Año 1908

1609

Núm. 1853

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Laringitis aguda subglótica

EN LOS NIÑOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL A. VILLARROEL

Ex-practicante menor externo, menor y mayor interno, por concurso de examen
(años 1904-05-06-07-08)

1908
Editores: Gallego, Vilaseca y Cía.
272 — Suipacha — 272
BUENOS AIRES

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.).
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figuero
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurrald
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto PeraltaRamos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T.Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada	»	Vacante
Química orgánica aplicada	»	Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez (en ej.)
Física farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	»	Vacante
Técnica farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell Vacante

---

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

JOSÉ G. RIVAS

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A los doctores

PATRICIO FLEMING

MARCELO VIÑAS

PACÍFICO DÍAZ

Mis más queridos maestros.

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Someto á vuestro juicio este trabajo, fruto de mis observaciones de tres años.

Antes de abandonar, seguramente para siempre, estos lugares tan queridos, séame permitido formular un voto de gratitud hacia vosotros, mis maestros, y á los médicos del Hospital de Niños doctores A. Arraga, M. Castro, J. G. Fernández, Rivas Míguez, R. Linch, H. González del Solar, A. Copello, R. Solé, F. Pérez, L. Belloc, Quadri y Cucullo, de quienes llevo lleno el corazón de gratas impresiones de cariño y gratitud.

A los doctores Patricio Fleming, Marcelo Viñas y Pacífico Díaz, cuyas lecciones no sabré agradecer jamás suficientemente, mi mayor reconocimiento.

A mi padrino de tesis, doctor José G. Rivas, mi primer maestro de clínica, en cuyo servicio hice la práctica que motiva el presente trabajo, y de quien tantas atenciones he recibido, gratitud sincera.

A los doctores Rómulo Cabrera, Alfredo Larguía

y R. Fumasoli, por siempre agradeceré sus atenciones y enseñanzas.

Le guardo en lo más íntimo de mi alma un sentimiento de cariño y amistad al doctor Abel Zubizarreta, por las finas atenciones y los buenos consejos de él recibidos.

Al doctor Carlos Lagos García, médico interno del Hospital de Niños, la expresión sincera de mi amistad.

GENERALIDADES

Durante nuestro internado en el Hospital de Niños, hemos tenido ocasión de observar varios casos de laringitis aguda de la región sub-glótica, no específica, que trae como consecuencia el disturbio de una de las funciones más necesarias para la vida: la respiración.

Fuera de los casos en que la inflamación aguda de la región sub-glótica da lugar á una enfermedad paroxística traducida por accesos de sofocación de poca duración, descriptas por Bretonneau y Trouseau, bajo el nombre de laringítis estridulosa, por por Guersant con el nombre de falso crup, existe en el niño una forma de laringítis sub-glótica, no diftérica, caracterizada por disnea y tiraje permanente, progresiva, que puede acabar con la muerte por asfixia, casi en todo semejante al crup primitivo (d'amblée). Estos fenómenos se deben á la constitución anatómica especial de la región sub-glótica que la distingue de las demás porciones de la laringe. Gracias á esta particularidad, esta forma de laringitis adquiere un carácter importante en el estudio de la clínica pediátrica.

Poco tratada por los autores clásicos y por los que se han ocupado de laringitis en los niños, á pesar de que su estudio data de algunos años atrás, y de su importancia bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial con el crup y otras enfermedades en las cuales la disnea y la cianosis representan su principal manifestación objetiva. No es raro encontrar multitud de monografías sobre laringitis en las cuales llaman la atención los fenómenos de sofocación, disnea y tiraje, pero la mayoría dan como causa el enpasmo prolongado de la glotis, y la describen como una forma de laringitis estridulosa, haciendo poca ó ninguna mención del gran rol que desempeña en todas estas manifestaciones prolongadas, la región sub-glótica que por su tumefacción trae un obstáculo mecánico á la libre circulación del aire en las vías respiratorias.

Sin duda hay formas agudas de laringitis fuera de la sub-glótica, que pueden producir fenómenos de crup, como las inflamaciones del vestíbulo cuya mucosa tiene una sensibilidad especial que puede traducirse por espasmos prolongados de los músculos constrictores de la glotis, y pueden dar lugar á los mismos fenómenos, aunque en menor grado las otras partes de la mucosa de éste órgano; pero creemos y tenemos comprobada por nuestras observaciones, que la causa más común, la única en la mayoría de los casos en que hay un tiraje permanente y gra-

dual y no tienen un orígen diftérico, son debidos á la tumefacción de la mucosa de la región sub-glótica. El examen laringoscópico, las autopsias y el estudio anatomo patológico nos lo han probado.

La laringoscopia la hemos podido practicar muy pocas veces por la gran dificultad que hay para hacer ésta clase de exámenes en niños menores de 5 años, edad en la que es más frecuente ésta enfermedad. En los pocos examinados por el doctor Rivas y por nosotros, hemos podido constatar la existencia de un rodete mucoso por debajo de las cuerdas vocales inferiores, debido á la tumefacción de la mucosa y que guardaba relación con la disnea y tiraje permanente que presentaba el enfermo.

En las observaciones de los primeros casos sufrimos confusiones, nos era difícil constatar su verdadera causa, casi siempre la confundíamos con el crup ó con la laringitis á tipo puramente espasmódico. Las primeras autopsias de los que fallecían de bronco-pneumonía, complicación frecuente y grave, no nos daban datos suficientes que pudieran explicarnos su causa, sólo encontrábamos un enrojecimiento con marcadas arborizaciones vasculares de la mucosa laríngea, y sin exudado membranoso. Más tarde, variando la técnica de la autopsia de la laringe, como veremos más adelante, pudimos comprobar la inflamación y tumefacción de la región subglótica.

Su estudio histológico nos enseña que esta región

es el asiento de una infilración. El corión de la mucosa está infiltrado de leucocitos sobre todo en la vecindad de los vasos y de las glándulas, estas se encuentran tumefactas haciendo saliencia hacia su superficie.

A pesar de la relativa frecuencia de ésta forma de laringitis, es poco conocida entre nosotros, porque, generalmente, se la confunde con el crup primitivo. Esta confusión la hemos notado en los enfermos que han sido enviados por facultativos, al servicio de difteria del Hospital de Niños; casi todos venían con el diagnóstico de crup-diftérico.

Entre los trabajos de laringitis aguda que pueden dar lugar á tiraje y sofocación prolongados, sólo conocemos el del doctor Socca de Montevideo y la tesis de Quinteros. En los dos trabajos se tiene en cuenta el factor espasmo, como causa de todos los fenómenos y la describen como una variedad de laringitis espasmódica, sin tener en cuenta el obstáculo mecánico que se produce por alteraciones en el volumen de la mucosa subglótica.

El doctor Viñas, fué el primero en llamarnos la atención sobre ésta enfermedad, explicándonos la verdadera causa cuando nos encontrábamos desorientados en presencia de los casos que teníamos bajo nuestra observación. El también, creemos, fué el primero en hacer con éxito el tratamiento de las estenosis consecutivas á esta variedad de laringitis.

ANATOMIA

La laringe, porción diferenciada del conducto aéreo, tiene dos grandes roles: una en relación con la vida del individuo mismo, es el pasaje del aire en las vías respiratorias, y la otra, que es una atribución de la especie, la producción de sonidos que modificados constituyen la palabra.

Organo impar y mediano, colocado en la parte postero inferior de la base de la lengua y por debajo del hioides, se continúa por su parte inferior con la traquearteria. Móvil en el sentido vertical, y anteroposterior durante la deglución y el grito y móvil también lateralmente, diferiendo estos últimos de los primeros en que se hacen de una manera pasiva sin la intervención de los músculos.

En el adulto son variables sus dimensiones, según los individuos, sexo y edad. En el niño hasta los 10 ó 12 años sólo encontramos las variaciones individuales y los de edad, siendo de notar que estas últimas son poco marcadas y no guardan relación con los demás órganos de la economía hasta llegar á la pubertad.

En el recién nacido el diámetro anteroposterior es de 12 milímetros; el transversal y longitudinal de 15 y 18, respectivamente. Estas cifras no sufren un aumento muy sensible en los primeros años.

Es curioso observar la diversidad de figuras que presenta una sección hecha horizontalmente en una zona determinada y en niños de edad idéntica.

La laringe en el niño está situada á un nivel más alto que la del adulto. En cuanto á la posición relativa á la columna vertebral, Ballantine dice que en el recién nacido el límite superior corresponde al axis entre su apófisis odontoide y el cuerpo y el límite inferior á la parte media del cuerpo de la 5ª vértebra cervical si la cabeza está levantada; á la 4ª si se examina en extensión forzada; á la 6ª si el cuello ha sido excesivamente flexionado. Según Symingston, en el feto y en el recién nacido, teniendo la cabeza flexionada, el borde inferior del cricoideo corresponde al límite superior de la 4ª vértebra cervical, y en aquellos que son examinados con la cabeza levantada, al nivel de la 3ª vértebra.

La inspección ó la palpación en los niños como en la mujer, deja percibir muy poco ó nada la manzana de Adan.

El cartílago tiroideo en la infancia presenta cierta particularidad. Si se mira por transparencia, se nota que está formado por tres porciones, dos piezas laterales y una intermedia, impar y mediana, más elás-

tica que las otras; tiene la forma de huso y está unida á las laterales por un tejido cartilaginoso más ó menos fibrilar que le permite muy ligeros movimientos. En el adulto estas piezas llegan á confundirse y forman una cresta saliente hacia adelante. Esta cresta, tan útil al cirujano, no existe en el niño menor de dos años.

