimiento no es muy segura; por mucha práctica que se tenga se suele fra-

casar, y por otra parte no es raro el caso de herir, aunque ligeramente el paladar o la faringe.

Nosotros preferimos extubar con el introductor de Froin o de Pérez Avendaño o con la maniobra de Bayeux, siempre que el hilo haya sido roto. Pero como aun en estos casos siempre queda un pedazo de hilo de unos cinco centímetros de largo, su extracción resulta más fácil y eficaz valiéndose de una pinza larga.

TECNICA DEL TUBAJE. — La primera condición a realizar es mantener firme al enfermito. Esto se consigue envolviéndolo fuertemente con una sábana algo grande y luego colocándolo de frente en las faldas de una ayudante, que lo sujete entre sus piernas y brazos.

Mantenido así, pasamos a un segundo tiempo, que consiste en la colocación del abre boca.

Algunos niños facilitan mucho este tiempo por su docilidad; pero tratándose de niños irritables debemos valernos de un baja-lengua para vencer la resistencia que hacen ellos con los dientes.

El abre-boca debe colocarse a la izquierda y a la altura de los molares, a fin de que no incomode al dedo explorador; un ayudante lo mantendrá allí firme con una mano, mientras que con la otra sujetará la cabeza del enfermito, que deberá ser mantenida bien recta o ligeramente inclinada hacia delante. La posición de la cabeza es muy importante; otra que no sea la recomendada hará con frecuencia fracasar el tubaje, debido a la dificultad de tomar la epiglotis.

Realizados estos preliminares, comenzamos el tubaje: introdúzcase el índice izquierdo en la laringe y pálpese cuidadosamente la región de los aritenoides; luego tratemos de reconocer el orificio laríngeo, si está libre u ocupado; y siguiendo así nuestra exploración, reconocemos el orificio faríngeo, lo que nos pondrá al abrigo del peligro de caer erróneamente en él.

Después de haber explorado la región en la forma indicada, conveniente bajo todo punto de vista, por cuanto así hemos reconocido muchas veces un cuerpo extraño, un absceso retro-faríngeo, etc., procédase a tomar la epiglotis y a llevarla hacia delante, con lo que dejaremos libre la entrada de la glotis. Esta maniobra es algunas veces dificultosa, debido a que la epiglotis está enrollada hacia atrás; en tal caso, obremos con paciencia y serenamente y no pretendamos llevar adelante el tubaje hasta tanto no tengamos la epiglotis desenrollada debajo del índice. El tubo colocado en el introductor es llevado por la mano derecha hacia el istmo de las fauces, siguiendo siempre el costado derecho del índice izquierdo. Para evitar cualquiera incomodidad que pudiera ocasionar el hilo que lleva el tubo, debemos sujetarlo al dedo meñique de la mano derecha.

Llegamos a la laringe; en este momento levántese el mango del introductor, con lo que haremos bajar el tubo y caer entre los labios glóticos, traduciendo esto por un ruido especial, debido al paso del aire por el tubo. El dedo índice izquierdo abandonará la epiglotis

para ir en busca de la cabeza del tubo, al que imprimirá una ligera presión hacia abajo, lo que favorece su entrada en la laringe, y al mismo tiempo se opondrá a la salida del tubo, en el instante que sea retirado el introductor.

Terminado así el tubaje, nos cercioramos plenamente que el tubo está bien colocado, indicio de lo cual es el ruido laríngeo a través del tubo y la mejoría franca del enfermito.

Algunas veces, en el momento que queremos introducir el tubo, prodúcese un espasmo de la glotis que hace imposible el tubaje; entonces conviene esperar un corto tiempo, sin retirar el tubo, hasta que pase el accidente; nosotros recurrimos, en estos casos, a la intubación con tubos de menor calibre que los correspondientes a la edad del enfermo, y embadurnados con aceite de oliva esterilizado, que facilita su deslizamiento, o también a una sencilla maniobra que nos da buenos resultados. Ella consiste en practicar un masaje externo de la larige, que puede ser ejecutado por un ayudante, y a falta de él, por la mano izquierda del operador, abandonando la epiglotis, siempre que tenga la seguridad plena de mantenerse el tubo perfectamente colocado entre los labios glóticos.

Un tubaje es seguido, generalmente, de una evidente mejoría del estado del enfermito. En algunos ocurre, sin embargo, que una membrana ha venido a obstruir el tubo, por cuya causa la mejoría deseada no

se hace sentir; en tales casos, debemos retirar el tubo de la laringe y proceder a una nueva tentativa de tubaje.

Abandonado el tubo en la cavidad glótica, se puede retirar el hilo o conservarlo.

