3047

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# LARINGITIS AGUDA

CON

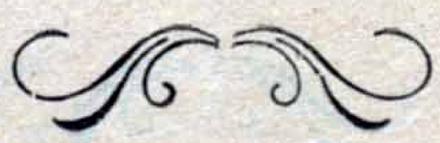
# TIRAJE PERMANENTE

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN M. QUINTEROS



BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# LARINGITIS AGUDA

CON

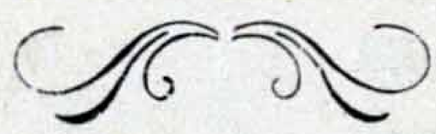
# TIRAJE PERMANENTE

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN M. QUINTEROS



BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535

1898

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

(Art. 162 del Reglamento.)

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

| | | |
|---|---|---|
| Decano | Doctor | Enrique E. del Arca |
| Vice-Decano | » | Pedro Mallo |
| Académicos Titulares | » | Leopoldo Montes de Oca |
| » » | » | José T. Baca |
| » » | » | Rafael Herrera Vegas |
| » » | » | Pedro Mallo |
| » » | » | Jacob de Tezanos Pinto |
| » » | » | Eufemio Uballes |
| » » | » | Juan R. Fernandez |
| » » | » | Enrique E. del Arca |
| » » | » | Pedro N. Arata |
| » » | » | Manuel Blancas |
| » » | » | Roberto Wernicke |
| » » | » | Pedro Lagleyze |
| » » | » | José Penna |
| » » | » | Luis Güemes |
| » » | » | Eliseo Cantón |
| Académicos Honorarios | » | Ernesto Aberg |
| » » | » | Pablo Marenco |
| » » | » | Eduardo Wilde |
| » » | » | Martín Spuch |
| » » | » | Telémaco Susini |
| » » | » | Emilio R. Coni |
| » » | » | Edmundo Nocard |
| Seeretario Titular | » | Luis M. Acuña |
| Pro-Secretario | » | Zenón Aguilar. |

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | | Catedráticos titulares |
|---|---|---|
| Anatomía descriptiva | Dr. | Juan José Naón |
| Anatomía topográfica | » | Juvencio Z. Arce |
| Histología teórico-práctica | » | Rodolfo de Gainza |
| Fisiología general y humana | » | Pedro J. Coronado |
| Higiene pública y privada | » | Melitón G. del Solar |
| Patología general y ejercicios clínicos | » | Roberto Wernicke |
| Materia Médica y Terapéutica | » | Justiniano Ledesma |
| Patología externa | » | Obdulio Hernández |
| Patología interna | » | José Penna |
| Anatomía patológica | » | Telémaco Susini |
| Bacteriología | » | Carlos Malbran |
| Medicina Operatoria | » | Adalberto Ramaugé |
| Enfer'des de mujeres y Clínica Ginecológica | » | Enrique Bazterrica |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » | Manuel Blancas |
| Enfer'des de los ojos y Clínica Oftalmológica | » | Pedro Lagleyze |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José M. Ramos Mejía |
| Enfermedades mentales y Clínica respectiva | » | Domingo Cabred |
| Clínica Quirúrgica | Dres. | Julián Aguilar<br>Antonio C. Gandolfo<br>Alejandro Castro |
| Clínica Médica | » | Gregorio N. Chaves<br>Luis Güemes<br>Abel Ayerza<br>Francisco Sicardi |
| Obstetricia y Clínica respectiva | Dr. | Samuel A. Molína |
| Medicina legal | » | Eduardo M. Perez |
| Enfermedades Génito-urinarias | » | Federico Texo |
| Química aplicada á la Medicina | » | Pedro N. Arata |
| Química Analítica | » | Atanasio Quiroga |
| Física médica | » | Jaime R. Costa |
| Zoología médica | » | Eliseo Cantón |
| Toxicología | » | Juan B. Señorans |
| Enfermedades venéras y dermatología | » | Baldomero Sommer |
| Laringología, otología y rinología | » | Eduardo Obejero |
| Farmacia teórica | » | Juan A. Boeri |
| Farmacia práctica | » | J. Manuel Irizar |
| Botánica farmacéutica | » | Adolfo Mujica |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Juan R. Fernandez |
| Odontología | » | Nicasio Etchepareborda |
| Botánica Médica | » | Martín Spuch |
| Dentistería operatoria | » | Leon Pereira |

## ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos | |
|---|---|---|
| Anatomía descriptiva | Dr. | Juan D. Piñero |
| Anatomía topográfica | » | Avelino Gutierrez |
| Histología (teórico-práctica) | » | Samuel de Madrid |
| Fisiología general y humana | » | (Vacante) |
| Higiene pública y privada | Dres. | Enrique Revilla<br>Ricardo Schatz |
| Patología general y ejercícios clínicos | Dr. | Gregorio Araoz Alfaro |
| Materia Médica y Terapéutica | Dres. | Enrique E. del Arca<br>Angel M. Centeno |
| Patología externa | » | Pascual Palma<br>Daniel J. Cranwell |
| Patología interna | Dr. | Marcial V. Quiroga |
| Anatomía patológica | » | José Badía |
| Medicina operatoria | » | Alejandro Posadas |
| Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica | Dres. | Alfredo Lagarde<br>José T. Molinari |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediàtrica | » | Antonio F. Piñero<br>Facundo Larguía |
| Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica | » | Francisco Barraza<br>Teófilo A. Moret |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José A. Esteves<br>José R. Semprum |
| Enfermedades mentales y Clínica respectiva | Dr. | Benjamín T. Solari |
| Clínica Quirúrgica | Dres. | Juan B. Justo<br>Diógenes Decoud |
| Clínica Médica | » | Julio Mendez<br>Ignacio Allende |
| Física Médica | Dr. | Juan B. Galliano |
| Obstetricia y Clínica respectiva | » | Luis F. Vila<br>Fanor Velarde |
| Medicina legal | Dres. | F. de Veyga<br>Domingo Cavia |
| Toxicología | Dr. | Juan Alba Carreras |
| Botánica mèdica | » | Roberto S. Kolbe |
| Química aplicada á la Medicina | » | (Vacante) |
| Farmacia práctica | » | (Vacante) |
| Laringología, otología, rinología | » | Wenceslao Tello |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | Maximiliano Aberastury |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Enrique Pietranera |
| Dentistería operatoria | » | (Vacante) |

PADRINO DE TESIS

Doctor ELISEO CANTÓN

A mis padres

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Quien no ha visto casos, ha leído por lo menos la admirable descripción del maestro Trousseau sobre la laringitis estridulosa; él pinta el cuadro de una enfermedad paroxística, traducida por accesos de sofocación más ó menos intensos, pero cuya duración no pasa de dos ó tres horas. Y bien; hay que convenir que no siempre sucede así, y que esta enfermedad se presenta con una disnea que se traduce por un tiraje permanente, revistiéndola de la apariencia clínica del crup.

Por otra parte, estos estudios de la laringitis á tiraje permanente, que datan de poco tiempo, parecen no haber despertado la suficiente atención ó por lo menos no son, como sería de desear, lo suficientemente conocidos.

Y es el caso de manifestar que su estudio no carece de interés bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial con el crup, así como de las otras enfermedades de los niños en las cuales el tiraje permanente representa su principal manifestación objetiva.

Si la descripción general de la laringitis estridulosa á tiraje permanente comprende formas en las cuales los accesos de sofocación contribuyen á caracterizar el mayor número de los casos, voy á ocuparme con preferencia de una modalidad en que estos últimos faltan y el tiraje permanente es de más larga duración, y de la cual tan solo he encontrado la descripción de algunos casos, hecha por el Dr. Soca (de Montevideo); los demás que se han ocupado de hacer observaciones semejantes, refieren que no han visto persistir el tiraje por más de 48 horas; (Hepp, 1897. Touchard, 1894.) dos ó tres dias como máximum.

Todas estas consideraciones me han llevado á presentaros las historias clínicas de algunos enfermitos del servicio de niños del Hospital San Roque, del cual su Jefe, el Dr. G. Araoz Alfaro, me ha ilustrado en su observación y dirijido para su estudio. Me permitireis que antes de terminar estas líneas, agradezca cumplidamente las atenciones de las que estoy reconocido.

También deseo hacer presente el grato recuerdo que conservo de las sabias lecciones del maestro Dr. Julio Méndez, como de la buena voluntad con que ha sabido enseñarnos á examinar enfermos.

Terminaré expresando al Dr. Eliseo Cantón, que me honra acompañándome en este acto, mi eterno agradecimiento.

---

## Anatomía

—

*Anatomía*—El Dr. Soca, citando como muy competente la división que hace Ruault de las laringitis agudas en difusas y sub-glóticas dice que no observándose en general fenómenos de estridulismo en las laringitis difusas, por exclusión no se puede tratar en esta variedad sinó de una laringitis subglótica.

En efecto Ruault se expresa así: es menester reconocer independientemente de una hiperemía difusa del vestibulo laríngeo, la existencia de una tumefacción más ó menos marcada de la mucosa de la región sub-glótica; las cuerdas vocales inferiores, rosadas ó rojas, pero no tumefactas, se encuentran dobladas en toda su longitud de un rodete fusiforme, rojo y tenso, que hace eminencia por debajo y adentro de su borde libre. Este rodete desaparece, recubierto por las verdaderas cuerdas, durante la fonación, pero durante la inspiración es netamente visible, y de sus dimensiones más ó menos acentuadas depende el grado de la estenosis laríngea.

La existencia y el sitio de esta tumefacción, que

ha sido constatada con laringoscopio por Massei, Laugrof, Moldenhaüer, Kriegg, y otros, y que yo mismo he tenido ocasión de observar en un niño de seis años, atacado de laringitis estridulosa, explican bien el débil grado de la *alteración* de la voz y la persistencia de la *sonoridad de la tos* en esta afección.

Ellos explican igualmente la dificultad que experimenta el sujeto para respirar, por poco que se ajite en vez de guardar reposo.

Es de la misma opinión el Dr. Paul Kock (de Luxemburgo), que se basa en observaciones propias y, á su vez, cita los trabajos de Moldenhaüer etc.