La epiglotis fibrocartílago, impar y mediano, situado por delante del orificio superior de la laringe sobre el cual se aplica á la manera de un opérculo durante los movimientos de la deglución, es casi siempre vertical en el adulto; en el niño, en la mayor parte de los casos, se muestra oblicua de adelante hacia atrás, y ofrece el tipo de trompa de elefante, como dice Isambert. En los muchos casos que hemos intubado, al palpar la epiglotis, la hemos encontrado muy variable en sus dimensiones en niños de la misma edad.

La pequeñez de las cuerdas vocales y de la glotis intercartilaginosa, el poco desarrollo de sus cartílagos, que son fácilmente depresibles, la falta de armonía en la evolución del hueso hioides, completan las particularidades de la laringe infantil.

De todas las porciones de la laringe la que más nos interesa conocer es la región subglótica. Limitada hacia arriba por el borde libre de las cuerdas vocales inferiores, hacia abajo por el borde inferior del cartílago cricoideo. Está constituída atrás por la por-

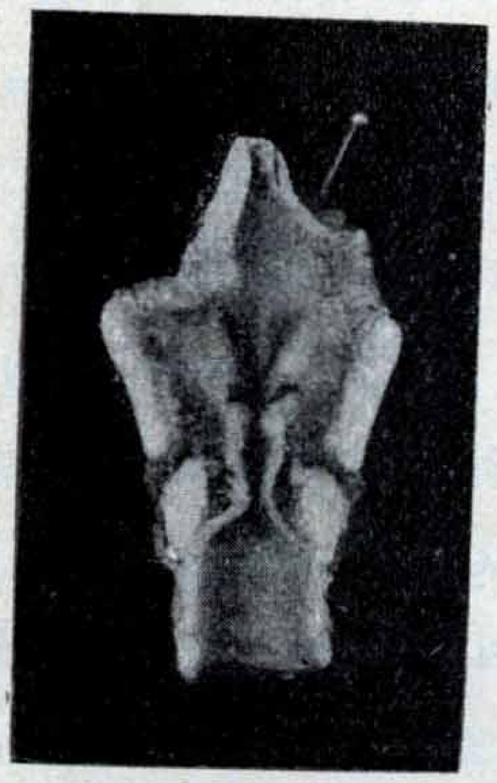
ción ensanchada del cricoideo, adelante por la parte anterior de este mismo cartílago y por la porción inferior del tiroideo, lateralmente está formada por el cricoideo y la cara inferior de las cuerdas vocales.

Esta zona es cilíndrica en su parte inferior é infundibuliforme en su parte superior debido á la dirección que toman las cuerdas vocales verdaderas. Su parte media en el recién nacido mide 6 milímetros de adelanta hacia atrás y 4 milímetros en el sentido transversal.

La mucosa que tapiza esta región es lisa, continua, de una coloración rosa ó grisácea. Presenta particularidades que la distinguen de las demás partes de la mucosa laringea, particularidades que consisten en la gran riqueza de la red linfática, en el espesor y laxitud del tejido conjuntivo submucoso y en presentar marcada sensibilidad que se traduce por espasmos reflejos de los músculos constrictores de la glotis. Poco adherente en sus tres cuartos superiores gràcias á la abundancia del tejido celular submucoso muy laxo que permite movimientos de deslizamiento muy extensos sobre los planos subyacentes y que se presta muy bien á las experiencias de infiltración y de edema artificial por inyecciones. Este tejido celular va disminuyendo en su porción inferior, donde la mucosa se amolda sobre el esqueleto de la laringe, es decir, sobre la superficie interna del anillo cricoideo.

Histológicamente se compone de una capa epitelial y de un dermis ó corión. La capa epitelial se compone de una primera fila de células superficiales cilíndricas delimitadas en su extremidad interna por un platillo cuticular provisto de cilias vibrátiles, entre estas células cilíndricas existen algunas caliciformes. Por debajo de ésta se encuentran células cúbicas ó poliédricas por presiones recíprocas. En esta capa epitelial se encuentran cierto número de leucocitos emigrados probablemente de los folículos subyacentes.

El dermis ó corion está constituído por elementos del tejido conjuntivo á los cuales vienen á añadirse en su parte profunda gran número de fibras elásticas. Las partes superficiales de este corion están formadas por tejido reticulado análogo al tejido linfoideo; se encuentran en efecto numerosos elementos



Segmento anterior de la laringe de una chica de 4 años, con infiltración de la región sub-glótica.

redondeados, que por su forma y volumen recuerdan los corpúsculos linfáticos.

Las glándulas que contienen esta mucosa son de dos especies: glándulas mucosas y glándulas foliculosas ó corpúsculos cerrados. Las dos variedades son abundantes en la cara inferior de las cuerdas vocales verdaderas.

ETIOLOGIA

La laringitis subglótica es más frecuente de uno á cinco años de edad, haciéndose rara después de los siete años.

El sexo no tiene influencia ninguna; no así la herencia que la hemos observado en tres casos sobre 18 enfermos. Esta proporción debe ser mayor si se tiene en cuenta que en la mayoría de las veces nos ha sido imposible obtener datos precisos de los padres, debido á la ignorancia de estos y que poco ó nada saben de su infancia.

Esta tendencia á las laringitis de miembros de una misma familia se explicaría por las considerables variaciones individuales en las dimensiones de la región subglótica que, en caso de ser pequeña, la más ligera tumefacción de su mucosa traería la disminución de su calibre produciendo los fenómenos de obstáculo respiratorio. Estas disposiciones anatómicas, serían transmisibles por herencia, como lo son las de otros órganos de la economía.

En cuanto al estado de nutrición del paciente,

son más atacados los menos desarrollados, contrariamente al tipo espasmódico á la vulgar laringitis estridulosa que generalmente ataca á niños bien constituídos. La dentición no tiene influencia como para esta última forma.

Los niños portadores de amigdalas hipertrofiadas, de vegetaciones adenoideas é hipertrofias ganglionares, son los más atacados.

El frio juega un gran rol en la etiología de la laringitis en general. En la sub-glótica hemos notado su influencia en el mayor número de atacados durante el invierno y con los cambios bruscos de temperatura. Sin embargo, esta influencia no es tan marcada como para las otras formas, pues hemos tenido ocasión de observar varios casos en pleno verano.

Pueden contarse entre sus principales causas ciertas enfermedades generales, como el sarampión, influenza, tifoidea, viruela, etc. Pero de todas estas la que más ataca la laringe es el sarampión. Las manifestaciones laríngeas, en ésta enfermedad, se presentan en el período de invasión, y no es sino una exacerbación del catarro laríngeo, pues es sabido que se produce antes de la erupción un proceso análogo sobre las mucosas (enantema), y que particularmente ataca las vías respiratorias. Esta inflamación laríngea, en vez de disiparse va al contrario, acentuándose poco á poco durante los períodos de erupción y de descamación dando lugar á los fenómenos alarman-

tes de asfixia, que en varios casos nos hemos visto obligados á intervenir rápidamente. Han sido por otra parte los que nos han dado preciosos detalles en su autopsia. En la fiebre tifoidea hemos tenido la oportunidad de observar un caso en el servicio del doctor Arraga. El obstáculo laríngeo, llegó á tal grado, que tuvimos que hacer una intervención inmediata por la intubación.

La mucosa de la región sub-glótica, provista de una rica red linfática y de folículos cerrados, puede asimilarse por esta particularidad á un órgano linfoideo y, como tal, tendría una predisposición especial á las infecciones como la tienen las amigdalas por ejemplo, como éstos órganos también puede inflamarse aisladamente dando lugar á la forma primitiva de laringitis.

El tejido sub-mucoso que está compuesto de una capa celular abundante y laxa, se presta con mucha facilidad á infiltraciones.

En la mayoría de las veces, la inflamación de esta sub-mucosa y de la mucosa, es propagada de las regiones vecinas, ya sea de su parte superior ó ya de su parte inferior; las amigdalitis y faringitis agudas ó crónicas, las traqueobronquitis pueden provocarlas. En la mayoría de nuestras observaciones, estas inflamaciones la han precedido, dando lugar en estos casos á la forma secundaria de laringitis.

Si en las autopsias la infiltración de la región sub-

glótica, escapa más á menudo á la observación, es por que los métodos de exámen da la laringe son defectuosos. En efecto, cuando se incinde longitudinalmentel a laringe, como se hace generalmente y se abre distendiendo ó rompiendo sus cartílagos, se obtiene una buena exposición de su superficie interna, pero las modificaciones de la luz del conducto producidas por la tumefacción de la mucosa no son nada apreciables sobre todo si son ligeras. Para juzgar el grado de tumefacción y de permeabilidad, se hace necesario hacer cortes transversales después de su fijación.

Los exámenes bacteriológicos de las mucosidades de la laringe hechos bajo la dirección del doctor Julio G. Fernández, con el celo y competencia que lo distinguen, no han dado sino estrepto y estafilococos.