El primer método tiene para nosotros un grave inconveniente, y es el que sigue: en todo intubado existe el peligro de una obstrucción mecánica del tubo por falsas membranas; fuimos testigos de un caso práctico de esta naturaleza que nos obliga a abandonarlo y que paso a relatarlo:

Un niño intubado desde hace un día sufre un acceso de sofocación; considerando que el origen del accidente fuera probablemente la obstrucción del tubo por membranas, resolvimos extubarlo inmediatamente. Como el hilo había sido cortado por los dientes del enfermo, procedimos a abrirle la boca, tarea ésta que fué difícil, pues el niño, en medio de su angustia, apretaba fuertemente sus dientes; conseguimos a costa de gran trabajo vencer la resistencia que nos oponía, y extrajimos el tubo, el cual estaba totalmente obstruido por exudado concreto. Si el hilo se hubiera conservado intacto, nuestro trabajo se habría simplificado, pues con sólo tirar de su cabo externo quedaba realizada la extubación.

Este caso por demás demostrativo nos enseñó a dejar siempre el hilo fijado a un carrillo con lolodión; aun más, para umentar la resistencia del hilo de seda

que se usa, lo revestimos en el corto trayecto que corresponde a los molares con un tejido resistente, como ser el emplasto.

Este método tiene algunos inconvenientes; tales son: el someter el enfermito a la incomodidad de usar guantes en forma de bolsas o tablillas en las articulaciones de los codos a fin de evitar extubaciones voluntarias.

El inconveniente aducido de que el hilo aumenta la tos o dificulta la alimentación no existe.

La alimentación de los intubados es un punto que debe interesar. En los intubados por *croup* la regla general es que el tubo no permanezca en la laringe más de dos o tres días; entonces poco importa que la alimentación sea incompleta. Pero en algunos casos, y particularmente en las laringitis catarrales agudas, puede haber necesidad de prolongarla, y entonces puede llegar a tener grandes inconvenientes. En un principio nos concretábamos a alimentar a los enfermitos con papillas espesas, que se tragan mejor que la leche; pero desde hace algún tiempo nos hemos decidido a alimentar con la sonda a los intubados, con resultados muy satisfactorios.

Los alimentos tomados directamente provocan tos y con seguridad caen, no pocas veces, pequeñas cantidades en la tráquea, los que pueden favorecer el desarrollo de bronquitis y aun más bronconeumonias.

En cuanto al tiempo que el tubo debe permanecer

en la laringe, las opiniones varían. En el Servicio de Difteria la extubación se hace al segundo o tercer día, no faltando los casos en que los hemos hecho al quinto, sexto y aun más tarde. La guía que tenemos para esto es la marcha de la temperatura; cuando en el *croup* no existen complicaciones, especialmente bronco-pulmonares, la temperatura desciende al segundo o tercer día; hecha la extubación en esta época, no hay generalmente necesidad de reintubar; si lo contrario ocurriera, volveremos a extubar al cabo de cuarenta y ocho horas.

Pero si al *croup* se agrega una bronco-neumonía, es difícil determinar el tiempo que habrá que dejar el tubo. En estos casos nos hemos establecido esta norma de conducta: en la convicción de que la bronco-neumonía se agrava cuando la entrada del aire por la laringe es insuficiente, dejamos el tubo cuatro o seis días antes de hacer la primera tentativa de retirarlo, en cuyo tiempo calculamos que el organismo algo puede haberse habituado para luchar mejor en este triste estado. Si fracasamos y hay necesidad de reintubar, lo que es muy frecuente, no hacemos otras tentativas hasta pasados cuatro o cinco días más, y en esa forma continuamos, ocupándonos más de su bronco-neumonía que de la permanencia del tubo.

Cuando la complicación del *croup* es un absceso intra-laríngeo, cuyo origen fué probablemente una herida traumática determinada por un tubaje bruscamente

realizado, nos hemos visto obligados a prolongar la estadía del tubo cuatro o cinco días.

En los casos de *croup* sin complicaciones laríngeas o bronco-pulmonares, en que la primera tentativa de extubación al segundo o tercer día fué seguida de la necesidad de reintubar, hemos aumentado la dosis del suero, considerando como causa del hecho la insuficiencia de las dosis hasta entonces inyectadas.

En otros casos trátase de espasmos laríngeos solos o provocados por intensa tos una vez retirado el tubo. Para combatir estos espasmos, que en la inmensa mayoría de los casos son los culpables, excepción de las complicaciones en el *croup*, de la prolongación del tubaje y de las repeticiones de la operación, en los primeros años de habilitarse el servicio se han usado todas las medicaciones aconsejadas; empleáronse los fomentos calientes alrededor del cuello enseguida de extraer el tubo; después los fríos, que dieron mejor resultado; también los bromuros, cloral y hasta inyecciones de morfina y pantopón.

