

solata, y cuando en una familia observeis un caso de angina lardácea, vuestro primer deber será separar á los demás niños y no conservar al lado del enfermo mas que las personas absolutamente necesarias para cuidarle; no os fijeis en la benignidad relativa de la afeccion para disminuir el rigor de este aislamiento; porque la difteria mas benigna en un niño puede ser el origen de una difteria de las malignas en otros.

No olvideis tampoco que la difteria ataca al médico como á las demás personas que cuidan al enfermo, y todos los años vemos inscribirse en esas lápidas de mármol (1), cual verdadero libro de oro, mayor ó menor número de nombres de los discípulos de los hospitales que, víctimas de su entusiasmo profesional, mueren heridos por tan terrible azote.

Es preciso, pues, rodear á las personas que cuidan al enfermo de todas las precauciones necesarias en este caso, y que consisten sobre todo en el uso de líquidos antisépticos. Lavatorios con ácido fénico, con fénol, con timol, con vinagre, antisépticos de todos los objetos que estuvieren en contacto con los enfermos, destruccion de las falsas membranas contenidas en la espectoracion, aereacion frecuente de la habitacion, atmósfera fenicada, todos estos medios deben usarse con constancia. No olvideis tampoco el vigilar con gran cuidado, fuera de los períodos de epidemia, las escuelas, las iglesias, todos los sitios, en una palabra, donde se pueden reunir niños y que son desgraciadamente, con harta frecuencia, los focos del contagio diftérico.

Para terminar, permitidme resumir en breves palabras el tratamiento de la angina membranosa. Es

(1) La Administracion de la Asistencia pública, hace colocar en los hospitales de Paris lápidas en las que se inscriben los nombres de los internos y externos agregados á

dichos hospitales que han sucumbido á una enfermedad contagiosa contraida en el ejercicio de sus funciones.

necesario, en primer lugar, establecer el diagnóstico, y esto no es siempre fácil; no voy á recordaros aquí los síntomas de la difteria (1); pero cuando la confusion es fácil es al tratar de distinguir las anginas

(1) La angina lardácea tiene á menudo un principio insidioso, y la garganta del enfermo se encuentra ya tapizada de falsas membranas antes de que existan síntomas que llamen la atencion. Ordinariamente existe al principio malestar, fiebre ligera, escalofrios, dificultad para la deglucion y los signos de una angina simple.

Si en este momento se examina el fondo de la garganta, se observa que está roja é inflamada; en una ó en otra amígdala, á veces en las dos, en la cara interna, existe una pequeña placa de un blanco opalino, difluente, semejante al moco y que permite percibir por su transparencia el color de la mucosa subyacente; poco despues esta placa se aumenta de grosor, se hace de un blanco mate, adhiriéndose mas ó menos á las partes contiguas.

Esta falsa membrana puede permanecer limitada y no extenderse, y la enfermedad cura rápidamente; pero puede tambien extenderse considerablemente, tapizar toda la garganta, los pilares del velo del paladar, el velo mismo y la úvula, que se edematiza; ganar las fosas nasales (coriza membranosa) y dar lugar á epistaxis que debilitan al enfermo ó se introducen en las trompas de Eustaquio y recubren la faringe, á la que se adhieren fuertemente.

Las amígdalas recubiertas de placas difteríticas están hinchadas, pegadas una á otra, y obstruyen el fondo de la garganta. Los gánglios submaxilares se ponen tumefactos y dolorosos.

En la angina lardácea no complicada de crup, la respiracion se

encuentra á menudo medianamente dificultada; no hay disnea, la auscultacion no revela ningun ruido anormal. La voz se enronquece, y á veces se pone verdaderamente ronca; la tos no es crupal.

La temperatura no desempeña ningun papel importante en los síntomas del crup, y la ascension térmica no es una razon directa de la intensidad del proceso. Asi Lorain y Lépine dicen que el proceso diftérico no es pirógeno. En la angina lardácea, la temperatura oscila entre 38°2 y 40°4. El pulso es frecuente y llega á 120 y 140 pulsaciones.