SINTOMAS

El comienzo de la laringitis sub-glótica es raras veces observada por el médico, porque los primeros síntomas son poco alarmantes y se llega á su conocimiento por vía de anamnesis. A este respecto se adquiere de los padres ó parientes datos que están casi siempre de acuerdo. Empieza con decaimiento, ligera elevación de temperatura y tos un poco ronca; al día siguiente ó al tercero estos fenómenos se acentúan, al mismo tiempo aparece una ligera modificación de la voz y un poco de disnea. Esta disnea aumenta de intensidad gradualmente hasta producir inquietud en el niño. En este estado es que generalmente se tiene la ocasión de observarlos. La inspiración pone en juego violento todos los músculos inspiradores y se produce el tiraje que resulta del vacío intratoráxico momentáneo. Este tiraje está caracterizado por la depresión inspiratoria que se nota en la base del cuello por encima del mango del esternón y de las clavículas, depresiones que se hacen más marcadas por la contracción enérgica de los esterno-cleido-

mastóideos; también se le observa por debajo de las clavículas, en los espacios intercostales y sobre todo en la región epigástrica, determinada por la contracción forzada del diafragma; esta depresión es acentuada en los de muy corta edad por la flexibilidad del apéndice xifoides y de los cartílagos costales. La intensidad del tiraje es variable, como se comprende, según los casos y el tiempo transcurrido desde el principio de la enfermedad.

La respiración es forzada y acelerada, el silbido laringeotraqueal se deja oir á distancia atestiguando así la dificultad de la respiración por obstáculo laríngeo. La tos es particular, ronca, sonora, casi siempre frecuente y á veces quintosa. La voz es más ó menos apagada, ligeramente ronca, pero cuando grita el niño es clara y de tonalidad elevada. Los tegumentos están pálidos, pero esta palidez es menos marcada que en el crup. Las alas de la nariz se dilatan á cada inspiración.

El pulso es frecuente de 120 á 130 y más.

La temperatura es de 37,5, 38 y 39º.

Cuando la edad le permite, el niño se queja al nivel de la laringe de una sensación de calor constante y de dolor cuando tose. En algunos casos hay accesos de sofocación que pueden ser frecuentes, repitiéndose dos, cuatro y ocho veces en las 24 horas. Estos accesos se caracterizan por tener remisiones muy débiles, sin intervalos de reposo completo como

se observa en la laringitis estridulosa á tipo espasmódico.

A la auscultación de los pulmones, cuando no hay complicación, se nota la disminución ó la desaparición del murmullo vesicular según la intensidad del obstáculo laríngeo, y se siente la repercusión del silbido producido en el punto estenosado. El ritmo de la respiración está modificado, contrariamente á lo normal la espiración es más lenta, prolongada. En la generalidad de los casos hay rales pequeños diseminados en ambos pulmones.

En los casos graves la inquietud del niño aumenta, su cara se cubre de sudor, expresa una angustia terrible, toma los objetos que están á su alcance, se agita constantemente, lleva las manos al cuello, etcétera. Las extremidades se enfrían, los dedos y los labios se ponen cianóticos. El pulso es pequeño, desigual é irregular. Este estado no dura mucho tiempo; el enfermo puede sucumbir si no se interviene, sea bruscamente ó ya lentamente, después de haber caído en un estado de somnolencia y de adinamia. En este caso la cianosis se generaliza, la anestesia general sobreviene, las pupilas se dilatan, la respiración se vuelve superficial é irregular. El enfermo muere después de una terrible agonía envenenado por el ácido carbónico.

Presenta, como se ve, una fisonomía idéntica al del crupdiftérico y, como en éste, los fenómenos de

asfixia pueden llegar á tal grado, que se hace necesaria una intervención rápida por la intubación de la laringe ó por la traqueotomía.

Al examen, la garganta, en la mayoría de los casos, se presenta normal, en otros ligeramente hiperhemiada y con moderada hipertrofia de las amigdalas, encontrándose á veces estas hipertrofias bastante marcadas. Algunos niños son portadores de vegetaciones adenoideas. No se encuentra exudado membranoso.

Las hipertrofias de los ganglios submaxilares que se hallan algunas veces, son por lo general anteriores á la enfermedad; se trata de adenitis crónicas.

La laringoscopia nos da preciosos datos sobre todo para el diagnóstico diferencial con el crup, mostrándonos la causa misma de los fenómenos que se observan; pero desgraciadamente es muy difícil ó imposible en niños menores de 5 años y aún en los de mayor edad, se hace impracticable cuando son indóciles ó cuando se encuentran en estado de inquietud por la asfixia que les amenaza. Si se tiene éxito en hacer este examen, se nota en la región supraglótica la epiglotis, los aritinóideos y el vestíbulo normales ó ligeramente inflamados. En la mayoría de los niños es la única porción de la laringe accesible á la vista, porque el pequeño enfermo cierra su glotis por una especie de reflejo defensivo. Este examen, aunque parcial, nos es muy útil, porque podemos

desechar casi con seguridad por la ausencia de falsas membranas la posibilidad del crup primitivo (d'amblée). En los niños que es posible ver la región subglótica, se observa por debajo de las cuerdas vocales inferiores que pueden estar hiperhemiadas, dos rodetes simétricos, rojos y tensos, paralelos á las cuerdas y avanzando más ó menos hacia el eje del conducto laríngeo, dejando entre ellos una hendidura anteroposterior bastante regular. Esta hendidura sufre modificaciones, puede estar acortada en su longitud por la existencia hacia adelante ó hacia atrás, de un rodete transversal formado por la pared anterior ó posterior de la mucosa; otras veces es irregular por ser más voluminoso uno de los laterales. Esta tumefacción desaparece recubierta por las cuerdas vocales verdaderas durante la fonación, pero en la inspiración es netamente visible. De sus dimensiones más ó menos acentuadas depende el grado de estenosis laríngea.

———

DIAGNOSTICO

Cuando se presentan casos, en los cuales se puede hacer un exámen detenido, el diagnóstico es fácil, pero á veces se encuentran dificultades serias debidas pero á veces se encuentran dificultades serias debido mo que no puede someterse á exámenes completos y prolongados.

La laringitis aguda sub-glótica, puede confundir se con la adenopatía traqueobrónquica, los cuerpos extraños de las vías respiratorias, el edema de la laringe, con el falso crup á tipo espasmódico, con el verdadero crup y en general con todos aquellos accidentes que traen obstáculos al libre curso del aire en las vías respiratorias.

Cuando los gánglios peritraqueobrónquicos, están considerablemente aumentados de volúmen, comprimen la tráquea y los bronquios, ó cuando estos gánglios caceificados hacen irrupción en la luz de éstos conductos por ulceraciones hechas en sus paredes, producen en ambos casos una disminución considerable del calibre, ocasionando fenómenos de asfixia que

pueden presentarse poco á poco ó de una manera súbita. Por la disnea intensa con tiraje prolongado, la cianosis y la conservación de la voz, puede confundirse con la laringitis sub-glótica. Nosotros hemos tenido la ocasión de observar dos casos en el Hospital de Niños, ambos se presentaron con marcados fenómenos de asfixia. Por el estado desesperante de los enfermos y por parecernos á primer golpe de vista atacados de laringitis sub-glótica, les hicimos la intubación inmediata de la laringe sin conseguir ninguna modificación en el estado de los enfermos. Esto nos indujo á hacer un exámen más atento, y sólo entonces pudimos pensar en la adenopatia traqueobrónquica. Las autopsias del os dos casos, que eran idénticos, nos demostraron la existencia de masas caseosas en la parte inferior de la tráquea y avanzando hacia el bronquio derecho que la obliteraba casi por completo.

Esta adenopatía se la distinguirá por la tos coqueluchoidea, por las alteraciones de la voz debidas á parálisis de las cuerdas vocales por compresión de los nervios recurrentes, la red venosa de la piel del tórax, la larga duración de la afección, la ausencia de temperatura. Por la percusión da matitez en el espacio interescapular y en el mango del esternón. A la auscultación hay disminución ó desaparición unilateral del murmullo vesicular y se encuentra el signo de Smith.

El edema de la glotis, afección rara en los niños,

se distingue fácilmente de la laringitis hipogiótica en que generalmente los fenómenos de estenosis se presentan con rapidez y en sujetos hidrehémicos ó que han tenido una afección crónica de la laringe. La espiración es fácil y muy difícil la inspiración en el edema de la laringe. Introduciendo el dedo se puede notar la epiglotis y los repliegues aritenoepiglóticos tumefactos y llegando casi á obturar el orificio superior de la glotis. Los papilomas que producen espasmos prolongados se distinguirán por los antecedentes, las modificaciones de la voz y por la frecuencia de los accesos.

El diagnóstico con los cuerpos extraños de las vías respiratorias se llega á hacer generalmente por las anamnesis, pero si estos faltan ó son incompletos, se tratará de reconocer por sus signos propios. Cuando el cuerpo extraño ha quedado en el vestíbulo, hay perturbaciones de la fonación; baja la laringe á cada inspiración y por la palpación digital se puede llegar á sentir. Si se encuentra en la traquea, se sienten generalmente los movimientos de ascenso y descenso del cuerpo extraño, comprimiendo exteriormente el cuello durante los accesos de tos. Si desciende á uno de los bronquios, habrá disminución ó supresión de la entrada del aire en el pulmón correspondiente. Todos estos casos se caracterizan por la aparición brusca de los fenómenos de estenosis. Esta brusquedad es de gran importancia; es por ella sobre todo que

pudimos hacer el diagnóstico de cuerpo extraño en una niñita que los padres no daban antecedente ninguno y que presentaba todo el cuadro de la laringitis subglótica. Por la traqueotomía tuvimos éxito en extraer un poroto que se encontraba alojado por debajo de las cuerdas vocales inferiores.