Estas medicaciones nunca han proporcionado un franco éxito. Enseñados por la observación de que estos espasmos que obligan a reintubar recaen casi siempre en los niños que lloran y se agitan cuando se les quita el tubo, el Jefe del Servicio ha adoptado desde hace dos años el procedimiento de tranquilizar a los pequeños enfermos, dándoles una galletita, un pedazo de dulce o un juguete cualquiera. Con este obsequio permanecen

contentos y tranquilos, unos con el regalo en sus manos y otros comiéndolo. Cuando a pesar de esto, siempre que el enfermo no sea muy pequeño y que no sea posible distraer su atención, la reintubación se hace necesaria, podemos asegurar que ello no es debido a un espasmo, sino a una laringitis que queda o causada por el tubo o por otra pequeña complicación, que no siempre se puede determinar.

La laringe suele ser algunas veces el asiento de ulceraciones debidas algunas al pésimo estado general del organismo o a la clase de difteria hipertóxica; otras parecen ser consecutivas al tubaje, aquellas radicadas en la mucosa de la pared anterior, pues ellas corresponden al sitio en que la extremidad del tubo está en contacto con la mucosa de la tráquea.

TRAQUEOTOMIA. — Toda vez que debamos practicar un tubaje, es imprescindible tener al alcance de las manos el instrumental necesario para realizar una traqueotomía. Además, es esta una operación que casi siempre se nos impondrá cuando exista excesiva acumulación de membranas en la laringe y en la tráquea, del mismo modo que probablemente nos convendrá escogerla, toda vez que estemos en el campo y no sea posible dejar custodiado por un práctico al enfermito intubado.

Vulgarizada por Trousseau, la traqueotomía en el niño es una operación sencilla pero delicada.

Un niño que va a ser traqueotomizado debe ser co-

locado sobre una mesa, con un travesaño debajo de la nuca; la cabeza debe ser mantenida bien recta con relación al eje del cuerpo, y por último una buena fuente de iluminación.

El instrumental para una traqueotomía consta de: un *bisturí a lámina corta* y con buen filo; un *dilatador* para separar los labios de la herida y facilitar la introducción de la cánula; una *pinza curva* destinada a recoger las falsas membranas que obturasen la herida o la cánula; *pinzas de disección*; *pinzas hemostáticas* y *gasas esterilizadas*.

Las cánulas son de plata y dobles; la cánula externa queda fija cuando ella ha sido colocada, mediante unas cintas laterales que la sujetan al cuello; la cánula interna es movable y puede ser retirada cuando ella es obstruída por mucosidades.

En el momento que el operador va a realizar la traqueotomía, dos ayudantes se encargarán de mantener al enfermito en la posición convenida; uno de ellos mantiene la cabeza y el otro sujetará los miembros y el tronco.

Esta operación puede ser hecha en uno o en dos tiempos. Preferimos siempre el segundo procedimiento, por ser más metódico.

El punto de reparo en la región intervenida del niño es el cartílago cricoides; lo reconocemos por ser el más saliente, y para mayor seguridad palpamos de arriba hacia abajo el hueso hioides, cartílago tiroides y el

cricoides; luego, con el pulgar y el medio, se fijará la laringe, y con el índice se buscará el tubérculo del cricoides; se lo fijará con la uña y hasta el momento de la operación la uña del índice izquierdo no abandonará este punto de reparo.

Hecho esto, se incinden las partes blandas, piel, tejido celular y aponeurosis, en una extensión de tres centímetros inmediatamente por debajo de la uña y bien en la línea mediana. Cuando estas partes blandas son bien incindidas, nótase la sensación de dureza ofrecida por la tráquea; el índice izquierdo penetra en la herida y queda inmóvil; entonces se seccionan con el bisturí, mantenido recto, los primeros anillos de la tráquea, desde el tubérculo del cricoide y siguiendo siempre la línea media. Abierta la tráquea siéntese un ruido, casi un silbido, producido por el aire; al mismo tiempo sale sangre, mucosidades y membranas. Llega el momento de colocar el dilatador para facilitar la colocación de la cánula, o bien ella puede ser colocada directamente sin ese requisito previo; sabremos que la cánula está situada en el calibre de la tráquea, por la forma de respirar del niño bastante tranquila; entonces la sujetamos alrededor del cuello mediante las cintas de que está provista.

Esta operación tiene sus complicaciones, algunas molestas, como ser: hemorragias que pueden tener importancia en ciertos casos; cualquier movimiento hecho por el niño dificulta la operación, llegando hasta pasar

la tráquea y herir el esófago. Este peligro existe en particular cuando el niño está en muerte aparente, en que no se produce el aviso del sonido aéreo.

Después de la operación el enfermito continúa expulsando mucosidades por la cánula, la que debe ser continuamente limpiada, usando para ello una pluma de ave mojada en aceite de olivo esterilizado. En los enfermos que marchan hacia la curación, la cánula puede ser retirada del quinto al séptimo día, salvo excepciones rarísimas de enfermos de *croup* vueltos canulares.