---

## Fisiología patológica y patogenia

—

Excuso entrar en explicaciones acerca de los accesos de sofocación, tan bien tratados por Cadet de Gassicourt, Grancher, Comby y Marfau, Touchard etc, por ser ajeno en cierto modo á la modalidad de laringitis de que me ocupo, y así solo trataré de pasar en revista los fenómenos del tiraje y los de la tos y de la voz.

El tiraje, que es el conjunto de manifestaciones que se producen cuando la entrada del aire está dificultada al través de la glotis, se traduce por las depresiones que durante la inspiración se producen tanto en la región diafragmática como en los espacios supra claviculares y supra esternal.

Cadet de Gassicourt dice que «contrayéndose los músculos inspiradores para levantar las paredes toráxicas, hacen relieve bajo la piel; pero con todo, y á pesar de la violencia de la tensión de los esterno mastoideos, combinada con la presión atmosférica, trae una depresión muy marcada del hueco supra esternal y de los triángulos supra claviculares, y que en el tiraje sub-esternal ó inferior, el hueco epigástrico se deprime fuertemente

y el vientre hace una saliencia globulosa bajo la influencia de esta misma presión atmosférica, unida á la contracción violenta del diafragma.

Cuando las costillas son flexibles, como en los niños de menos de cuatro años, la depresión no se limita al hueco epigástrico; ella rodea como un surco toda la base del pecho.

El tiraje está en razón directa del obstáculo. El primero que se manifiesta es el tiraje superior ó supra esternal, porque los primeros esfuerzos son hechos por los músculos inspiradores superiores.

A medida que el obstáculo aumenta, los esfuerzos se acrecientan, el tiraje supra esternal se acentúa, el diafragma se contrae á su vez, el tiraje sub-esternal aparece, después se acrecienta pronto y el enfermo hace, por obtener aire, esfuerzos de más en más desesperados y de más en más impotentes.

Naturalmente, la dificultad respiratoria se hace sin cesar más grande; la cara, desde luego pálida y ligeramente hinchada, se cianosa de más en más, así como las extremidades se enfrian poco á poco; en fin, la auscultación permite reconocer que la respiración se obscurece á medida que el tiraje aumenta y que, al fin, es reemplazada por una apnea completa.

Respecto de la patogenia de la tos y de la voz, extractaremos algunos párrafos de la semeiótica

que de estos fenómenos hacen Variot y Glover, en la obra de Grancher, Comby y Morfau.

Se ha descripto ya el síndroma de tos ronca y voz clara en el crup; sin embargo, se comprenderá que su existencia implica tan solo que los exudados han respetado las cuerdas vocales.

No hay una marcha paralela entre los fenómenos de la respiración y la alteración de la voz.

La tos ronca, de ladrido, parece más bien ser debida á una consonancia defectuosa de la mucosa del vestíbulo laríngeo y, tal vez, también de la mucosa traqueal. modificada por un proceso inflamatorio cualquiera.

La ronquera de la toz no parece deber ser atribuida á una lesión de las cuerdas vocales, sino más bien á una alteración de la mucosa glótica y también sub-glótica.

---

## Nociones generales

—

La predisposición enteramente constitutiva del niño, del enfermo de la glotis en el curso de la «laringitis aguda», ha hecho obscuro un sin número de variedades de esta enfermedad, donde esta aparece, á veces, constituyendo casi su característica; así son también los casos presentados por la mayoría de los autores que se han ocupado de la «laringitis á tiraje permanente».

Nosotros diremos como el Dr. Soca, «que el «tiraje permanente puede por sí solo representar «la sintomalogía de la laringitis estridulosa, y «que los accesos de sofocación, los paroxismos «rápidos y pasajeros del estridulismo, no son de «ninguna manera necesarios para constituirla.»

No es, pues, raro encontrar multitud de monografías referentes á laringitis graves, en las cuales llaman sobre todo la atención lo que respecta á la sofocación.

Hablando de la «laringitis estridulosa», Rilliez

y Barthez dice: « los accesos pueden resistir más « allá del tercero, haciéndose más frecuentes y « aumentando de intensidad. y en fin la muerte « puede ser el resultado de la sofocación. Otras « veces, después de uno, dos ó tres accesos, so- « brevienen una angustia y una inquietud inexpli- « cables, náuseas contínuas, vómitos; el pulso es « pequeño, de una frecuencia extrema y casi in- « contable y sobreviene la muerte. »

Barthez y Sanné describe un cuadro más ó menos parecido al que nosotros hacemos, pero á marcha rápida y en cuya forma, persistiendo los síntomas en toda su intensidad durante seis ú ocho días, llegan casi siempre á una terminación fatal. Y agrega: « á veces adopta el « carácter sub-agudo; la hemos visto durar hasta « dos meses y medio. Es difícil expresar su du- « ración en cifras. Se comprende que debe ser « modificada por una infinidad de causas dife- « rentes. »

Baguisky refiere también, con motivo de la « laringitis aguda »: « La exajeración progresiva « de intensidad de los fenómenos mórbidos puede « aún, en ciertas condiciones, dar nacimiento á « un complejo sintomático muy semejante, bajo el « punto de vista de las perturbaciones respirato- « rias ó el del « crup » (fibrinoso); propiamente « dicho, se designa algunas veces este proceso bajo « el nombre de « crup catarral ».