La verdadera laringitis subglótica se distinguirá de la laringitis á tipo espasmódico ó laringitis estridulosa, en que en aquella los fenómenos de estenosis se presentan lenta y progresivamente y tienen una duración prolongada, mientras que en la última forma se presentan de una manera brusca, casi siempre de noche, cuando duerme el niño, y tiene una corta duración de algunos minutos á pocas horas; hay casos, sin embargo, en que puede presentarse prolongada, pero aún entonces siempre se diferenciará de la primera por su principio súbito y por sus accesos de sofocación con marcadas remisiones, llegando en la generalidad de los casos hasta presentar una respiración normal en sus intervalos, lo cual no sucede en la subglótica. Por otra parte, ambas pueden tener el mismo origen, es decir, que en la mayoría de los casos la laringitis estridulosa es causada por inflamaciones de la mucosa hipoglótica, distinguiéndose sólo por el mecanismo de la estenosis. En la forma que tratamos, es puramente mecánica, la tumefacción que oblitera el conducto laringeo,

mientras que en el llamado pseudo crup domina el espasmo.

Las dos se aproximan no sólo por sus condiciones etiológicas, sino también por la ausencia de síntomas de una infección general y por la conservación de la voz.

El espasmo puro de la glotis se diferenciará en que hay aparición brusca de la apnea en niños en completo estado de salud, sin causas aparentes ó bajo la influencia de emociones psíquicas, por su duración que es de pocos segundos y por un ruido silbante á la inspiración al principio ó al fin de los accesos. El diagnóstico con esta afección quizá no tiene interés; por su poca duración el médico casi nunca tiene oportunidad de observar.

En los abcesos retrofaríngeos se observan fénomenos de obstáculo laríngeo bastante notables, con tiraje y conservación de la voz, parecidos á los de la laringitis subglótica, pero entre estas afecciones se encuentran diferencias. En la primera hay marcada dificultad para la deglución, ausencia de ruido silbante inspiratorio estenótico, y cuando se le acuesta al enfermo la dificultad respiratoria aumenta. Procediendo al examen, introduciendo el dedo en la laringe, si existe abceso, se sentirá en la pared posterior de la faringe una tumefacción fluctuante, lisa, elástica y dolorosa más á menudo por fuera de la línea media.

Entre los diagnósticos, indudablemente el más importante y el que mayores dificultades presenta, es el que hay que hacer con el crupdiftérico. Cuando esta enfermedad es secundaria, es decir, consecutiva á la difteria faringea, es fácil diferenciarlos porque se encuentra en presencia de una inflamación crupal de la garganta, se constata un exudado membranoso sobre las amigdalas, pilares y velo del paladar, y sobre todo si se extiende á la pared posterior de la faringe nos da un precioso signo de su propagación á la laringe. En estos casos no se admite duda; se puede casi formular el diagnóstico de crup diftérico aún sin examen bacteriológico. Pero cuando esta enfermedad es primitiva, la dificultad es muy grande. Las dos tienen el mismo principio progresivo, los mismos fenómenos de sofocación, la garganta está normal. Sin embargo, tienen ciertas particularidades que permiten hacer su distinción en muchos casos. En el crup las modificaciones de la tos y de la voz guardan relación entre sí, cuando la estenosis llega á una cierta intensidad el enfermo está afónico y la tos está proporcionalmente modificada.

En la laringitis que nos ocupa, al contrario, hay casi siempre una desproporción entre el grado de estenosis y las alteraciones de la voz y de la tos; puede haber una tos ronca y sonora con una marcada estenosis, mientras que la voz es clara, sobre todo si el niño grita ó llora, y esto se explica por el sitio

que ocupa el obstáculo que se encuentra por debajo de las cuerdas vócales inferiores que quedan en estado normal. Pero puede suceder, y no es raro, que en el crup esté poco ó nada modificada la voz, probablemente porque ocupa la región subglótica, convirtiéndose así en un factor etiológico de la laringitis hipoglótica. En este caso, se comprende la imposibilidad de su diagnóstico, que sólo puede darnos la expulsión de falsas memebranas ó el examen bacteriológico de las mucosidades laríngeas. Otros signos como el infarto ganglionar submaxilar y la palidez son inconstantes. Lo más importante en estas circunstancias es el examen laringoscópico ó la inspección directa de la epiglotis, que nos revela la existencia ó ausencia de falsas membranas, pero es sabido la gran dificultad que hay para hacer estos exámenes.

———

MARCHA Y PRONOSTICO

Se puede dividir la laringitis subglótica en dos períodos, uno de disnea y otro de asfixia. Los dos reunidos tienen una duración sumamente variable de 2 á 15 días y más, como lo demuestran nuestras observaciones. El período de disnea es á veces tan corto que la enfermedad parece pasar directamente al de asfixia. Son casos estos en que fácilmente se confunde con la laringitis estridulosa sino se tiene cuidado en investigar minuciosamente de los padres ó parientes el comienzo exacto de la enfermedad. Teniendo este cuidado se consigue saber que el estado de asfixia ha sido precedido por disnea que ha durado por lo menos un par de horas, que ese estado no se ha presentado de una manera tan súbita como en el llamado pseudo crup.

En la mayoría de nuestras observaciones el período de disnea ha tenido una duración de varios días aumentando lenta y progresivamente hasta llegar al período de asfixia ó bien no ha llegado á este estado y se ha mantenido mucho tiempo con tiraje contínuo

á veces interrumpido por pequeñas remisiones, ó al contrario con accesos de sofocación poco marcados y de corta duración.

En los niños de dos á tres años, en los que tienen hipertrofias crónicas de las amígdalas y vegetaciones adenoideas, es en los que se nota una duración más prolongada.

Las consecutivas al sarampión son las más temibles por su intensidad, su larga evolución y las estenosis crónicas. La laringitis que acompaña á la influenza es por lo regular de corta duración y cede fácilmente á un tratamiento apropiado, se caracteriza por su complicación pulmonar.

Se puede decir, que en los casos ordinarios la duración de ésta enfermedad es de dos á cinco días.

El pronóstico de la laringitis subglótica en algunos casos es favorable. Puede presentarse serio cuando el obstáculo laríngeo es muy marcado, porque puede producir la muerte por sofocación sino se interviene quirúrgicamente. El pronóstico debe casi siempre ser reservádo porque los accidentes laríngeos son á menudo seguidos de bronco-pneumonía ó pasan al estado crónico.

Las inflamaciones de la traquea y de los bronquios que preceden ó siguen á la inflamación de la mucosa cricoidea en los dos casos casi siempre sobrevienen las bronco-pneumonías fatales por las condiciones en que se desarrolla bajo la estenosis laríngea

que provoca y mantiene la congestión y dificulta la ventilación pulmonar.

Cuando pasa al estado crónico se presenta de la manera siguiente: Un niño atacado de laringitis subglótica ha llegado al estado de asfixia y es intubado ó traqueotomizado. Al segundo ó tercero día, cuando se retira el tubo, en el primer caso, ó cuando se oblitera el orificio cervical en el segundo, es presa inmediatamente ó después de varias horas de tiraje y disnea intensos, obligando á reintubarlo ó á restituir la cánula en la tráquea. Después de otros dos ó tres días los mismos accidentes se reproducen y los fenómenos de asfixia se manifiestan con más y más rapidez á cada nueva tentativa, extubación ó descanulación. Tres, cuatro, seis tentativas se suceden y otras tantas veces se está obligado ha restituir el tubo ó la cánula en su sitio y queda definitivamente instalado el obstáculo laríngeo, con todas sus funestas consecuencias. El sitio que ocupa y la forma de la estenosis nos revela el laringoscopio.

———

TRATAMIENTO

El tratamiento de la laringitis subglótica, en su primer período ó de disnea, es el mismo que el de las laringitis agudas en general.

En los casos ligeros será suficiente la aplicación de fomentos calientes en el cuello renovados á medida que comienzan á enfriarse, ventosas secas sobre el pecho y si la tos es frecuente se administra una poción calmante.

Cuando el obstáculo laríngeo persiste ó aumenta se redoblarán los cuidados, manteniendo al niño en una atmósfera cargada de vapor de agua, para esto se tiene constantemente en la pieza del enfermo un recipiente de agua en ebullición adicionada de tintura de benjuí ó creosota ó bien agregando unas gotas de la mezcla de partes iguales de mentol, eucaliptol y terpinol. En los casos graves algunos aconsejan la sangría local con la ayuda de 2 ó 3 sanguijuelas aplicadas por delante del cuello.

Son saludables los baños tibios. Después de cada baño se pondrá el niño en cama y se abrigarán los

pies y piernas con botas de algodón. El tratamiento con tópicos y pulverizaciones, no nos han dado buenos resultados porque lo sacan al niño de su tranquilidad tan necesaria; se excita, llora y puede provocarle accesos de sofocación intensos.

La limpieza de la boca del enfermo se hará, si este es dócil, con lavajes de solución boricada.

El doctor Fleming emplea con éxito en estas laringitis la quinina. Este medicamento por su sabor amargo es difícil administrar á niños de corta edad, por esto nosotros hemos preferido la euquinina desprovista de ese inconveniente y que los pequeños enfermos lo aceptan sin repugnancia; la formulamos de la siguiente manera:

Rp.

Euquinina	2 gramos
Alcoholatura raíz de acónito . .	X gotas.
Agua gomosa.	100 gramos.
Jarabe de brea	20 gramos.

(Por cucharaditas)

Dos, tres ó cuatro cucharaditas por día según la edad.

Esta poción nos ha dado muy buenos resultados, especialmente en las laringitis que acompañan á la influenza.