SUEROTERAPIA. — El tratamiento de la difteria por la sueroterapia constituye una de las conquistas más grandes de la medicina moderna. A *Roux* y a *Berhing* corresponde tan alto honor.

Cumpliendo con el fin que persigo, que es hacer un trabajo lo más práctico posible, dejaré de lado lo referente al modo de preparación de la antitoxina y el método para contralorear su poder. Me limito a indicar las marcas de suero que hemos empleado, las dosis, el momento y modo de inyectarlo.

Conviene tener presente, ante todo, la sabia máxima de que para que el suero antidiftérico dé buenos resultados, su empleo debe ser precoz y suficiente.

Las marcas de suero utilizadas en el Servicio son: *Roux*, *Berhing*, *Méndez*, *Parke Davis* y *Burroughs Welcome*. De un modo general hemos quedado satisfechos de todas, pero las dos últimas, y en particular la de *Burroughs Welcome*, ha sido empleada de un modo li-

mitado, por cuyo motivo no podemos emitir juicio categórico. La marca más usada en el Servicio es la de *Berhing*, por su escaso precio, su concentración, y como en general su uso está más vulgarizado, es fácil de encontrarla renovada; aparte de esto, creemos haber obtenido mejores éxitos con ella, sobre todo, con el *Berhing III D.* de mil quinientas unidades, etiqueta colorada.

La cantidad de suero que reputamos como dosis media y casi siempre suficiente, son seis mil unidades del *Berhing*, repartida en dos inyecciones de tres mil unidades cada una y administrada, la primera, al sentar el diagnóstico de *croup*, y la segunda, doce o veinticuatro horas más tarde, según el estado de gravedad del enfermo. Sabremos si la dosis es oportuna estudiando la temperatura que tiende a restablecerse en un término que oscila alrededor de cuarenta y ocho horas; además, las membranas se hinchan y desprenden.

Estas seis mil unidades que indicamos como término medio, pueden unas veces reducirse o aumentarse. Empleamos dosis reducidas, si hemos hecho diagnóstico de *croup*, en el período inicial y las máximas cuando el enfermo está en período avanzado.

Si el suero fuera aplicado a tiempo, es decir, en el momento que aparecen los primeros síntomas clínicos de la enfermedad, disminuirían considerablemente el número de tubajes y traqueotomías, como asimismo la posibilidad de complicaciones.

Es de desear se proscriba de la práctica médica la conducta seguida por algunos facultativos de esperar el examen bacteriológico del exudado antes de inyectar la antitoxina. Ese procedimiento, justificado por el temor a la *Anafilaxia*, no tiene razón de ser en la actualidad, en que la observación de miles de enfermos tratados por dosis masivas de antitoxina no ha podido comprobar accidentes séricos graves.

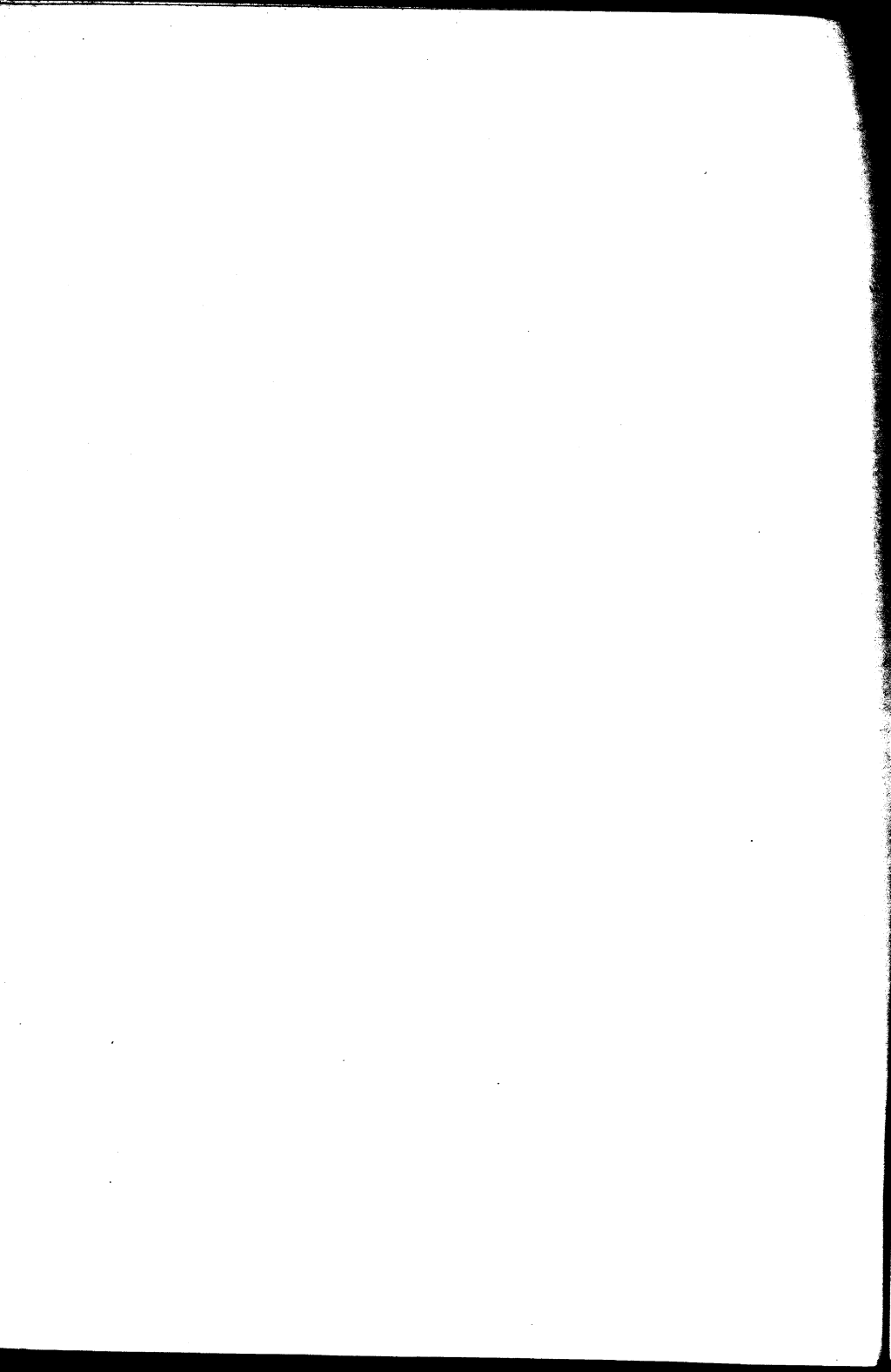
En los Servicios de Difteria de los Hospitales Muñiz y de Niños, que es donde se emplean grandes cantidades de suero, sólo se registran algunos accidentes mil veces menos graves que el *croup*.