Si la enfermedad ha de tener feliz terminacion, los síntomas generales y locales se alivian poco á poco; la fiebre y la laxitud cesan; el apetito renace, las falsas membranas no reaparecen ya cuando se las arranca ó se adelgazan y desaparecen; el enfermo cura, pero tiene una convalecencia muy larga, durante la que queda expuesto á complicaciones cardíacas (trombosis, endocarditis) ó nerviosas (parálisis del velo del paladar, parálisis generalizadas, trastornos de la vista, parálisis de los esfínteres, paresia cardíaca).

Si la enfermedad debe tener fatal terminacion, los síntomas se agravan, la fiebre es mas viva, el pulso se hace frecuente, pequeño y deprimible; la laxitud es extrema.

El enfermo permanece sentado en el lecho con la boca abierta, dejando derramar al exterior su saliva; la cara está pálida é indica ansiedad; los labios están azulados y los ojos hundidos y rodeados de un círculo negro; la pérdida del

que van acompañadas de un simple depósito pultáceo de la angina difterítica (1); sabéis, en efecto, que la amigdalitis es á veces la causa de un desarrollo de puntos cremosos en las amígdalas, y este

apetito es completa, el enfermo rehusa hasta con obstinacion toda clase de alimento líquido ó sólido.

En los últimos días de la enfermedad se ve sobrevenir diarrea fétida, y se observa en la orina la presencia de la albúmina. El enfermo, conservando su inteligencia hasta el fin, sucumbe á veces súbitamente, y mas frecuentemente con lentitud, ora por el envenenamiento difterico, ora por inanicion, por la supuracion de los gánglios sub-maxilares, ya por las complicaciones pulmonares, ya tambien á consecuencia de frecuentes ataques de eclampsia.

(1) La angina lardácea, caracterizada por la presencia de placas blancas en el fondo de la garganta y de un rosario ganglionar sub-maxilar, puede confundirse con todas las anginas acompañadas de depósitos blancos ó de placas de apariencia membranosa, amigdalitis con hipersecrecion de la materia sebácea, angina pultácea, angina del muguet, angina herpética y angina úlcero-membranosa.

En la angina tonsilar se observa á menudo en las amígdalas un depósito de moco, que, primeramente claro é incoloro, se hace blanquecino ó blanco amarillento, y que permaneciendo aplicado sobre las partes puede hacer creer la presencia de falsas membranas; pero este depósito forma mas elevacion que estas; se encuentra formado menos regularmente, no se adhiere á las partes subyacentes y se desprende fácilmente con el dedo ó con un pincel.

En la angina pultácea, el fondo de la garganta se encuentra tapi-

zado de pequeñas placas cremosas, blancas, poco espesas, contorneadas en sus bordes, de una consistencia blanda y que se desprenden fácilmente de la mucosa subyacente, que se encuentra lisa, roja, pero intacta. Estas placas están constituidas por una reunion de *células epiteliales*.

Tampoco se confundirá la falsa membrana con las concreciones caseosas que se presentan en las amígdalas en forma de puntos blancos, redondos y elevados, que se extraen fácilmente, que se rompen á la presion del dedo, y están constituidas por una hipersecrecion del sebo en las lagunas amigdalianas inflamadas.

La angina del muguet, que es debida al mal estado del organismo y á la acidez de los líquidos que bañan la membrana mucosa inflamada, está caracterizada por pequeños puntos blanquecinos del grueso de un grano de arroz, mas ó menos separados unos de otros, que pueden á veces formar una capa uniforme y adherente algun tanto á la mucosa. Estos puntos blancos, como demuestra el microscopio, están formados por el parásito el *oidium albicans*. No se limitan á las amígdalas, y se les encuentra en la lengua y en las demás partes de la boca.

Los demás síntomas son tambien muy diferentes de los de la angina pseudo-membranosa, y la duracion de la enfermedad es mas corta.

En la angina herpética, llamada tambien algunas veces angina lardácea comun, se ven desarrollar en las amígdalas vesículas trasparentes, opalinas, que se rompen pronto

diagnóstico, que es en ocasiones fácil, presenta á veces extremas dificultades; os será preciso esperar antes de pronunciaros definitivamente acerca de la naturaleza de la afeccion, á que la marcha de la enfermedad os la manifieste.