Cuando á pesar del tratamiento médico la disnea y el tiraje persisten impidiendo el reposo y el sueño; cuando la asfixia es inminente, cuando hay

desfallecimientos y disturbios de la circulación, se presenta el caso de recurrir á los procederes quirúrgicos: el tubaje ó la traqueotomía.

Teóricamente parece preferible la traqueotomía al tubaje, porque es natural pensar que estando la mucosa subglótica, inflamada y tumefacta, el contacto prolongado con un cuerpo extraño puede mantener ésta inflamación y producir por el roce al tiempo de ser colocado ó extraído y por la presión constante, erosiones y ulceraciones en su superficie que pueden ser de fatales consecuencias por las infecciones intensas y las estenosis cicatriciales consecutivas. Por esta razón, opiniones autorizadas como la del doctor Fernando Pérez prefieren la traqueotomía.

Es natural que estas estenosis crónicas sean incriminadas al tubaje porque se las observa ordinariamente en niños que han sido intubados. Pero como muy bien hace notar Boulay cuando dice que las laringitis agudas sofocantes siendo hoy día tratadas por el tubaje es forzosamente en los niños previamente intubados que se observan las estenosis á las cuales estas laringitis habrían dado nacimiento aun en ausencia de tubaje. Por otra parte, para incriminar con toda justicia al tubaje, sería necesario establecer que estos estrechamientos se producen exclusivamente en enfermos anteriormente intubados. Pues esta condición no se realiza. Sin ser muy frecuentes, hay ejemplos de estrechamientos crónicos sub-

glóticos constituídos espontáneamente á consecuencia de afecciones agudas de la laringe no tratadas por el tubaje. Se pueden citar los casos de Donaldson, el de Schrotter, el de Massei, el de Neumann y uno nuestro en que los enfermos fueron traqueotomizados.

El tubaje no es pues la causa única de los estrechamientos crónicos que se observan á consecuencia de la laringitis subglótica.

En todos los casos que hemos observado en el Hospital de Niños, sólo 3 han sido traqueotomizados. Dos de ellos por el practicante de guardia, que por no saber intubar recurrió á la traqueotomía; el otro, cuya historia presentamos, en vista del carácter de tubario que tenía se resolvió traqueotomizarlo á los 32 días de haber sido intubado.

Exceptuando el caso del doctor Viñas, muy interesante por sus resultados operatorios y cuya historia también publicamos, en ninguno de nuestros intubados hemos observado las estrecheces crónicas definitivas. Todos estos casos nos han enseñado que la intubación de la laringe es tan indicada en la laringitis que tratamos como en el crup diftérico. Si bien es cierto, como dice Viñas, que la intubación prolonga la duración de la enfermedad, en cambio tiene todas las ventajas de no ser operación sangrienta, de no predisponer á la bronconeumonía, de practicarse con más tranquilidad.

Una objeción bastante fundada es la vigilancia

rigurosa que reclaman los intubados, lo cual si es fácil de realizar en el hospital donde hay siempre un personal competente á mano, no lo es en el público, donde se hace necesario dejar al cuidado permanente del enfermito una persona práctica en la intubación. Si esto no es posible, se puede recurrir á la traqueotomía, que precisa quizá la misma vigilancia, pero tiene la ventaja de que personas no técnicas, hasta miembros de la familia, pueden atender al enfermo con algunas instrucciones dadas por el médico. Pero aún en estos casos se tiene gran provecho en recurrir á la intubación previa, porque la operación practicada en estas condiciones se puede hacer con toda calma y paciencia y bajo anestesia general. De esta manera se vuelve á la traqueotomía una operación relativamente sencilla, quitándole todos los peligros que tiene cuando es hecha con rapidez y sin serenidad ninguna por el estado de asfixia en que se encontraría el enfermo sin la intubación.

Ya que hablamos del tubaje y de sus ventajas, nos ocuparemos brevemente de esta operación, que la hemos practicado más de cuatrocientas veces.

El hacer un tubaje á primera vista parece fácil, pero requiere un pequeño aprendizaje. Sin este requisito, el que lo haga aunque proceda con suavidad colocará casi siempre el tubo en el exófago, y sólo por casualidad conseguirá lo que se propone para fracasar en otras tentativas.

Con los doctores Rivas y Cabrera aconsejamos como medio más práctico para aprender, si no se tiene como sucede la oportunidad de hacerlo en cadáver, acostumbrarse á palpar y sujetar la epiglotis de niños de diferentes edades, tratando de darse cuenta y recordar la sensación que se percibe por el tacto del vestíbulo y de los aritinoideos; esto no puede tener inconvenientes siempre que se haga ciñéndose á las prácticas antisépticas debidas. Una vez que el dedo índice ha aprendido á orientarse en la región supraglótica, en breve tiempo se podrá colocar con facilidad el tubo en la laringe, sujetándose á las reglas teóricas generales. En lo que al niño se refiere, estas reglas se pueden sintetizar en las siguientes palabras: inmovilización completa de las extremidades sin obstaculizar la respiración por compresión toráxica, mantener la cabeza y el tronco lo más rectamente posible, hacer tener la boca bien abierta y á una altura muy poco más baja de la del operador. Este, sentado en frente, introduce el dedo índice de la mano izquierda en la boca del enfermo y lo lleva directamente hacia la base de la lengua, donde hace presión y llega á tocar la epiglotis; casi siempre la presencia del dedo en esta región provoca la tos y la epiglotis se levanta y es fácil colocarla bajo el dedo; si esto no sucede, para levantarla basta una presión suave ejercida de atrás á adelante con la falanjeta. Una vez sostenida la epiglotis con el dedo, se lleva éste

un poco atrás, entonces se perciben dos pequeñas prominencias que corresponden á los cartílagos aritinoideos. El índice apostado, por decirlo así, en la parte superior de la laringe, nos da cuenta exacta del sitio donde vamos á colocar el tubo. Con la mano derecha se toma el introductor armado de su tubo, se hace penetrar en la cavidad bucal hasta dar con la punta del tubo la última falange del índice cerca de su articulación con la segunda, se sigue su borde radial y á medida que avanza se hace inclinar hacia su cara palmar, siempre manteniéndolos en contacto. En este momento se levanta un poco el dedo para permitir la insinuación de la extremidad del tubo entre aquel y la epiglotis, al mismo tiempo se indica al ayudante que hasta entonces mantenía la cabeza bien fija en posición recta, haga flexionar ligeramente hacia adelante. El introductor en este momento ocupa la línea media, la que no debe abandonar hasta el fin de la operación.

Cuando la glotis está abierta, hacemos ejecutar al mango del introductor un movimiento de abajo hacia arriba, procurando bajar la extremidad opuesta ó sea la del tubo. Este movimiento combinado con la ligera flexión de la cabeza, realizará la entrada del extremo del tubo en el orificio glótico. Cuando se usan aparatos sin mandrin, como el de Froin, ya en este instante se siente una especie de silbido ó soplo metálico suave, que es de gran utilidad, sobre todo

cuando uno hace las primeras intubaciones, porque es el mejor aviso de que se está en la buena vía, que no hay sino que seguir empujando un poco la extremidad del tubo y un quinto de tos metálica nos indica que se ha salvado el obstáculo. El introductor es levantado verticalmente, mientras que el índice izquierdo concluye el abandono del tubo y lo hunde entre los repliegues aritenoepiglóticos; la intubación está hecha.

En cuanto al hilo, algunos aconsejan retirarlo; nosotros preferimos dejarlo para hacer mediante él una extubación fácil y rápida cuando se crea conveniente.

Este hilo, que poco ó nada molesta al paciente, se puede sujetar con colodio á la mejilla. Por buenos y dóciles que sean los enfermitos, es prudente sujetar los brazos á la cama ó mejor inmovilizar las articulaciones de los codos en extensión mediante tablillas para evitar extubaciones voluntarias y peligrosas.

Nos ha demostrado nuestra práctica que el mejor aparato para la intubación es el de Froin. Desde el año 1858, en que Buchut ideó su aparato, se han presentado muchos modelos muy perfeccionados y muy elogiados por sus respectivos autores. Nosotros hemos usado varios, y creemos que el de Froin reune todas las ventajas por su gran simplicidad, pues consta solamente de dos piezas; permite respirar al

enfermo desde que el extremo del tubo franquea el obstáculo por carecer de mandrin que oblitere la luz del tubo. El introductor puede servir de un buen extractor, porque la separación de sus ramas se hace paralelamente y aleja el peligro de herir la mucosa si el tubo llegara á escaparse. Además, la deglución se efectúa con muy poco obstáculo debido á la buena configuración de la cabeza de los tubos.

¿En qué momento se debe intervenir con el tubaje?

Para el crup diftérico, dice Bayeux, se corre el riesgo de graves accidentes, la muerte misma de los niños intubando tarde; nada se arriesga si se intuba oportunamente. Por nuestra parte, en esta enfermedad, nunca hemos notado ningún inconveniente en los tubajes hechos prematuramente.

Para la laringitis aguda subglótica, no se puede pensar de la misma manera. Cuando esta es primitiva aun cuando llegue á un estado avanzado de disnea se puede esperar con cierta confianza sin descuidar al enfermo, pues es sabido que esta laringitis puede decrecer pronto, lo cual sería peligroso en caso de crup. Como se trata de un proceso inflamatorio cuya evolución requiere cierto tiempo y reposo, lo que con el tubo es difícil conseguir porque hace las veces de cuerpo extraño, puede retardar su marcha natural y conducir á la estenosis permanente. Por ésta posibilidad, aunque como hemos dicho antes nosotros

no hemos observado sino la prolongación de la enfermedad, es bueno ser prudente y retardar la intubación, pero siempre poniéndose en guardia para intervenir cuando amenace la asfixia.