Las vías empleadas para la administración del suero son: la subcutánea y la intravenosa.

El primer método de administración es el que generalmente empleamos, eligiendo para ello las regiones de los hipocondrios.

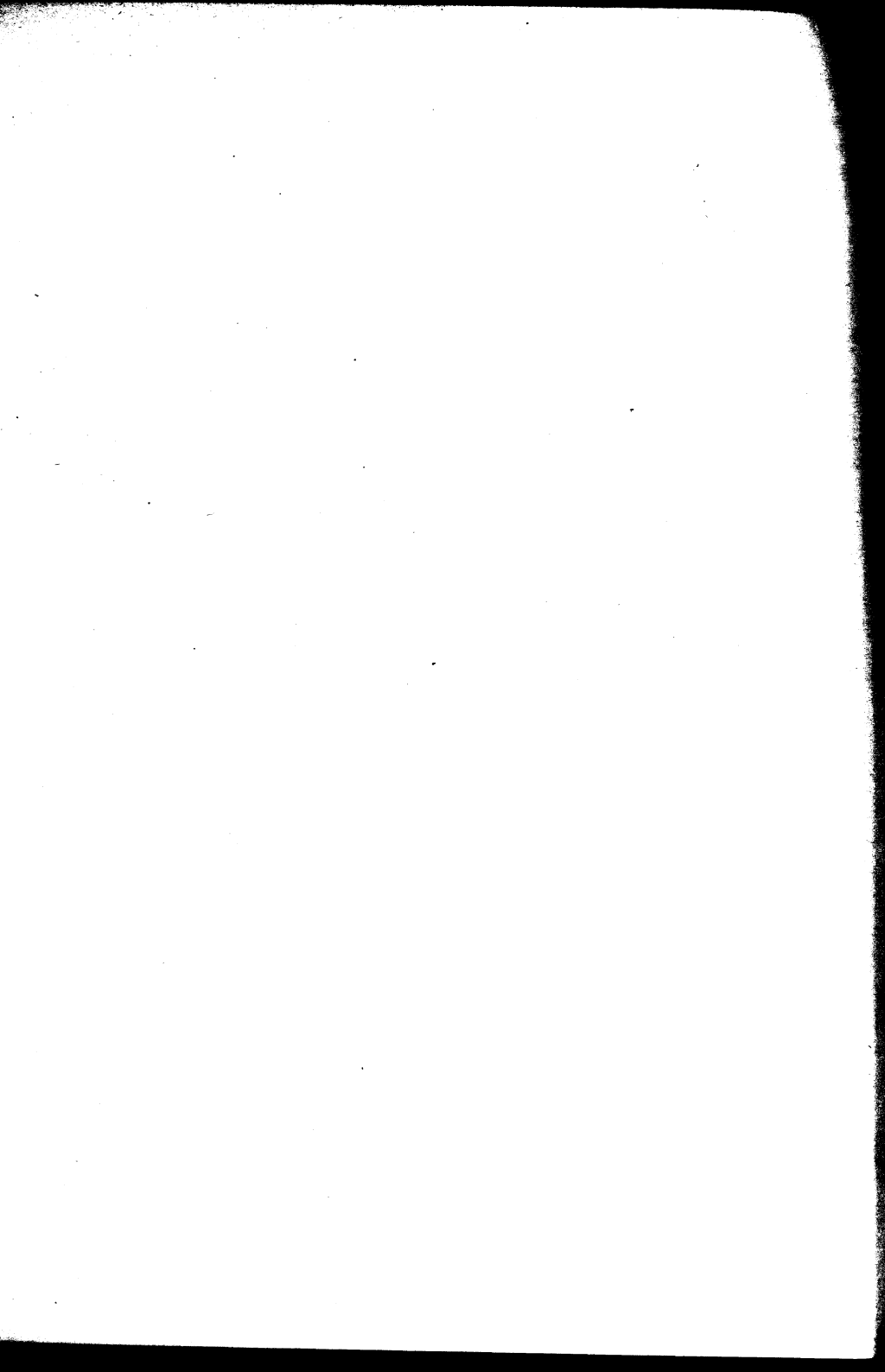
La vía intravenosa la preferimos en los casos graves y en los que la enfermedad causal es una difteria hipertóxica; estos enfermos requieren una rápida acción del medicamento, lo que se consigna haciendo uso directamente del torrente sanguíneo.