Y para completar de expresar lo variado y ca-

prichoso de estas manifestaciones laríngeas de los niños, diremos que se las puede observar en seguida del nacimiento; así vemos en « Les archives de Medecine des enfants »:

« No es raro encontrar recién nacidos, de algu-
« nas semanas ó algunos meses, que presentan á
« cada inspiración un ruido estridoroso, un ral
« laríngeo sin asfixia, sin dificultad bien notable
« á la penetración del aire á las vías respiratorias.
« No hay allá verdadero espasmo, ó si este es-
« pasmo existe, es moderado, parcial, sin analogía
« con el espasmo sofocante de la «laringitis estri-
« dulosa» ó del crup. Se tiene la sensación de
« oir un ruido de bandera, de una parte flotante
« á la entrada de la laringe, que vibra á cada
« *poussée* de aire un poco fuerte». Esta pequeña perturbación sin gravedad generalmente, ha sido estudiada por algunos médicos ingleses, Leer, Gee, Robertson, Sutherland y Lambert.

---

## Etiología

—

Estas laringitis son relativamente pobres en datos etiológicos. Se admite generalmente que atacan de preferencia en la primera edad. Es rarísimo que se las observen después de los cuatro años. La mayor parte de los casos que se encuentran en la literatura médica, los vemos en niños robustos, bien desarrollados y que se encontraban, al estallar la enfermedad, en un estado floreciente de salud.

El sexo no parece tener influencia alguna; no así los antecedentes hereditarios, los cuales vemos con tintes bastantes cargados en los padres de muchos niños de falso crup.

Se hace jugar algún rol también á las perturbaciones de la dentición, á los ataques anteriores de «laringitis estridulosa» etc. (1), la mayor parte banales, en cuanto á su precisión se refiere.

Estas laringitis pueden aparecer espontánea-

(1) Hepp.

mente y lo que se registra comunmente como antecedentes son: resfrios, un poco de fiebre, malestar, tos ronca, pero nunca tan acentuados como para llegar á ser síntomas alarmantes, hasta que de improviso el niño, que se había acostado tranquilo, se despierta sobresaltado, presa de accesos de sofocación, ó ronco, con disnea, á los cuales síntomas sigue el tiraje permanente.

Daré preferencia á las historias clínicas que ha tenido la amabilidad de cederme el Dr. G. Araoz Alfaro, quien las ha observado en su clientela particular y en su Sala de niños del Hospital San Roque, para finalmente relatar la que he seguido á su lado en el Consultorio del mismo Servicio.

*Laringítis aguda con tiraje permanente; cianosis y disfonia; temperatura sub-febril—Duración de 12 dias—Curación.*

C. S.—niña de 2 años, bien constituida, sin antecedentes hereditarios de importancia. Como antecedentes personales, ninguna enfermedad grave; pero sí, hace algunos meses, dos ataques anteriores de *laringitis estridulosa*, clásicos, sobrevenidos en la noche y que duraron algunos minutos solamente.

La noche anterior al dia en que fuí llamado, la niña tuvo de nuevo un ataque de falso crup, que no alarmó á los padres, prevenidos como estaban por su experiencia anterior. Pero aunque la niña se calmó algo y se durmió, la respiración

continuó haciéndose ruidosa y fatigosa; el sueño se interrumpió frecuentemente y parecía haber fiebre. En tales condiciones fuí llamado (Julio de 1894).

Encuentro á la niña ansiosa, disneica, inquieta, con cornaje perceptible á distancia, tiraje, afonia, temperatura de 38°. Faringe roja, sin exudados Nada de infarto ganglionar. Al exámen de los pulmones, ronquidos gruesos solamente hacia la raiz de los bronquios. Corazón normal, salvo la frecuencia de los latidos. Organos abdominales y demás normales. Las funciones vegetativas se cumplen normalmente, salvo disminución del apetito.

Aunque yo ignoraba entonces que una laringitis pudiera presentar tales síntomas durante más de doce horas, me resistía á aceptar un *crup diftérico d'embleé*, por la falta de infarto ganglionar, la poca fiebre y el estado general relativamente satisfactorio, aparte de la falta de noción de contagio probable.

Prescribí inhalaciones de agua trementinada, fomentaciones calientes constantes al rededor del cuello y una poción con acetato de amoniaco y benzoato de soda, previa administración de un vomitivo de ipeca.

A la noche, el estado general era idéntico; los mismos síntomas se constataban, pero la disnea era mayor y la temperatura mas alta (38° 8). El vomitivo no había hecho expulsar sino restos alimenticios.

Al siguiente dia, la disnea había disminuido algo, la voz era menos ronca, y la agitación menor. La temperatura bajó á 37° 6. El estado general era mas satisfactorio aún que la víspera, en vista de lo cual no vacilé en confirmar mi diagnóstico de laringitis aguda simple.

Los signos de estenosis y los demás síntomas funcionales fueron gradualmente mejorando, hasta desaparecer totalmente al fin del 3er dia.

A pesar de haber otro niño en la casa, no se pradujo caso alguno de contagio.

Alta el 3 de Agosto.