Cuando tengais que tratar alguna angina lardácea, empezareis por aislar al enfermo, despues desembrazareis la garganta de las falsas membranas, ya por el hielo administrado al interior, ya por irrigaciones de agua de cal ó de ácido láctico; tocareis el fondo de la garganta con soluciones de clorato de potasa, ó bien con soluciones de percloruro de hierro diluidas; en fin y bajo el punto de vista del tratamiento local hareis vivir á vuestro enfermo en una atmósfera antiséptica, ora pulverizando soluciones fenicadas, ora soluciones cargadas de ácido fénico. Admi-

Resúmen
del
tratamiento.

y en su sitio dejan una concrecion blanca. Se las diferencia de la verdadera membrana en que son delgadas, pequeñas, muy adherentes, circunscritas por una mucosa roja é hinchada; una vez arrancadas no reaparecen, y debajo de ellas el dérmis se encuentra denudado. Con frecuencia se observa al mismo tiempo la presencia de otras vesículas herpéticas al lado de estas mismas placas en la amígdala ó en otras partes del cuerpo.

En esta angina los síntomas son mas vivos, mas acentuados; la marcha de la enfermedad es mas rápida que en la angina pseudo-membranosa. Sin embargo, en cierto periodo no es siempre fácil establecer el diagnóstico, y los médicos mas experimentados se engañan fácilmente. En la duda se debe recurrir al exámen microscópico.

En la angina úlcero-membranosa se observan ulceraciones circulares, grises, de bordes rojos, cortadas á pico, recubiertas de una materia

gris, pulposa y sin coherencia; estas ulceraciones solo tienen comunmente su asiento en una amígdala ó en un lado del carrillo, pero se las encuentra tambien en las encías. Los enfermos tienen fétido el aliento; la boca es asiento de vivos dolores, existe ptialismo é infarto de los gánglios sub-maxilares. La película que recubre las ulceraciones está formada por materia granulosa, amorfa, glóbulos de pus, glóbulos de sangre, células epiteliales y fibras elásticas reunidas en manojos.

En estas dos anginas la mucosa está alterada; en la angina difterica la mucosa no deja ver, despues de levantadas las placas lardáceas, ninguna pérdida de sustancia.

No se confundirá la angina lardácea con la angina gangrenosa, en la que las partes enfermas se encuentran negras, grisáceas, reblandecidas, exhalando un olor pútrido, y son asiento de ulceraciones mas ó menos extensas.

nistrareis al interior pociones de quina ó bien pociones alcohólicas, dareis caldo, vino y sobre todo leche. En una palabra, empleareis todos los elementos de la medicacion tónica.

Tal es el tratamiento de la difteria y de la angina lardácea en particular. Este tratamiento podrá daros algunos éxitos; pero no olvideis nunca que el genio morbozo de la epidemia de difteria desempeña, bajo el punto de vista de los resultados terapéuticos, un papel predominante, y que, segun los sitios y las circunstancias, unas veces obtendreis éxitos notables, y otras, á pesar de vuestros esfuerzos, de vuestro celo y de la actividad que pongais para instituir la medicacion, todo será á menudo inútil.

De la difteria
cutánea.

No quiero terminar esta larga leccion sin indicaros algunas complicaciones de la difteria. En primer lugar la extension de la difteria á la piel cuando está denudada. Este es un punto que presenta cierto interés, para hacer rechazar de la difteria la medicacion revulsiva. Hubo una época en la que se aplicaban vejigatorios para combatir ciertas manifestaciones diftéricas y en particular las que se referian al aparato pulmonar. En el dia se encuentra completamente abandonada esta desastrosa medicacion, puesto que esta denudacion de la piel permite á la difteria extender sus estragos.

Estas mismas circunstancias deben hacerlos examinar con cuidado el estado de la piel de vuestros enfermos y de los que los cuiden. Ultimamente, tambien habreis observado en mi sala un ejemplo curioso de este hecho: se trataba de uno de mis enfermos, M. Gustin, cuyo primer síntoma de difteria contraido en el hospital fué la aparicion de una falsa membrana en una herida que se habia hecho al practicar una autópsia; despues la difteria se extendió á la faringe de una manera relativamente

benigna, puesto que nuestro alumno se encuentra hoy completamente curado.