Sin embargo, hay circunstancias en que la intubación se hace necesaria aunque no se presenten estos fenómenos de asfixia. Estas circunstancias se presentan, cuando la disnea y el tiraje se hacen permanentes, cuando la tranquilidad y el sueño del niño se hacen imposibles y cuando el obstáculo laríngeo que por si sólo no puede producir la asfixia, ocasiona por la insuficiencia respiratoria disturbios en el aparato bronco-pulmonar. Entre estas tenemos el edema del pulmón, que hemos podido comprobar en muchos de nuestros casos. La libre entrada del aire hasta las últimas ramificaciones bronquiales, está obstaculizada y, como consecuencia, trae un desequilibrio entre la tensión sanguínea y la presión atmósférica, que en estas condiciones ésta última, está disminuída, favoreciendo, por lo tanto, la tranxudación del suero sanguíneo. A esto hay que añadir la mayor tensión venosa producida por la sangre cargada de ácido carbónico que determina la hiperexcitabilidad de los centros vaso-contrictores. Son oportunidades éstas que la fisiología enseña como productoras de edema pulmonar (Landois).

Otra circunstancia en que hay que recurrir á una intubación inmediata aunque haya poco tiraje,

es cuando estas laringitis se presentan en el curso de una bronco-pneumonía morvillosa, porque en estos casos á más del obstáculo laríngeo, los focos de bronco-pneumonía reducen notablemente el campo de la hematosis. Se comprende, pues, que solo la intubación puede prolongar la vida y favorecer la evolución pulmonar.

— — —

Observaciones

Empezaremos por la historia clínica que ha tenido la amabilidad de cedernos el doctor Viñas, quien la ha observado en su clientela particular, para después relatar las que hemos seguido en el servicio de los doctores S. G. Rivas y R. Cabrera.

Resumen de la observación del doctor Viñas: F. M. R., niño de 3 años de edad, bien constituido, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia.

En la mañada del 9 de marzo se le notó tos muy ronca, que fué acentuándose á la tarde, acompañándose al mismo tiempo de un poco de fiebre y cierta dificultad para respirar. Esta dificultad se acentúa de tal manera á las 2 de la mañana del día siguiente, que no puede dormir, incomodado por gran disnea, se queja de la garganta, pide que le saquen una mano que dice que tiene colocada sobre el cuello y que le ahoga. Se le aplican fomentos en el cuello y se le administra un vomitivo que, producido su efecto, parece aliviarlo durante algunas horas, en las que dormita, pero siempre respirando con dificultad.

A las cuatro ó cinco horas de este relativo reposo, vuelven á recrudecer los fenómenos de sofocación. Se llama un médico, este no encuentra exudado en la garganta ni infarto ganglionar submaxilar, y piensa que puede tratarse de crup primitivo, por lo cual le hace una inyección de suero antidiftérico Méndez.

En la tarde del 10 se agravan los síntomas, la disnea y el tirage se hacen intensos. Los médicos que son llamados en consulta aconsejan la intubación inmediata.

En estas circunstancias es llamado el doctor Viñas, quien lo intuba al niño á las 9 p. m. Con el tubo la respiración se normaliza y el sueño es tranquilo durante la noche.

Al siguiente día á las 12 m., el doctor Viñas retira el tubo; el niño no puede estar sin él; á los pocos minutos se pone cianótico y deja de respirar. En este estado, con la presencia de dos médicos que lo acompañan, se ve obligado á reintubarlo; le hace respiración artificial; pasa el síncope respiratorio y queda un cierto tiempo en somnolencia; después se normalizan la respiración y la circulación. Permanece intubado por tres días, al cabo de los cuales se vuelve á hacer otra tentativa de extubación. Esta vez también se ve en la necesidad de reintubarlo á los 5 ó 10 minutos para prevenir la asfixia que amenaza.

El examen bacteriológico de las mucosidades de la laringe, no da Leffler.

Para no prolongar más la permanencia del tubo en la laringe, el doctor Viñas decide hacerle una cri-cotraqueotomía que la efectua á los tres días después de la tercera intubación.

Una semana después de la operación se cólocan cánulas fenestradas y se empiezan las tentativas de respiración normal obturando el orificio de la cánula sin conseguir ningún resultado. Estas tentativas, se repiten los días siguientes, pero siempre con el mismo resultado negativo. Entonces se sospecha en un canular y se procede al examen laringoscópico después de habituar al niño á soportar este examen, sin encontrarse lesión alguna en la glotis. En esta circunstancia se piensa en que podría tratarse de una oclusión cicatricial. Se examina al niño bajo cloroformo se introduce un histerómetro en la laringe y se nota que se detiene á la altura del cricoides; después se hace penetrar el histerómetro por el orificio de la traquea hacia arriba y se detiene á la misma altura del cricoides. De ésta manera se tuvo seguridad de la existencia de la oclusión completa de la laringe situada en la región sub-glótica. Entonces, como operación preliminar á la laringo-fisura se hace una traqueotomía baja colocando la cánula á 2 centímetros por encima de la horquilla del esternón. Se

espera algún tiempo y se resuelve hacer la laringofisura.

Operación — Anestesia clorofórmica por la cánula. Incisión de los tegumentos en la línea media del cuello, partiendo de la región suprahiodea hasta llegar á la herida traqueal; se pone á descubierto el tiroides; se incinde este cartílago en su línea media y se separan los labios de esta incisión exponiendo así la superficie interna de la laringe. En este momento se produce un síncope respiratorio, que después de un rato de respiración artificial vuelve á respirar normalmente. La región supraglótica, las cuerdas vocales y los ventrículos se encuentran en estado normal. Se ve por debajo de las cuerdas vocales inferiores la mucosa convertida en diafragma fibroso que obstruye por completo la laringe. Se incinde el cricoide y los primeros anillos de la tráquea para tener más luz; se extirpa todo el diafragma fibroso de la región subglótica, observándose que el proceso de esclerosis ha atacado no sólo la mucosa sino también el pericondrio del cricoides y los primeros anillos de la tráquea, encontrándose los cartílagos mismos transformados en tejido fibroso por la inflamación crónica. Queda de esta manera la región subglótica y la parte superior de la tráquea constituida por cartílago fibroso poco elástico, dejándose aplastar con facilidad, lo que hace temer por el resultado de la operación; es por esto que se

deja la cánula en la parte inferior de la herida. Sutura con catgut del tiroides y de los primeros anillos de la tráquea; sutura de la piel á puntos separados; curaciones diarias.

Al segundo día de esta operación se saca la cánula y se oblitera la herida cervical para ver si respira por la laringe, no se obtiene resultado, no hay voz y aparece el tiraje debido á la debilidad de la tráquea que se aplana. Entonces, al cuarto día, se empiezan á colocar fragmentos de tubos de goma Nelaton en todo el trayecto que queda entre la convexidad de la cánula, donde se hace descansar la extremidad inferior del tubo, hasta el orificio superior de la glotis. En el primer momento se observa que con este tubo la deglución se hace muy difícil, debido á que su extremidad superior sobresalía por encima del orificio superior de la glotis y obstaculizaba el cierre de la epiglotis; el líquido ingerido penetraba en la laringe y salía por el orificio traqueal; se recorta esta extremidad varias veces hasta que queda á una altura conveniente, normalizándose entonces la deglución. Para garantizar la mantención del tubo en este sitio, se hace pasar un hilo por su extremidad inferior, haciendo salir sus dos cabos por la herida traqueal para atarlos alrededor del cuello. Se hacen curaciones diarias, se nota que el orificio traqueal va estrechándose poco á poco á tal punto

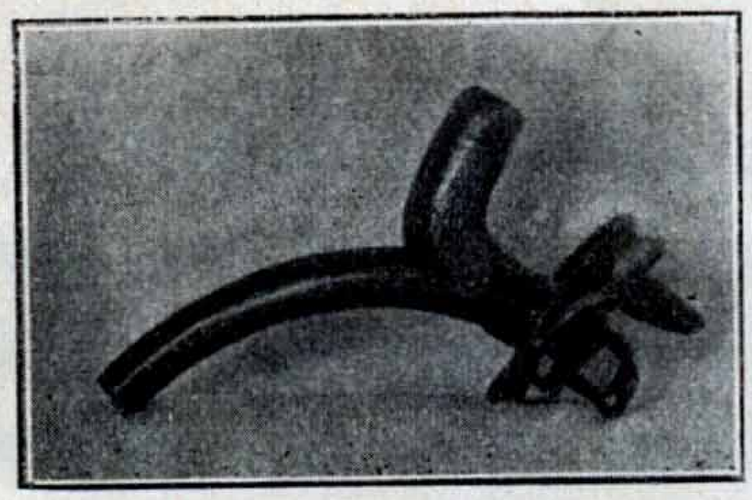
que no permite la introducción del tubo de goma en la laringe, y entonces se trata de buscar un aparato más apropiado. El doctor Viñas manda construir uno ideado por él antes de conocer la cánula de Vagener para estenosis laringea, con la cual resultó tener mucha semejanza. Se coloca la cánula; el chico habla y respira perfectamente. Después de algún tiempo se hacen tentativas para descanularlo definitivamente, pero como se nota la tendencia á la estenosis, se vuelve á colocarla.