*Laringitis aguda con tiraje permanente y afonia darante cuatro dias—Fiebre mediana—Estado general grave—Curación.*

A. A. C., de 1 año de edad, estando un poco resfriado en Junio del corriente año, enronquece rápidamente y empieza á presentar disnea que aumenta de un modo alarmante

Llamado á las 9 p. m., constato gran disnea, con levantamiento de las alas de la nariz y 50 respiraciones por minuto, cianosis ligera, agitación, ronquera muy marcada, pulso frecuente y pequeño; temperatura de 38° 4. Al exámen de la faringe, no se encuentra nada de anormal; no hay infarto ganglionar;—en los pulmones, rales difusos de bronquitis, sin modificaciones de percusión.

El examen de los demás órganos no revelaba

nada de anormal. Falta de apetito; sed; malestar y agitación constante.

En este caso no se podía eliminar un *crup diftérico primitivo*, bien que la falta de infarto ganglionar estuviera en contra de ese diagnóstico. La fiebre, los síntomas de estenosis laríngea rápidamente creciente, el estado general bastante alterado, imponía ciertas reservas aunque me inclinara decididamente del lado de una *laringitis aguda*, no diftérica.

Se prescribió envoltura hidropática templada y alcoholizada del torax y el cuello; poción con acetato de amoniaco y benzoato de soda y vaporización constante de agua con pequeña cantidad de tintura de benjuí.

Al día siguiente, idéntico estado, con disnea y cianosis mayores aún; temperatura 38°.5. Nada de infarto. Agitación constante. Se continúa con el mismo tratamiento.

A la noche, la temperatura sube á 39°.2; mayor agitación y disnea; no hay infarto ganglionar ni modificación alguna en la faringe. Cornaje y tiraje permanentes. Prescribo un vomitivo con ipeca y agrego codeina y belladona á la poción con benzoato de soda.

Al día siguiente, mejoría, aunque el vomitivo no diera salida sino á muy pocas mucosidades. La disnea y la agitación han disminuido; temperatura 37°.8.

Por la tarde, 37°.6. Continúa la mejoría, y el

niño tiene su voz menos ronca; está menos agitado y disneico.

Continúa mejorando gradualmente, hasta que recién el 4° día puede ser dado de alta, persistiendo solo un poco de bronquitis, sin fiebre.

Ningún accidente consecutivo.

Un niño de año y medio, en las mismas condiciones que el 1°, salvo la fiebre, fué enviado al Consultorio del Hospital San Roque por el Dr. Súnico, en Julio del corriente año. Un médico en el público lo había visto algunos dias antes y le había hecho una ó dos inyecciones de suero antidiftérico, á pesar de lo cual el niño continuó en el mismo estado tres dias mas.

Participé de la opinión del Dr. Súnico, de que se trataba de una laringitis aguda simulando el crup diftérico.

Por lo demás, en este caso no había fiebre y el estado general era excelente al 4° día de la enfermedad, á pesar de la disnea y el cornaje.

No volvimos á ver este enfermito, pero el Dr. Súnico nos informó de su curación gradual y completa.

*Laringitis aguda con tiraje permanente, cianosis y disfonia; temperatura sub-febril—Duración de 12 dias—Curación.*

América Vivas, 18 meses, argentina, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia,

ingresa al Servicio de Niños del Hospital San Roque el 19 de Julio del corriente año.

La madre dice que, *desde siete dias antes*, la niña, que estaba algo resfriada y tenia un poco de tos, se puso fatigada y ronca, y llegó rápidamente al estado en que hoy se encuentra. Parece que ha habido fiebre muy baja, pues no se le puso el termometro.

*Estado actual*—Disnea considerable, con cornaje perceptible á distancia; tiraje epigástrico y supra esternal; cianosis; levantamiento de las alas de la nariz. De vez en cuando, y á veces por accesos de cierta duración, hay tos muy ronca, después de la cual la disnea se exagera. Temp. 37° 5. Pulso frecuente, regular, igual.

Lengua y faringe normales y no hay infarto ganglionar.

Al exámen de los pulmones solo se constata algunos rales gruesos de bronquitis.

Corazón normal. Organos abdominales normales.

Apetito y funciones digestivas sin alteración apreciable. Orina imposible de recojer, pero deja manchas en la ropa, de apariencia normal.

El diagnóstico en este caso fué relativamente fácil. La ausencia de placas faríngeas y de infarto ganglionar, estaban ya en contra de una infección diftérica y aún de un crup diftérico d'emblée. Pero este dignóstico era tanto más de

rechazar, cuanto que la afección duraba aquí *desde siete dias* y, á pesar de no haberse hecho tratamiento por el suero, el estado general era excelente, salvo la disnea y la cianosis, y no había casi fiebre.

Desde el primer momento pudo, pues, afirmarse que se trataba de una *laringitis aguda con tiraje permanente* y hacerse un pronóstico favorable.

La niña, colocada en las salas comunes, fué sometida al tratamiento siguiente: fomentaciones calientes sobre el cuello y el tórax y administración de una poción con benzoato de soda, codeina y belladona.

Desde el día siguiente, los fenómenos de estenosis laringea empezaron á declinar y continuaron en decrecimiento, hasta desaparecer totalmente cinco días después; la temperatura osciló después de los cuatro primeros días por debajo de 37°.

Alta el 3 de Agosto.