El tratamiento sueroterápico puede ser complementado en los enfermos con fetidez del aliento, con pulverizaciones locales con agua oxigenada diluida o con tópicos de azul de metileno, borato de soda, resorcina.



OBSERVACIONES CLÍNICAS

SERVICIO DE DIFTERIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS



OBSERVACION 1.^a

Luis S., de 18 meses, entra al Servicio el 16 de Julio del corriente año.

Antecedentes de familia. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido enfermedad anterior y ha sido criado al pecho hasta los 16 meses.

Enfermedad actual.—Hacen dos días que el niño tiene fiebre alta y accesos de sofocación, con tos seca y ronca y ligero tiraje; esta circunstancia y el diagnóstico de *croup*, hecho por un médico, determinan su hospitalización.

Estado actual. — Niño de aparente buen estado de nutrición, de piel rosada, conformación craneana algo irregular, pero sin acusar estigmas especiales de degeneración; cara algo edematosa, cuello corto e igualmente edematoso con abundante tejido célula-adiposo. No se percibe infarto ganglionar, no se vé exudado faríngeo, llamando sólo la atención al examen de la garganta, la coloración intensa de las amígdalas y pilares.

Funciones digestivas. — Normales.

Aparato respiratorio. — Tórax ensanchado en su

diámetro externo vertebral; red venosa aparente sobre el pecho. Respiración costal, con tiraje supra-external, corta y frecuente, 55 por minuto. Pulmón derecho: vibraciones disminuídas en su parte superior; están más bien aumentadas en su parte inferior. La percusión da una sonoridad exagerada; en el tercio superior, matitez a la percusión fuerte, en una zona comprendida entre la cuarta y la quinta vértebra dorsal; en el espacio interescapular, un sonido timpánico más hacia afuera y en la parte media, y submatitez en la base. Por delante, a la derecha del esternón, zona de matitez a nivel de la segunda y tercera costilla. A la auscultación de la voz (llanto), bronco fonía; de la respiración, sibilancias en la parte superior, muy disminuído el murmullo vesicular en la parte media e inferior, y rales finos diseminados a la misma altura. Pulmón izquierdo: percusión sonora, exagerada, y la auscultación respiración bronquial y algunos rales subcrepitantes.

Corazón. — Aumentado de volumen, borde derecho sobrepasa el external; no se oyen ruidos anormales.

Pulso. — Frecuente, 140 pulsaciones, regular y de buena tensión.

Abdomen. — No hay timpanismo, ni gorgoteo, ni sensibilidad apreciable.

Hígado. — Borde superior al nivel del tercer espacio intercostal. Borde inferior sobrepasa el reborde costal dos traveses de dedo.

Bazo. — Se percute, pero no se palpa.

SISTEMA NERVIOSO, ÓSEO Y MUSCULAR - NORMAL

	T E M P E R A T U R A	
	MAÑANA	TARDE
Julio 16	—	39°
Julio 17	37°4	38°4
Julio 18	37°4	38°
Julio 19	37°4	37°
Julio 20	37°	38°
Julio 21	37°	38°
Julio 22	38°6	38°
Julio 23 y 24 . . .	37°	38°
Julio 25	37°	39° muerte

El 24 de Julio se hace análisis de orina y examen de sangre. El primero dió vestigios de albúmina y leucocitos granulosos, los elementos normales en proporción regular, aunque un poco aumentada la densidad, 127 (elementos fijos 62,71).