La segunda complicacion sobre la que deseo llamar vuestra atencion, es la parálisis diftérica, parálisis de la que habeis visto un buen ejemplo en nuestra sala de hombres. Se trataba de un cocinero del hospital Trousseau, hospital de niños, como todos sabeis, que habia contraido una angina lardácea muy grave por la que le tratamos con éxito. Este hombre habia marchado para un asilo de convalecencia hacia ya un mes cuando se nos presentó de nuevo con una parálisis diftérica que pronto se generalizó y que comprendió el diafragma y los músculos intercostales.

De la parálisis
diftérica.

Recordareis nuestra angustia en presencia de este hombre que se asfixiaba á nuestra vista, y cuánto no nos impresionó este espectáculo verdaderamente horrible y sobre todo la imposibilidad en que nos encontrábamos de aliviarle. Se hizo practicar la respiracion artificial por el procedimiento que consiste en levantar los brazos por encima de la cabeza, despues empleé la electricidad, y no obteniendo de esto los resultados que esperaba, le practiqué una inyeccion de una solucion que contenia 2 miligramos de sulfato de estriquina. Esta inyeccion me pareció tener en este caso un excelente efecto, y segun el enfermo, á partir de este instante pudo empezar á respirar de nuevo, y hoy su curacion es completa.

Podeis usar esta práctica en casos análogos, así como la electricidad, las fricciones estimulantes, las preparaciones de estriquina, los baños estimulantes, en fin todos los medios de que disponemos para aumentar la contractilidad muscular.

Su
tratamiento.

Hasta aquí, señores, he supuesto que la difteria solo comprendia el istmo del paladar y únicamente

me he ocupado de la angina lardácea; desgraciadamente las falsas membranas invaden otros puntos, y en particular la laringe y las vías respiratorias, determinando así accidentes que necesitan una nueva terapéutica, y que me propongo exponer en la próxima lección al ocuparme del tratamiento del crup.

LECCION II.

TRATAMIENTO DEL CRUP.

SUMARIO: Del crup.—Diagnóstico del crup.—Del verdadero y falso crup.—Tratamiento de los falsos crups.—Tratamiento de la difteria laringea.—Tratamiento médico.—De los vomitivos.—De las inhalaciones medicamentosas.—De las pulverizaciones.—Del sondaje de la glótis.—Tratamiento quirúrgico.—Historia de la traqueotomía.—De los diversos procedimientos de traqueotomía.—Procedimientos rápidos.—Método de Bourdillat, de Chassignac, de Saint-Germain.—Sus ventajas y sus inconvenientes.—Procedimientos lentos.—Métodos de Bretonneau y de Trousseau.—Inconvenientes y ventajas.—Procedimientos mixtos.—Manual operatorio.—Posición del niño y de los ayudantes.—Tiempos de la operación.—De las cánulas de traqueotomía.—Accidentes durante la operación.—Cuidados consecutivos.—Resultados de la traqueotomía.—Accidentes tardíos.—Mortalidad y estadística.—Indicaciones y contraindicaciones de la traqueotomía.—Resumen.—Conclusiones.

SEÑORES :

En la lección anterior he estudiado la angina diftérica, reservándome para tratar hoy las localizaciones de la difteria en el árbol respiratorio. Aquí, aunque la causa primitiva es la misma, la sintomatología difiere y surgen nuevas indicaciones terapéuticas. Como, desgraciadamente, seáis muy á menudo llamados á intervenir en estos casos graves, me ha parecido conveniente y necesario dedicar toda esta lección al tratamiento del crup, con tanta más razón, cuanto que en nuestra sala-cuna podéis ver las aplicaciones y los resultados de los diversos métodos terapéuticos que voy á exponeros.

Las consideraciones en que he entrado á propósito de la angina lardácea me permiten pasar rápidamente sobre el origen del crup. En Francia, admitimos que el crup pseudo-membranoso es la extensión de la difteria á la laringe, y rechazamos absoluta-