---

## Observación personal

—

*Laringitis aguda con tiraje permanente; duración 12 días; fiebre mediana.—Curación.*

S. C. de 18 meses, argentina, viene al Consultorio del Hospital San Roque el 8 de Agosto de 1898.

Como antecedentes hereditarios, referiremos que la madre es muy nerviosa; pero en cuanto á los personales, no hay nada de particular, pués la niñita ha caminado y le han salido los dientes á su tiempo

Según dice la madre, la enfermedad ha comenzado hace ocho días, y *cinco que tiene cornaje.* Durante todo este tiempo ha estado muy agitada é inquieta. La ha notado febricitante en los primeros días. Un médico del público diagnosticó crup é insinuó la necesidad probable de una intervención.

*Estado actual*—Niña bien desarrollada, se pre-

senta con la cara encendida, ansiosa; lijero catarro nasal y ocular; respiración difícil, con cornaje que se oye á la distancia.

La disnea se exagera sobremanera al querer practicar el exámen; entonces se constata lijera cianosis, tiraje supra clavicular y supra external, después epigástrico.

Gran decaimiento general aparente. La tos es ronca, la voz velada.

El exámen de la garganta no hace descubrir sino un ligero rojo de la faringe.

No hay infarto ganglionar del cuello.

El exámen de los pulmones da rales sibilantes y mucosos, diseminados en toda su extensión.

Los otros órganos normales; las funciones vegetativas se cumplen bien.

Temp. 37°8.—R. 56.—P. 120. A la tarde 3, p. m, 38°.

A seguida del exámen se pudo afirmar que se trataba de una *laringitis aguda á tiraje permanente*, teniendo en cuenta para ello el dato de que hacía 5 días que estaba con cornaje, y, por otra parte, nos inducía á creer en ello la falta de infarto ganglionar y el estado general relativamente bueno en que se encontraba la niñita, para suponerla bajo la influencia de una infección como seria admitiendo un crup d'emble.

Se le prescribe fomentaciones calientes delante del cuello, inhalaciones de vapor de agua y una poción con benzoato de soda y belladona.

Agosto 11—Mismo estado. Por las noches aumenta la agitación, y á su vez la disnea se exagera. Temp. 37°.

Agosto 18—Todos estos días ha seguido lo mismo; hace dos que por la noche se despierta sobresaltada y gritando.

Ligeras oscilaciones de la temperatura, que se ha mantenido de 37° á 37°5.

Se le dá una bebida con bromuro de potasio.

Agosto 20—Duerme más tranquila; no tiene fatiga sinó cuando llora ó si se agita jugando. Ha disminuido la ronquera de la voz y de la tos, que es más fuerte y frecuente.

Agosto 22—El estado de la enfermita es satisfactorio. No hay sinó un poco de ronquera y la tos que persiste siempre. Temp. 36°6.

Septiembre 8—El estado de la niñita es excelente; está contenta, pasa el día jugando; solo cuando llora queda un poco ronca; la voz está muy clara.

Los días siguientes los ha pasado sin novedad y viendo que solo persiste un poquito de ronquera en la voz, se dá por terminada la observación el 18 de Setiembre de 1898.

---

## Exámen General

—

El exámen de la garganta, practicado cuidadosamente en los casos que presento, ha sido siempre negativo. Aparecía la faringe con una coloración uniformemente roja. No se ha constatado la presencia de falsas membranas, ni la expulsión de las mismas.

No hay infarto ganglionar ni en el cuello ni en los ganglios sub-maxilares.

El doctor Hepp refiere que en algunos casos en que ha sido menester practicar la intubación, ha notado una ligera intumescencia de la entrada de la laringe, pero que no puede precisar nada más respecto á sus caractéres.

El exámen del pulmón hace constatar unas veces una bronquitis; en general, el murmullo vesicular está debilitado por la dificultad que encuentra el aire para franquear la abertura glótica. El repercutimiento del sonido laringo-traqueal se oye en toda la extensión del pulmón.

El exámen de los otros órganos no dá nada de particular.

El exámen de las orinas, practicado en algunos casos por Hepp, que tuvo la paciencia de recogerlas cuidadosamente, no ha ilustrado nada al respecto.

La temperatura no es en general elevada: 37°, ó 38°; 39° es la más alta que se encuentra en nuestras observaciones. Esta es la temperatura axilar, que la periférica suele estar más descendida y así se enfrian las extremidades en los casos en que está muy dificultada la respiración, yendo en razón directa de la anoxemia. Hay casos en que esta es sub-febril.

El exámen laringoscópico fué tentado en la enfermita de mi observación, pero fué impracticable por la cantidad de secresiones que llenaban la faringe.

---

## Diagnóstico

—

El diagnóstico presenta á veces dificultades bastante sérias. En efecto, se suele confundirla con la adenopatía de los ganglios traqueo-brónquicos, pólipos que generan accidentes reflejos, con laringitis sifilítica, palúdica, etc.

Trataremos de dar algunos de los síntomas resaltantes de estas enfermedades, para establecer así diagnósticos diferenciales.

Los signos físicos que dá la ademopatía traqueo-brónquica son: á la percución; matitez en el espacio inter-escapular, resistencia del dedo que percute, en la extensión que ocupa la zona de los ganglios hipertrofiados; matitéz en el manubrio del esternón. A la auscultación, disminución unilateral del murmullo vesicular, con sonoridad á la percusión.