EXAMEN DE SANGRE

Hemoglobina	61 o/o
Glóbulos rojos	5.600.000
Glóbulos blancos	15.500
Relación globular	0.63
Retículo	Escaso

EQUILIBRIO LEUCOCITARIO

Polinucleares	46 o/o
Mononucleares	14 o/o
Formas de transición	0 o/o
Linfocitos	40 o/o
Eosinófilos	0 o/o

El día 24 se hace una cuti-reacción de Von Piirket con resultado negativo.

Durante su breve estadía en el Hospital, los accesos de disnea intensa se repitieron con frecuencia. Las venas de la cabeza y cuello se dilataban notablemente, el tiraje se hacía supra e infra esternal, la tos era sonora y profunda con cornaje expiratorio y la cianosis se extendía a las extremidades.

Autopsia. — (Copia del protocolo 3.448).

Traqueotomía. — Ligera disminución del calibre de la laringe y de la tráquea. Hipertrofia del timo poco

acentuada. Hipertrofia del ganglio infra-brónquico derecho (tamaño de nuez). Hipetrofia del ganglio peritráqueo-brónquico derecho (tamaño de una avellana). Atelectasia del lóbulo inferior y medio del pulmón derecho (pulmón carnificao). Enfisema del lóbulo superior derecho. Obstrucción de la luz bronquial de los bronquios del lóbulo medio inferior por los ganglios ya descriptos. Pulmón izquierdo, normal Dilatación de la aurícula y ventrículo derechos. Hipertrofia y congestión hepática. Hipertrofia y congestión esplénica. Congestión renal.

El examen histológico de los ganglios infra-brónquicos dió el siguiente resultado (copia prot. 3.911). Infiltración ligera del ganglio con algún espesamiento de los vasos. Diagnóstico: ADENISTIS.

Diagnóstico diferencial. — Este niño traía diagnóstico de *croup*; en el servicio se hizo primero diagnóstico de laringitis y bronquitis con intensa congestión pulmonar, y más tarde de adenopatía tráqueo-brónquica.

La temperatura y ciertos fenómenos de auscultación, servían de base al diagnóstico de bronquitis y congestión pulmonar, así como los accesos de sofocación y cambios de timbre de la voz a los primeros; pero la voz no tenía el carácter especial que toma en las laringitis estridulosa (tos laríngea), ni los accesos esperaban la noche para producirse: se hacían sin causa apreciable.

Podía pensarse en un espasmo idiopático, dada la intensidad de los accesos, pero la repetición tan frecuente de éstos, su persistencia y los caracteres de la tos sonora y profunda hacían pensar que hubiera una causa orgánica que despertaban esos poussees de sofocación.

El enficema, la bronquitis podía hacer creer que tales accesos fueran asmáticos.

Quedaba, por fin, por eliminar la hipertrofia del timo: el abovedamiento del tórax y los accesos de sofocación nos hacían pensar en este diagnsótico, pero en la hipertrofia del timo el cornaje se hace en los dos tiempos en su máximo en la inspiración y durante el sueño. Por otra parte, los signos de percusión y auscultación descriptos, principalmente en la matitez por delante al nivel de la segunda y tercera costilla y por detrás de la cuarta y quinta vértebra en el espacio inter escapular, por más que la zona se extendía hacia afuera y abajo (con cambio de tono), así como la disminución notable del murmullo vesicular hicieron sentar el diagnóstico de adenopatía tráqueo-brónquica, confirmada por la autousia, aunque no se pudo comprobar ni el roncus sonoro de Rilliet y Barthet ni el signo de Smith.

Faltaba saber la naturaleza de esta adenopatía tráqueo-brónquica. La cuti-reacción, así como el estado general de nutrición del niño obligaron a eliminar su origen tuberculoso. La radioscopia no ilustró mayormente respecto al diagnóstico, pues ella era muy confusa.

OBSERVACION 2.^a

Juan M., de 3 años,

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Estado y enfermedad actuales. — Estado de nutrición, desarrollo del esqueleto, buenos. Muy ligera cianosis e intervención visible de los músculos auxiliares de la respiración y de los de la nariz. Tiraje supra e infra esternal en los dos tiempos de la respiración, muy marcado y persistente. Llama la atención que el ruido del tiraje no es propiamente laríngeo, sino nasal. Existe coriza.

A la inspección del istmo de las fauces, no se vé exudado, pero sí mucosidades que descenden del nasofarin; está rojo, lo mismo que las amígdalas, que se encuentran muy hipertrofiadas y en contacto, siendo, por consiguiente, poco menos que imposible la entrada del aire por la boca. No hay ganglios sub maxilares e infartados. Albúmina, 0.50 por 1000. La voz bien conservada, però nasal. Pensando en la posibilidad de un absceso retro-faríngeo, se hace la palpación con resultado negativo. En vista de la gravedad del tiraje, y dado que sólo la traqueotomía estaría en caso necesario indicada, se decide, antes de llevar a cabo esta grave intervención, a hacer un tratamiento médico en que, dado el diagnóstico probable, habría muchas esperanzas de que fuera favorable.