Al cabo del año de operado, se hace una tentativa seria de descanulación; al principio respira bien, pero después la estenosis va haciéndose gradualmente hasta que llega un momento en que el practicante, que se deja al cuidado permanente del enfermo, se ve obligado á colocar la cánula en la traquea. Al día siguiente, el doctor Viñas, previa anestesia clorofórmica, introduce por la herida traqueal el dilatador de Laborde hacia la glotis y hace una dilatación forzada, en esta operación llama la atención la circulación franca del aire en la laringe. Después de esta maniobra coloca, esta vez, la cánula de Wagener.

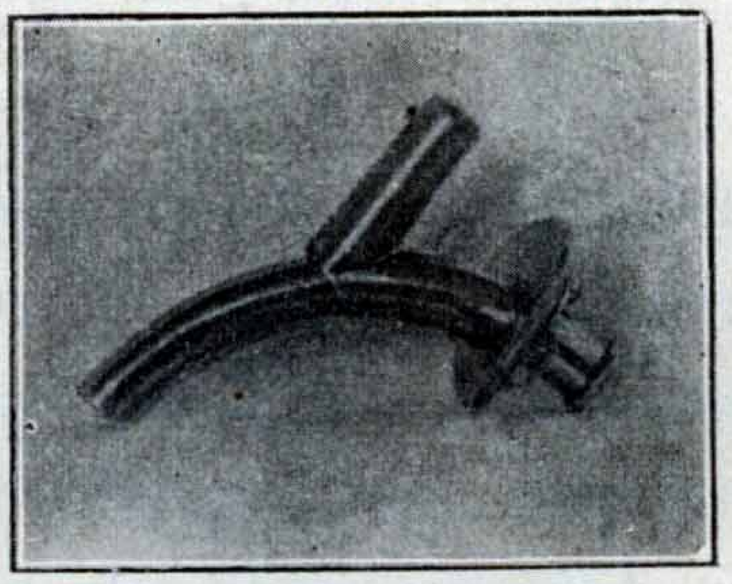
En estas condiciones, el chico va á Mar del Plata, donde permanece cerca de un mes. A su regreso se saca la cánula, se obtura el orificio traqueal y se nota que respira normalmente, haciéndose inútil

la recanulación. La voz, que en los primeros días era muy apagada, fué aclarándose poco á poco.

Estado actual—(Mayo de 1908). Hace dos años que se ha sacado la cánula; el niño respira sin dificultad y habla perfectamente. Torax ligeramente deprimido en sus partes laterales. Buen estado general. La cicatriz del cuello ha descendido de tal manera, que su extremidad superior corresponde al límite inferior de la laringe.



Cánula del doctor Viñas, para estenosis laríngea.



Cánula de Wagener.

OBSERVACIÓN I

HOSPITAL DE NIÑOS

Servicio de los Dres. José G. Rivas y Rómulo Cabrera

Herminia Antonini, 2 años de edad, entra al servicio en agosto 24 de 1905. Ha tenido sarampión hace 15 días. La madre dice que ayer á la mañana empezó á tener tos ronca y dificultad para respirar, que fué acentuándose á la noche hasta impedirle el sueño.

Estado actual — Regular estado de nutrición. En la piel se nota descamación de sarampión.. Lengua, amigdalas y faringe normales. No hay coriza ni infarto ganglionar submaxilar. Tiraje infra y supra esternal muy marcados; cianosis de los labios; no hay afonía. Se hace la intubación y queda con la respiración normal.

Agosto 25—Pasó la noche tranquila. Temperatura 37.6. La tos sigue frecuente.. A la auscultación de los pulmones, hay rales pequeños en las bases.

Agosto 26—A las 48 horas se retira el tubo, queda respirando normalmente. El examen bacteriológico de las mucosidades de la laringe, no da bacilos de Loeffler.

Alta el 6 de septiembre.

———

OBSERVACION II

Juan Peluzzo, de 6 años, ingresa en la sala IX el 27 de agosto de 1905. Hace tres días que le empezó el sarampión. Desde ayer tiene mucha tos y cierta dificultad para respirar, dificultad que se acentúa á la noche haciéndose imposible el sueño; pasa la noche muy agitado.

Estado actual — Erupción de sarampión en todo el cuerpo. Exantema de la garganta. Hay disnea y tiraje infra y supraesternal. Temperatura 38.5. Pulso 120. Al examen laringoscópico, se nota por debajo de las cuerdas vocales inferiores dos rodetes rojos formados por la mucosa de la región, que se hacen más visibles en la espiración. A la tarde aumenta la disnea; se hace muy marcado el tiraje y aparece la cianosis de los labios. Se le intuba; al hacerle esta maniobra no expulsa exudados membranosos; las mucosidades de la laringe se mandan examinar. Después de intubado se normaliza la respiración y duerme tranquilo.

Agosto 29—Se retira el tubo á las 48 horas; el chico presenta fenómenos de asfixia, lo que obliga á reintubarlo á los 10 minutos.

Septiembre 2—Se saca el tubo, á los pocos minutos se vuelve á reintubarlo.

Septiembre 4—Se hace la extubación. A los 20 minutos se hace necesaria la reintubación.

Septiembre 6—El chico permanece 8 horas sin el tubo. El examen bacteriológico de las mucosidades de la laringe no ha dado Loeffler.

Septiembre 10—Se retira el tubo á las 8 a. m., el enfermo puede estar hasta las 10 p. m. con poco tiraje; pero se le intuba por temor á un acceso de sofocación durante la noche.

Septiembre 11—Se vuelve á extubar. La respiración queda casi normal. A las 4 de la mañana es atacado de un acceso de sofocación; el practicante de guardia, por no saber intubar le hace la traqueotomía.

Septiembre 14—Temperatura normal. Se retira la cánula; se ocluye la herida traqueal y la respiración por la laringe se hace con cierta dificultad, por lo cual se vuelve á colocar la cánula.

Esta misma tentativa hacemos los días siguientes, notándose que la respiración laringea se hace cada vez más fácil.

Septiembre 18—Se retira la cánula. La respiración se hace bien por la laringe. Se deja cerrar la herida traqueal.

Septiembre 28—Sale curado del servicio.

OBSERVACION III

Elena Clerici, de 22 meses, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Ingresa á la sala IX el 21 de abril de 1906.

La madre nos dice que desde hace 8 días se encuentra resfriada, con tos ronca y frecuente. Hace 4 días que tiene fatiga y dificultad para respirar; el médico que la asistió le hizo una inyección de suero antidiftérico Behring. A pesar de este tratamiento, siguió acentuándose la disnea y resuelve traerla á este hospital.

Estado actual — Disnea y tiraje marcados; cianosis de los labios. Istmo de las fauces y laringe normales; no hay afonía ni infarto ganglionar submaxilar. Se intuba, en esta maniobra no salen falsas membranas; se manda analizar las mucosidades de la laringe.

Abril 23—Pasó la noche tranquila. Se retira el tubo á las 48 horas; no hay necesidad de reintubarla.

Abril 25—Temperatura 36.3. El examen bacteriológico directo y de los cultivos no da Loeffler.

Alta en mayo 13.

OBSERVACION IV

César Sandoval, de 2 años, entra al servicio el 25 de abril de 1906. Tuvo sarampión en diciembre del año pasado.

Hace 2 días que tiene fiebre, tos ferina y dolor de garganta. Ayer empezó con dificultad para respirar, que se acentuó á la noche.

Estado actual — Palidez y cianosis, marcada disnea y tiraje; pulso pequeño y frecuente. La garganta se presenta hiperhemiada, con amigdalas hipertrofiadas sin exudado; no hay infarto ganglionar. La voz es clara. Se hace la intubación, en esta operación no salen membranas; queda con respiración normal.

Abril 26—El mismo chico se saca el tubo. Se vuelve á intubarlo porque se presenta el tiraje. A la tarde aumenta la temperatura; hay submatitez en el vértice del pulmón derecho. Respiración 55. Pulso 125.

Abril 28—Está mejor; baja la temperatura á la normal. Se retira el tubo y queda bien.

Se hace dos veces el examen bacteriológico de las mucosidades sin obtener Loeffler.

Alta el 17 de mayo.

OBSERVACION V

Crecencia Braña, de 3 años, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia; entra al servicio el 17 de mayo de 1906.

Hace 3 días que empezó su enfermedad con ligera elevación de temperatura, malestar, pérdida del apetito y tos ronca. Ayer la tos se hizo más freuente y acompañada de disnea. La noche pasó muy intranquila por la dificultad respiratoria. La disnea se acentuó esta mañana y resuelven traerla al hospital.

Estado actual — Respiración muy difícil, con marcado tiraje, cianosis generalizada, pulso pequeño é irregular, hipotermia. Se le intuba, al hacerle esta maniobra se suspende la respiración; se hace respiración artificial, inyección de cafeína, al cabo de pocos minutos vuelve á respirar, haciéndose al principio irregularmente, para normalizarse después.

Faringe normal, amigdalas ligeramente hipertrofiadas, sin exudado; no hay infarto ganglionar submaxilar. Se manda examinar las mucosidades.

Mayo 19—Se retira el tubo; á los pocos minutos

se hace necesaria la reintubación. Temperatura 38.8. Pulso 130.

Mayo 21—A las 48 horas se saca el tubo, no puede estar sin él y se vuelve á intubarla. Baja la temperatura.