Dice Zuber que «la localización de la matitéz «á la región del manubrio, con integridad comple-«ta del espacio inter-escapular, será á veces de

« una interpretación difícil; los tumores de la re-
« gión anterior del mediastino, pueden tener su
« punto de partida en el timo, (hipertrofia simple
« ó tumor maligno de este órgano). En estos ca-
« sos las perturbaciones funcionales por lesiones
« nerviosas, tos, accesos de disnea, perturbacio-
« nes de la voz que pertenecen á los tumores
« del mediastino posterior, los únicos que están
« en relación íntima con los troncos y plexos
« nerviosos, son nulos ó borrados ante los fenó-
« menos de compresión vascular y de asfixia con
« tiraje y cornaje por compresión.

Touchard dice que Gourdant, en autopsias de falso crup, ha encontrado la laringe y los bronquios normales; pero había perturbaciones de los ganglios brónquicos. Hourman y Albert dicen que en casos semejantes los nervios recurrentes estaban adosados á ganglios brónquicos infartados etc.

Entre los diagnósticos, indudablemente el más importante es el que hay que hacer con la « laringitis diftérica ».

A parte del comienzo insidioso de esta enfermedad, que se manifiesta después que ha habido algunos días de malestar, fiebre etc., hay casos como, dice G. Variot y Glover, casos tan faciles, que no admiten ninguna duda y en los cuales el diagnóstico de crup diftérico debe ser formulado aun sin exámen bacteriológico, tales como aquellos que, presentándose con los signos de una laringitis aguda, tos ronca, voz clara ó estinguida, dificultad

respiratoria etc., se constata una angina exudativa con extensión al velo amigdaliano, sobre todo, que es lo que le dá un signo más preciso de que se ha propagado á la laríngе cuando se la encuentra estendida á la pared faríngea posterior.

En el falso crup, la invasión se hace súbitamente, de una manera horrorosa á veces, y todo es aquí tan inesperado y brusco como pasagero.

Dice Variot y Glover «que de dos niños, el uno «que tenga desde hace dos ó tres días voz ronca y «una tos sospechosa desde hace cuarenta y ocho «horas y otro que haya sido atacado instantánea-«mente por la noche de una dificultad considerable «de la respiración, con inspiraciones sibilantes, «una tos crupal retumbante, de estos dos niños, «decimos, el primero está más gravemente enfermo «que el segundo. En este no se trata más que de «un falso crup, y aquel tenía el verdadero crup».

El edema de la glotis, afección rara en el niño, se distingue con facilidad del crup, en que generalmente es precedida de signos de una afección crónica de la laríngе, ó sucede á una quemadura de este órgano; á veces acompaña á un anasarca generalizado post-escarlatinoso. Sirve como dato útil para el diagnóstico, el que la intubación no puede ser practicada en el edema de la glotis. Los papilones de la laríngе pueden revelarse por un ataque súbito que simule el falso crup; pero, en general, hace suponer su existencia una disnea contínua y una alteración de la voz.

En cuanto á los abcesos retrofaríngeos, en aquellos casos en que existen empastamiento de la región cervical, dolor que limita los movimientos del cuello etc., el diagnóstico es por supuesto fácil, dice Touchard; pero no pasa siempre así, y hay casos en que el diagnóstico queda oscuro, y relata la observación de un niño que fué llevado asfixiado al Hospital y en un estado tal que se imponía la traqueotomia como único medio de salvación. Llamándole la atención la alta temperatura para pensar en el crup, fué llevado á practicar el tacto faríngeo y encontró un abceso debajo de una de las amígdalas.

Así, Variot y Glover insiste sobre la importancia que hay en buscar siempre estos abcesos que pueden ser retro ó látero-faríngeos.

Se diferenciará el falso crup del espasmo de la glotis, en que aquella enfermedad ataca de preferencia niños mayores de dos años, mientras que esta última se observa por debajo de esta edad. Aquí hay integridad de la voz, timbre normal de la tos, respiración normal en el intérvalo de los ataques, que no duran sino algunos segundos, durante los cuales la respiración queda suspendida. No hay fenómenos catarrales. Puede simular la enfermedad que nos ocupa la laringitis palúdica; se la diferencia consultando los antecedentes; el tratamiento en último lugar, salva las dificultades, sofocación y asfixia; nada falta.

Los cuerpos extraños de las vías aéreas son diag-

nosticados porque los fenómenos han seguido á la deglusión y los síntomas están señalados por sofocación intensa.

Las perturbaciones producidas por la laringitis sifilítica son caracterizadas, segun el Dr. Sevestre, por la ronquera y la bitonalidad del grito; y añade: «No obstante, cuando existe una infiltración extensa, una pericondritis con edema laríngeo y cuando se trata de un niño de algunos meses apenas, la afección puede rápidamente revestir el aspecto de un verdadero crup, con disnea intensa y silbido inspiratorio, tiraje, cornaje, accesos de sofocación y asfixia.

En los casos difíciles la duda puede mantenerse algun tiempo y se aclarará el diagnóstico por la marcha, la duración y la evolución de la enfermedad.

Se procederá, en fin, al exámen laringoscópico y no se descuidará el de la nariz, pues son bastante conocidos los accidentes que en ella toman orígen.

