

En principio es preferible la intubación, pero hay circunstancias que imponen la traqueotomía; tales son: la falta de la indispensable pericia en el que ha de practicar la intubación — en el caso de que no haya otro médico que la pueda efectuar —; la imposibilidad en que el médico se encontrara de permanecer al lado del niño, por si es expulsado el tubo volverle á introducir al instante; cuando no se consigue efectuar la intubación, sea por espasmo de la glotis ó por otra causa cualquiera, ó cuando es expulsado varias veces; y cuando, á pesar de hallarse bien puesto el tubo, sigue la misma dificultad respiratoria porque no alcanza el tubo adonde el obstáculo se encuentra.

TÉCNICA DE LA INTUBACIÓN.— Los instrumentos precisos son: el *abre-bocas*, que consta de dos ramas articuladas con cuyos extremos se separan las mandíbulas; el *introductor*, destinado á colocar el tubo en la laringe; el *tubo*, que es de metal, ofrece en su parte superior un ensanchamiento en el que hay un orificio para el hilo fiador y se halla provisto de un mandril que sobresale por la extremidad inferior; y el *extractor*, que sirve para extraer el tubo; este último instrumento no es necesario.

Para practicar la intubación se sienta al niño sobre una persona que le sujeta las piernas entre sus rodillas, y las manos y el tronco contra su pecho, para lo cual apoya una mano sobre el hombro del niño, con el fin de inmovilizarle sin ejercer presión sobre su tórax, ó mejor, se le envuelven los miembros torácicos y el tronco con una toalla; otra persona inmoviliza la cabeza del niño. Se coloca el abre-bocas, que se encargará de sostener otro individuo. Se coge con la mano derecha el introductor, en el que previamente se ha puesto el tubo que corresponda á la edad del niño, y con el índice de la mano izquierda explora la entrada de la laringe, tocando la epiglotis, los aritenoides y los repliegues ariteno-epiglóticos, y aplicando con el mismo dedo la epiglotis contra la lengua; á continuación desliza el tubo á lo largo de este dedo hasta llegar al orificio laríngeo, por el que le introduce, y poniendo en movimiento la rama del introductor destinada á empujar el tubo, queda éste colocado en la laringe, cuya colocación se completa ejerciendo presión en la parte ancha, ó sea la *cabeza* del tubo, con el dedo que está en la boca, y á la vez se saca el introductor al que sale unido el mandril, quitando á continuación el abre-bocas. El tiempo más penoso y, por lo tanto, en el que el médico necesita más presencia de ánimo para no aturdirse, es el de la introducción del tubo en la laringe; porque como está obturado por el mandril, produce unos mo-

mentos de apnea, por lo que es preciso obrar con la posible rapidez, pero con la serenidad bastante para hacerlo bien.

El quitar el hilo fiador ofrece ventajas é inconvenientes. Las primeras son el hacer desaparecer un cuerpo extraño que sirve de asiento á microbios; el que dificulta algo la alimentación del niño; el evitar que cogiéndole éste en un momento de descuido de los padres pueda tirar de él y extraerse el tubo; y el evitar que el hilo traumatice la epiglotis. El inconveniente es, que se priva á la persona encargada de cuidar al niño de un medio excelente para sacar el tubo cuando sea preciso en un momento dado, por haberse obstruído con alguna pseudo membrana. Pero como la extracción del tubo es fácil por otro procedimiento, como después manifestaré, considero preferible quitar el hilo—después que hayamos visto por espacio de algunos minutos que se verifica bien la respiración—, para lo cual se introduce de nuevo el índice izquierdo en la boca apoyando el pulpejo en la cabeza del tubo, se corta uno de los lados del asa del hilo y se tira del nudo.

La *alimentación* de los niños intubados constituye un importante y difícil problema. Comienzo por decir que casi no creo que la alimentación puede verificarse por el recto, no sólo en caso de difteria, sino en general; pues á pesar de la diferente composición que he dado á las sustancias, cuando después de transcurrido cierto número de horas se ha puesto un enema de limpieza para poner á continuación otro alimenticio, he observado que los materiales expulsados ofrecían, no la fetidez propia de los excrementos, sino la fetidez de la putrefacción. He de manifestar que no es completo mi convencimiento respecto de la inutilidad de estos enemas, porque las observaciones que he llevado á cabo no han sido lo suficientemente numerosas; pero, en fin, aconsejo que siempre que se recurra á este medio, cuando se ponga el de agua hervida para limpieza antes del enema alimenticio siguiente, se observen las condiciones de las materias expulsadas, para poder formar juicio respecto del particular. Lo que sí puede suministrarse al organismo por el recto es agua, siendo preferible la disolución de cloruro de sodio al 7 por 1.000, de la que se pondrá una corta enema, cinco ó diez gramos, según la edad del niño, cada dos, tres ó cuatro horas; en el caso de que produjera la sal algo de estímulo en el recto que provocara la deposición, pondremos las lavativas con agua hervida sola; nos serviremos para esto de una jeringuilla de oídos con cánula de punta redondeada.