Se indican fomentos calientes alrededor del cuello, aplicación de pomada mentolada con vaselina líquida en la nariz y se hacen escarificaciones en las amígdalas. El enfermo, bajo vigilancia, pasó la noche más o menos en el mismo estado; al día siguiente se notó una ligera mejoría, que se fué acentuando en los días siguientes. A los quince días fué dado de alta.

OBSERVACION 3.^a

Juan B., de 1 año de edad, entra al Servicio con diagnóstico de crup.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Viene con tirajes supra e infra esternal intenso, en las dos fases de la respiración; cianosis de su cara. La madre informa que su hijo estaba sano y de pronto, al concluir de beber una taza de caldo, fué presa de la dificultad para respirar. No cree pueda tratarse de cuerpo extraño, porque no tenía nada a su alcance.

Estado actual. — Buen estado de nutrición; no se percibe infartuo ganglionar; no se vé exudado faríngeo.

A la palpación, por la cavidad bucal, de la porción superior de la laringe, se toca un cuerpo extraño, cuya naturaleza es imposible precisar, porque él está profundamente enclavado en la glotis. Como la situación es tan grave que no da tiempo para hacer ni siquiera una

tentativa, aunque problemática, de operación por la laringe, se practica la traqueotomía superior. El enfermo respira enseguida normalmente; como el cuerpo extraño está tan bien enclavado y el niño, por otra parte, se agita, resuelve el jefe del Servicio dejar la extracción del cuerpo extraño para el día siguiente, lo cual se consigue sin dificultad. Se trataba de un pedacito de hueso muy irregular y lleno de poros que permitían el paso de alguna cantidad de aire.

OBSERVACION 4.^a

Roberto C., de 3 meses, ingresa al Servicio el 30 de Mayo del corriente año.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido enfermedad anterior y es criado al pecho.

Enfermedad actual. — Hace 5 días que tiene fiebre moderada; escasos vómitos; tos poco frecuente y ronca y ligero tiraje epigástrico.

Estado actual. — Niño en buen estado de nutrición; esqueleto óseo bien conformado; abundante pánículo adiposo; piel pálida; hay infarto de los ganglios submaxilares. El examen de la garganta y nariz enseña: exudado membranoso espeso, blanco-cremoso, cubriendo ambas amígdalas, que están hipertrofiadas, y coriza posterior.

Aparato respiratorio. — Respiración frecuente, 65

por minuto, con ligero tiraje epigástrico durante la inspiración. A la auscultación se perciben abundantes rales finos en la base del pulmón izquierdo; la percusión da una submatitez en las zonas de los rales.

Aparato digestivo. — Tres y cuatro deposiciones diarias de color verde-amarillo con grumos, escaso moco y de olor ácido.

Aparato circulatorio. — Pulso frecuente, 142, irregular y de poca tensión.

Temperatura. — Ingres a con 38°, pero al día siguiente asciende a 40°, temperatura que se mantiene con ligeras oscilaciones hasta el 21 de Junio. En la madrugada del primero de Junio el tiraje aumenta y el niño sufre un acceso de sofocación, lo que obliga a intubarlo; acto seguido expulsó abundantes membranas.

Diagnóstico. — El tiraje, el exudado membranoso en el istmo de las fauces y los ganglios submaxilares infartados, hizo hacer diagnóstico de erup diftérico; más tarde, la expulsión de falsas membranas al intubarlo, vino a robustecer el diagnóstico clínico.

Diagnóstico bacteriológico. — (Protocolo 2.784). Abundantes bacilos de Loeffler, tipo mediano.

La disnea, la lluvia de rales finos y la submatitez al nivel de la base de un pulmón con fiebre alta, hacen pensar en una bronco-neumonía, aun cuando no se perciba soplo. El 11 de Junio el enfermito expulsa los alimentos por la nariz, hecho que nos denunció otra complicación más: la parálisis del velo del paladar.

Tratamiento. — 3.000 unidades de suero Berhing III D., tubaje, dos inyecciones diarias de estricnina, ventosas, baños, fomentos. El tubo fué expulsado al cuarto día. Se da de alta el 23 de Junio.



Buenos Aires, Junio 15 de 1914

Nómbrese al señor Consejero doctor Angel M. Centeno, al profesor titular doctor David Speroni y al profesor suplente doctor Genaro Sisto para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones especiales del tubaje y de la traqueotomía.

A. M. CENTENO.

II

Anafilaxia en el tratamiento específico de la difteria.

D. SPERONI.

III

Un enfermo de difteria cuando debe considerarse en condiciones de no ser contagiante.

G. SISTO.

Buenos Aires, Julio 3 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2863 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

30459