*Tratamiento*—En los casos lijeros bastará la inhalación de vapor de agua, la aplicación de compresas ó esponjas metidas en agua caliente y aplicadas delante del cuello, ventosas secas sobre el pecho, sinapismos en los miembros inferiores, y una poción con el objeto de calmar la tos.

Se administrará, si hay tos frecuente y el sueño está perturbado, un narcótico suave, hasta el restablecimiento de la calma, p. ej el jarabe de

codeina, que es bastante bien tolerado por los niños.

En los casos en que el elemento inflamatorio y el espasmódico se acrecientan, es menester redoblar los cuidados y hay que mantener día y noche una atmósfera húmeda y caliente en el cuarto del niño; aquel debe ser espacioso y ventilado.

Se han aconsejado varias sustancias para añadir al agua en ebullición, creosota, benjui, etc., pero lo cierto es que el vapor de agua en sí mismo constituye el verdadero ajente terapéutico, obrando no solo sobre el elemento inflamatorio sino también sobre el espasmódico, favoreciendo la expulsión de las secresiones, que por él son ablandadas.

En estos casos se puede administrar una poción con bromuro de potasio ó de tintura de belladona asociada con alcoholaturo de raíz de acónito.

Rep.

Bromuro de potasio . . . . . 1 gr.
Posión gomosa . . . . . 80 »
Jarabe simple . . . . . 20 »

*Por cucharaditas*

Tres ó cuatro por día y en el intérvalo de los accesos.

Rep.

Alcoholatura de raíz de acónito . . } ãa 5 gr.
Tintura de belladona . . . . . }

*Gotas*

Cinco gotas mañana y noche, aumentando una gota diaria hasta 15 ó 20.

Los baños tibios son muy saludables.

Se pondrá en cama al niño después del baño y se le abrigará las piernas con botas de algodón.

Es útil tener siempre limpia la boca del niño, usando una solución boricada.

Cuando el tratamiento médico no ha dado resultado y persisten el tiraje y los accesos de sofocación, cuando la asfixia es inminente, cuando hay perturbaciones de la circulación y desfallecimiento, es el caso de recurrir á los procederes quirúrgicos: la traqueotomia y el tubaje.

El tubaje es indudablemente el proceder de elección para los enfermos que se atienden en el Hospital, donde se está contínuamente en guardia contra cualquier accidente que pueda presentarse tal como la espulsión espontánea, en un acceso de tos, la obstrucción brusca del tubo, etc.

Todos estos inconvenientes son muy difíciles de salvar en el público, donde tiene que constituirse permanentemente el médico ó practicante para estar siempre listo al primer llamado, pues de lo contrario á veces se puede llegar tarde.

De tal manera que en los casos muy graves, el médico, en la mayoría de las veces, se ve obligado á practicar la traqueotomía, y digo en estos casos, porque la observación ha demostrado que la traqueotomía es siempre una operación muy seria aún entre las manos más hábiles,

y que en muchos casos que parecian absolutamente urgentes se ha podido evitarla. Así es que nunca se dejará de ser bastante prudente, y es menester esperar con toda paciencia el momento extremo para intervenir.

---

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

1ª En el tratamiento radical de la hernia inguinal, el mejor procedimiento es el del doctor Aguilar.

---

2ª En la práctica de hospital, es preferible, por regla general, el tubaje á la traqueotomía.

---

3ª En la laringitis aguda á tiraje permanente, la marcha de la enfermedad es un signo de diagnóstico.

---

4ª La aritmia en el pulso de los niños. no es lo suficiente para poder afirmar, por su existencia, un mal pronóstico.

Buenos Aires, Septiembre 29 de 1898.

J. M. QUINTEROS.

---

Septiembre 30 de 1898.

Nómbrase á los Señores Académico Doctor José Penna, Profesor titular Doctor Eduardo Ovejero y Profesor Suplente Doctor Facundo Larguía para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de ésta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
*Luis M. Acuña.*

---

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Don Juan M. Quinteros: «En el local de la Facultad, á 10 de octubre de 1898, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el ex alumno Don Juan M. Quinteros, que versa sobre «Laringitis aguda con tiraje permanente» resol-

vieron admitirla, con lo que terminó el acto. Firmados: J. Penna—E. Ovejero—F. Larguía—Fernando Zenón Aguilar, Pro-Secretario.

Octubre 10 de 1898.

*Luis M. Acuña.*

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión. debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
*Luis M. Acuña.*

---

## BIBLIOGRAFIA

—

Trousseau—Clinique de l'Hôtel Dieu. T. I. p. 554.

Rilliez et Barthez—Traité des maladies de l'enfance. T. I., 347.

Ruault—Traité de Medecine. T. IV, p. 161.

Cadet de Gassicourt — Maladies de l'enfance. T. III, p. 147.

Touchard—Revue mensuelle des maladies de l'enfance—Marzo de 1894.

Hepp—Gazette des hopitaux—Marzo de 1897.

I. Graucher — 1897 — Maladies de l'enfance. T. III, p. 800.

Barthez y Sauné—Maladies des enfants. T. I, p. 493.

Bagiusky—Maladies des enfants, 1892. T. II, p. 201.

J. M. Quinteros.