Mayo 22—En un acceso de tos expulsa el tubo; como es muy poco marcado, no se la reintuba. La respiración se normaliza poco á poco. El examen bacteriológico no da Loeffler.

Mayo 27—Desaparece el obstáculo laringeo, pero se presenta elevación de temperatura á 39.5 — P. 130. R. 50. A la auscultación focos de broncopneumonia en el pulmón izquierdo.

Junio 4—Muy mejorada. La lesión pulmonar desaparece.

Junio 8—De alta.

OBSERVACION VI

S. Batista, de 19 meses. Entra al hospital el 24 de Junio de 1906. La enfermedad actual data de hace 3 días. Le empezó con fiebre, tos y voz no afónica y dificultad para respirar marcada desde el principio.

Estado actual—Estado de nutrición bueno. No existe coriza, ni exudado en el istmo de las fauces, ni infarto ganglionar submaxilar. Signos de estenosis laringea muy marcada. Intubado, desaparece el tiraje; pero la respiración queda algo frecuente. Pulso 150—20 c. c. de suero Roux. Al intubarlo no expulsa membranas, y el examen bacteriológico de las mucosidades no da sino estrepto y estafilococos. Signos físicos de bronquitis. A las 12 horas otros 20 centímetros cúbicos de suero Roux.

Al siguiente día temperatura 38; no se nota, fuera de rales gruesos, ninguna otra cosa de anormal en el torax. Siguió mejorando lentamente, sin constatarse nada nuevo, hasta que 8 días después de la intervención, está apirético y con el sólo inconveniente de tener que intubarlo toda vez que el tubo

se saca. Un segundo análisis de las mucosidades, fué negativo. En este estado continúa hasta los 32 días de su entrada, en que en vista del carácter de tubario que tenía, se resuelve practicar la traqueotomía secundaria. A los 4 días de operado es posible retirar la cánula, respirando bien por la laringe.

Continúa mejorando, pero sin atrevernos todavía á dejar cerrada la herida traqueal por cuanto la respiración por la laringe no es del todo completa. Catorce días después, cuando todo parecía que iba bien, la temperatura se eleva (8.63). Al retirar la cánula sale una gruesa membrana que da Loeffler y á pesar del tratamiento por el suero, sigue empeorando con rapidez hasta su muerte.

Autopsia—Mucosa subglótica espesada; laringitis, traqueitis y bronquitis diftéricas. Broncopneumonia.

En este caso, á nuestro modo de ver, pasó lo siguiente: se trataba de una laringitis subglótica, pasó la acción profiláctica del suero, el bacilo de Loeffler trasportado por los objetos ó enfermeras, encontró un terreno favorable para su desarrollo..

Hubo imprevisión de nuestra parte al no haber hecho en tiempo oportuno una nueva inyección profiláctica, pues el enfermo se encontraba entre diftéricos.

OBSERVACION VII

Libio Meni Bataglia, de 4 años. Ingresa al servicio en julio 15 de 1906. Ha tenido sarampión el año pasado.

La madre dice que desde hace 2 días está con fiebre y tos muy ronca; que ayer empezó á tener cierta dificultad para respirar, que se acentuó á la noche, impidiéndole el sueño.

Estado actual — Disnea y tiraje muy marcados, cianosis generalizada, pulso pequeño, irregular; temperatura 36º. Se intuba, desaparece el tiraje, pero no la polidisnea. No sale membrana al intubarlo. Amigdalas y faringe completamente normales. Focos de bronco-pneumonia en ambos pulmones.

Julio 16—Muere. A la autopsia se encuentran focos de bronco-pneumonía. La región sub-glótica tumefacta, sin exudado.

OBSERVACION VIII

Roque Sabela, 2 años de edad. Entra al servicio el 19 de septiembre de 1906. Sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia.

Estando un poco resfriado, hace 4 días que enronquece y empieza á presentar disnea, que aumenta progresivamente.

Se presenta al hospital con gran tiraje y cornaje que se deja oír á distancia. La faringe y epiglotis completamente normales; no hay infarto ganglionar El grito del chico es claro.

Septiembre 24 — Ha pasado la noche bastante tranquilo. La disnea y el tiraje han disminuído. Temperatura 37.8.

Septiembre 26—Continúa la mejoría. El examen de las mucosidades no da Loeffler.

Octubre 17—De alta curado.

OBSERVACION IX

Esteban Carlos Carragán, de 18 meses, entra á la sala IX el 23 de enero de 1907.

Hace 2 semanas que tiene tos ronca y fiebre y 2 días que se encuentra con dificultad para respirar; el médico le inyectó 1.500 unidades de suero Behring.

Anoche aumentó la disnea, acentuándose más todavía esta mañana.

Estado actual — Tiraje infra y supraesternal marcado; no hay afonia ni infarto ganglionar. Istmo de las fauces y laringe normales. Al examen directo de la epiglotis no se ve exudado.

Enero 24—La noche pasó algo fatigado. Continúa el tiraje.

Enero 25—El obstáculo laringeo ha disminuido. Temperatura 37. El examen de los cultivos no da Loeffler.

Enero 26—Respiración completamente normal.

Febrero 19—De alta.

OBSERVACION X

Victor Tagliero, de 4 años. Entra á la sala IX en abril 13 de 1907.

La madre nos dice que, desde 10 días antes, el niño tiene tos ronca y ligera elevación de temperatura. Ayer á la mañana empezó á tener mucha dificultad para respirar, que fué aumentando más y más.

Viene al hospital con marcada disnea, cornaje y tiraje; cianosis generalizada é hipotermia; pulso casi imperceptible. Amigdalas ligeramente hipertrofiadas; ni en éstas ni en la faringe hay exudado; no hay afonia ni infartò ganglionar.. Se hace la intubación de la laringe; en esta operación se suspende la respiración. Respiración artificial *durante una hora*, al cabo de este tiempo recóbra la respiración; pero se hace muy irregular, entrecortada y suspirosa. Continúa en este estado durante la noche y muere al día siguiente á la mañana.

Autopsia — Laringotraqueitis con tumefacción

de la mucosa subglótica. Congestión y edema pulmonar. Congestión y edema meningeo y cerebral. El examen bacteriológico de las mucosidades no da Loeffler.

OBSERVACION XI

Elvira Barzola, 22 meses. Entra en la sala IX el 13 de mayo de 1907. Padre alcoholista. Hace 3 meses tuvo tos convulsa.

Según refiere la madre, esta chica 7 días antes se acostó en perfecto estado de salud, despertándose á la madrugada con un acceso de tos. Al día siguiente tuvo un poco de fiebre y disnea. A la tarde es vista por un médico, quien diagnostica crup diftérico y le hace una inyección de 1.500 unidades Behring. Como la disnea fué progresando, repitió la inyección otras dos veces.

Viene al hospital con tiraje y cornaje marcados. La faringe y amigdalas normales. Temperatura 38.6. Pulso frecuente, regular é igual. Al examen de los pulmones se constatan rales gruesos de bronquitis. No hay infarto ganglionar. Se administra euquinina.

Mayo 14—Disminuye el tiraje. Tem. 37.6.

Mayo 17—Respiración normal. No hay temperatura.

De alta el 27 de mayo.

OBSERVACION XII

Vicente Rosatti, de 20 meses. Ingresa el 21 de mayo de 1907.

Según la madre la enfermedad comenzó hace 4 días con fiebre y malestar, y dos días que tiene cornaje.

Estado actual—Marcado tiraje y cianosis que hacen necesaria la intubación inmediata. Istmo de las fauces y faringe normales. En los pulmones focos de bronco-neumonía. No hay infarto ganglionar.

Mayo 22—En un acceso de tos se le sale el tubo, sel e coloca nuevamente por el tiraje y porque los fenómenos de bronco-neumonía se acentúan.

Mayo 23—R. 60, T. 40, P. 160. Muere á la tarde.

Autopsia: Laringotraqueitis aguda con infiltración de la mucosa sub-glótica. Focos de bronconeumonía en ambos pulmones. Congestión cerebral.

OBSERVACION XIII

Jorge Echichury, de 6 años, viene al servicio en agosto 3 de 1907.

Hace 3 días que tiene fiebre, cefalalgia y tos muy ronca. Ayer empezó con dificultad para respirar. La noche pasó despertándose varias veces sobresaltado y agitado por el obstáculo laringeo.

Niño en regular estado de nutrición. Se presenta con mucho tiraje. La garganta no presenta nada anormal. La laringoscopia nos muestra dos rodetes debajo de las cuerdas vocales inferiores formados por la mucosa sub-glótica. La disnea se exagera sobre manera al hacer este exámen. Se administra euquinina.

Agosto 4—Sigue mejor, muy poco tiraje.

Agosto 6—La respiración y temperatura normales.

El exámen de las mucosidades no da Loeffler.

MANUEL A. VILLARROEL.

Mayo de 1908.

Buenos Aires, mayo 26 de 1908.

Nombrase al señor consejero doctor José R. Semprún, al profesor titular doctor Eduardo Obejero y al profesor suplente doctor M. Viñas, para que constituídos en comisión revisora, díctaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º., de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON,
Deeano

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, junio 3 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis. Según consta en el acta número 1853 del libro respectivo, entrégue-se al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.
Decano.

R. S. GOMEZ.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Importancia del diagnóstico en el tratamiento de las laringitis agudas.

II

Sitio y causa de las lesiones producidas por la intubación.

III

La estenosis sub-glótica depende mas de la intensidad del proceso inflamatorio, que de las intervenciones qne corrientemente se practican como tratamiento de la laringitis sub-glótica.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.