La alimentación por la boca ofrece bastantes dificultades, porque á menudo se halla entorpecida la deglución; y además puede ocurrir que

los líquidos, y también los sólidos, penetren en la laringe, produciendo los naturales accidentes. Ensayaremos, pues, el dar al niño sopa de leche muy espesa, en pequeñas porciones y sin nada de líquido, y bizcochos ó pan mojados en café con leche. Los líquidos los daremos con un pistero ó con una cucharilla, de la siguiente manera: ladearemos un poco la cabeza del niño, y en la superficie interna del carrillo inferior echaremos dos gotas de leche, y sucesivamente cuatro, seis ú ocho, para que, deslizándose por la parte lateral de la faringe, lleguen al esófago sin penetrar en la laringe, cuidando de no echar en la boca nuevas gotas hasta que el niño haya deglutido las anteriores. Me parece que por este procedimiento se conseguirá alimentar al niño por la boca. En caso necesario, se apelará, para introducir los alimentos en el estómago, á la sonda exofágica; á cuyo efecto se coloca al niño como para realizar la intubación; se introduce por la nariz una sonda de goma blanda, de las llamadas de Nelaton, untando previamente su tercio inferior con un poco de aceite; tal vez sea suficiente que la extremidad de la sonda haya penetrado unos cuantos centímetros en el esófago, sin necesidad de que llegue al estómago; pero si observamos que no penetra el líquido ó que retrocede, la empujaremos más hasta que penetre en la cavidad gástrica, lo que conoceremos por la salida de gases y por la porción de sonda que hayamos introducido; en la extremidad externa de la sonda pondremos un embudo, mejor de cristal, en el que echaremos leche tibia ó café con leche, previamente colado para quitar las porciones de nata que pudieran obstruir la sonda, echando en el embudo al principio muy pequeñas cantidades de líquido, para ver si pasa ó no; y una vez introducida la cantidad necesaria, se saca la sonda con prudente rapidez.

La *desintubación* se practica á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, ó antes, según las circunstancias de cada caso, si bien á veces hay necesidad de volver á poner el tubo, ya por la cantidad de exudados del aparato respiratorio, ó bien por el espasmo de la glotis. La desintubación se practicará por el procedimiento de Bayeux: se sentará al niño sobre las piernas de la persona que haga de ayudante, y poniendo su cabeza en extensión con la mano izquierda, se apoyará la derecha en el hombro izquierdo, buscando con el pulgar la extremidad del tubo; una vez que se haya encontrado, se ejercerá sobre ella una presión de delante atrás, con lo que se percibirá su deslizamiento hacia arriba, en cuyo momento se doblará la cabeza de manera que mire el niño al suelo y mandándole escupir, con lo cual es expulsado el tubo.

Como este procedimiento es muy sencillo, debe explicársele claramente á la persona que esté al cuidado del niño, para que en el caso de que se presentara inminencia de asfixia por haberse obstruido el tubo, pueda practicarle en el momento preciso. Por eso he dicho antes que el extractor no hace falta, y en cambio, si no se le emplea bien, puede herirse á la laringe.

Diré, para terminar lo relativo á la intubación, que pueden presentarse accidentes, ya mientras se practica, como vómitos, convulsiones, apnea, síncope, espasmo laríngeo, hemorragia; ya después, como la expulsión del tubo por quintas de tos, ó su obstrucción por pseudo-membranas, el desarrollo de un adeno-flemón, la ulceración de las cuerdas vocales, etc.; ó bien cuando ya se ha quitado el tubo, como el espasmo laríngeo y la afonía ¹.

No me ocuparé de la técnica de la *traqueotomía*, porque está descrita en las obras de operaciones; limitándome á manifestar que son de mucho interés los cuidados consecutivos, como mantener el aire de la habitación bastante templado y húmedo, según he dicho al estudiar la intubación; colocar por delante de la cánula gasa, para que pase á través de ella el aire; sacar la cánula interna á menudo para limpiarla; cambiar la cánula externa desde el día siguiente ó á los dos días de practicada la operación, una vez al día, para limpiar la herida, etc.

Tanto la intubación como la traqueotomía son recursos puramente mecánicos para evitar la asfixia, pero no combaten el crup en sí; por lo cual, tanto después de una como de otra operación, seguirán empleándose las inyecciones de suero anti-diftérico si son precisas, según las circunstancias reclamen.

En ciertos casos habrá que apelar á las inyecciones subcutáneas con la solución de cloruro de sodio en agua destilada y hervida al 7 por 1.000, para levantar las fuerzas del niño, y si fuera necesario á las de alcanfor.

Las *parálisis diftéricas* las combatiremos administrando el *sulfato de estriquina* en la siguiente forma:

Para un niño de cuatro años.

Sulfato de estriquina.....	5 miligramos.
Agua destilada.....	2 gramos.
Jarabe simple.....	100 »

Disuélvase y mézclase.

¹ Mi ilustrado amigo D. Vicente Llorente ha publicado un interesante folleto acerca de la *Difteria*, en el que trata muy detalladamente de la intubación.

Para tomar media cucharada de las de café una vez al día, y desde el tercer día media por la mañana y media por la tarde, con observación; y cuando se acabe la fórmula se suspende, porque la estriquinina se acumula.

Después se prescribirá:

Tartrato férrico potásico.....	2 gramos.
Agua destilada.....	15 »
Jarabe de canela.....	150 »

Disuélvase y mézclese.

Para tomar una cucharada de las de café con cuchara de madera al tiempo de comer y de cenar.

Debe prescribirse también la *lecitina*, siendo un preparado recomendable el Granulado de lecitina Lemaitre.

Se empleará, además, el masaje; se procurará que el niño trate de mover ó mueva si puede, varias veces al día, las partes paralizadas; las fricciones con la mano ó con un guante de lana; la electricidad; y la irrigación con agua salada caliente de la parte afecta, si es que la región en que asienta la parálisis se presta á ello.

Hipertrofia de las amígdalas.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Aunque puede presentarse en los primeros tiempos de la vida, y aun ser congénita, su aparición suele tener lugar de los tres á los seis años, ó más tarde.

Las causas hállanse representadas por la *herencia*, cuya interpretación patológica entra en las líneas generales de esa admirable transmisión de la modalidad orgánica de padres á hijos; el *temperamento linfático* y los estados morbosos circunvecinos, como *rinitis crónica*, *adenitis* y *dermatosis*, conjunto de causas que engloba bajo el lazo común de la íntima relación que con el sistema linfático tienen las amígdalas; las influencias *irritantes* de todo género, como la viciación que experimenta el aire en habitaciones poco ventiladas, las sustancias alimenticias de malas condiciones y la erupción dentaria, hallándose el fundamento de su acción en el anormal estímulo que en las tonsilas ocasionan; y sobre todo, la *amigdalitis* repetida, pues como toda inflamación, produce exudados intersticiales cuya desaparición es más ó menos lenta; y cuando la flegmasía recidiva en plazos cortos va acumulando residuos anatómo-patológicos, á la vez que provoca la hiperplasia, dando lugar á un proceso mixto, es decir, á una hipertrofia, y á ese estado pasivo que sigue á muchas flegmasías incompletamente curadas, que se llama induración, constituido principalmente por la presencia de parte de los exudados inflamatorios y por la proliferación del tejido conectivo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La hipertrofia tonsilar ofrece dos modalidades somá-

ticas: la *blanda* y la *dura*. En la primera los folículos son más numerosos y de mayor volumen, mientras que el estroma conectivo es delgado y las amígdalas ofrecen escasa consistencia. En la segunda hállase muy reducido el número y el volumen de los folículos, en tanto que los tabiques conjuntivos ofrecen un estado esclerósico y la consistencia de la amígdala es considerable. En los niños es más frecuente la hipertrofia blanda.

PATOGRAFÍA. — Los síntomas son de dos clases: *objetivos* y *funcionales*. Los *objetivos* los apreciamos por simple inspección. En muchos niños se puede verificar el examen sin necesidad de depresor de la lengua, pues sin duda por la costumbre de tener casi constantemente la boca entreabierta, basta invitarles á que la abran más para que se vea con gran facilidad todo el istmo gutural. Si bien puede existir el proceso en un solo lado, lo general es que sea doble, pero en unos casos ofrecen ambas amígdalas un volumen análogo, mientras que en otros es mayor la de un lado que la opuesta; el grado de tumefacción es variable, pudiendo ser tal que estén casi en contacto las dos tonsilas; tumefacción que, sin embargo, no se verifica siempre en la misma dirección, pues en unos niños, que es lo más común, la proyección es hacia adentro, estrechando, por consiguiente, el istmo de las fauces, en tanto que en otros el aumento de volumen es antero-posterior, por lo que, empujando los pilares, les imprimen una convexidad bastante acentuada; el color es distinto también en cada niño; pues puede ser el normal, que es, según mis observaciones, el que ofrecen en la inmensa mayoría de casos, ya más pálido, ó bien rojo obscuro ó morado; así como su consistencia al tacto, que ora es normal, ora es más escasa que de ordinario ó está aumentada. La superficie de las amígdalas es unas veces lisa, mientras que otras es granulosa, pudiendo estar excavada por lagunas debidas probablemente á la dilatación de los orificios de las criptas.

Los *síntomas funcionales* son muy numerosos. La deglución se encuentra más ó menos entorpecida cuando es grande la tumefacción de las amígdalas, si bien los niños no se quejan de ello, ni aun se aperci-ben siquiera, por serles habitual; la voz es gangosa; hay ordinariamente tos, algo de dificultad respiratoria y en ocasiones fuerte disnea y aun ataques de sofocación; se produce ronquido durante el sueño; ruido de oídos y torpeza de la audición, que puede llegar hasta la sordera, debido á la compresión que experimenta la trompa de Eustaquio y al catarro que se propaga á la embocadura de éste, aunque pudiera originar también de otras causas; los ojos están con frecuencia prominentes; la boca algo abierta, lo cual comunica al rostro una apariencia