te cuando haya pneumonia; si hay una diarrea moderada, que parece producir una revulsion ventajosa, debe respetarse, y en el caso contrario se ha de combatir con los medios propios, siendo esto aplicable á las hemorrajias; las hidropesías suelen desaparecer cuando ha cesado la coqueluche, y puede favorecerse su reabsorcion con los diuréticos y diaforéticos, pero sobre todo con los tónicos y el réjimen analéptico que ya están entonces indicados, etc.

En algunas epidemias es difícil en el principio acertar con el tratamiento mas ventajoso, pues entonces á veces son ineficaces los medios que mejor sirven en otras circunstancias; mas tarde la esperiencia manifiesta, despues de varias pruebas, los que convienen mejor.

Los medios profilácticos son los comunes de todas las enfermedades contajiosas.

ARTÍCULO V.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINJE.

Consideradas de una manera jeneral, son raras en la infancia las enfermedades de la larinje; lo que no se estrañará si se atiende á que su desarrollo permanece incompleto hasta las inmediaciones de la pubertad. Solamente debemos pues hablar de las anjinas larinjeas; pero no diremos cosa alguna de la *larinjitis* simplemente eritematosa, cuya historia nada ofrece de particular en los niños. Tampoco hablaremos de las afecciones crónicas que aun son mas raras que las agudas; pero mas adelante diremos alguna cosa de los tubérculos que se forman en este órgano.

§ PRIMERO.

De la anjina larinjea pseudo-membranosa ó crup.

Se da este nombre á una inflamacion específica de la membrana mucosa de la larinje, constantemente acompañada de la produccion de una pseudo-membrana en aquella mucosa. A mas de estas dos circunstancias indispensables para caracterizar la enfermedad, puede acompañar al crup un estado espasmódico de los músculos de la glotis y sobre todo de las cuerdas vocales porque participan de la irritacion de la membrana mucosa que los cubre; y en este estado esplica muchos síntomas que no pueden atribuirse ni á la flegmasia ni á la falsa membrana.

Caracteres anatómicos. Las falsas membranas presentan muchas variedades en su sitio, forma, grosor, consistencia y en el modo como se halla aderida á la membrana mucosa.

Cuando se hallan solamente en la larinje, unas veces ocupan casi toda la cavidad de este órgano, tapizan sus paredes y se meten en sus ventrículos, y otras veces no se encuentran sino pedazos membranosos en muchos puntos de su estension. De estos diferentes casos el mas importante es aquel en qué las falsas membranas cubren las cuerdas vocales inferiores como una especie de hoja suplementaria, porque disminuyen la capacidad de la larinje en el lugar en qué el espacio es principalmente mas estrecho, es decir, al nivel de la glotis propiamente dicha; y si en este caso la concrecion es gruesa, los accidentes siguen una marcha prontamente funesta. Raras veces se encuentran estas concreciones solamente en la larinje, pues por lo comun se hallan al mismo tiempo en la farinje y en la campanilla en las que toman oríjen, ó bien en la traquiarteria y en los bronquios á donde se han propagado, invadiendo de un punto á otro, como las erisipelas, estas diferentes partes de arriba abajo.

En la larinje se amoldan en las prominencias y anfractuosidades y forman un todo continuo análogo al forro de un vestido, ó bien se hallan como manchas diseminadas. En la traquea y en los bronquios, ora tienen la figura de tubo, ora forman tiras lonjitudinales, ó filamentos redondos en las últimas divisiones de estos conductos.

Algunas veces son delgadas como la membrana esterna de un huevo, pero regularmente son gruesas, hasta llegar á veces á una línea. En los mas de los casos su consistencia es fuerte, análoga y aun mayor á la de la clara del huevo coagulada por la coccion; al contrario, en otros casos, es blanda y difluente, y se parece mas á una capa de moco espeso y viscoso que á una verdadera concrecion pseudo-membranosa. En este último ca-

so, al encontrarlo en la autopsia, parece imposible que el paso del aire y los esfuerzos de la tos no hayan bastado para desprender esta capa semi-concreta, y sin embargo no puede dudarse de la existencia del crup. El color de las falsas membranas es blanquecino ó amarillento. Su superficie contigua á la mucosa algunas veces está salpicada de pequeños puntos rojos, y otras veces se notan en ella líneas rojizas. Por fin no presentan siempre un aspecto homojéneo: á menudo están compuestas de pequeños copos redondos, aglomerados, opacos y diseminados en una trama mas clara y mas trasparente.

Su aderencia en jeneral es mas fuerte en la larinje que en la traquea, y sobre todo en los bordes del orificio superior, en los de la glotis y en los ventrículos, que en los puntos planos de su cavidad. Es sobre todo en la traquea donde se les encuentra á menudo flotantes, aderidas solamente por algunos puntos á la superficie de la mucosa, y entre dos capas de materias mucosas y puriformes ó coposas: sin embargo M. Guersent dice que ha encontrado muchas veces la concrecion íntimamente aderida á la superficie interior de la traquiarteria: la membrana mucosa, seca, presenta entonces estrías lonjitudinales y puntos rojos, que no se hallan tan constantemente cuando la concrecion pelicular está flotante, y la superficie de la membrana lubrificada por mucosidades. Los puntos rojos algunas veces penetran en el tejido mismo de la concrecion plástica, y no consisten en simples manchas sanguíneas porque persisten despues de la maceracion en agua. Estos pequeños puntos son seguramente el principio de los lineamientos vasculares, que han indicado algunos observadores.

Los caractéres químicos de las pseudo-membranas son bastante constantes. Son insolubles en el agua aun caliente; los ácidos minerales debilitados las arrugan y endurecen; el ácido acético, el amoníaco, la disolucion del nitrato de potasa y los álcalis líquidos las disuelven, convirtiéndolas en un moco difluente y trasparente; por la incineracion dán sulfato de cal y carbonato de sosa.

El estado de la membrana mucosa que se halla debajo de las falsas membranas ó en sus inmediaciones indica casi siempre su inflamacion: y se notan en ella rubicundez las mas veces punteada, engrosamiento, un cierto grado de reblandecimiento, un aspecto menos liso, como si se hubiese rascado lijeramente su superficie, y en fin algunas veces verdaderas erosiones. En muchos casos son menos evidentes los vestijios de la inflamacion, y en algunos lo son tan poco que no puede conocerse que haya estado inflamada durante la vida.

Á mas de las lesiones que se encuentran en la larinje, se hallan á menudo otras análogas en las cavidades guturales y en los bronquios. Los Sres. Bretonneau, Guersent, Gendron y Trousseau han demostrado en estos últimos tiempos que precede casi constantemente al crup la anjina lardácea ó membranosa; asi es que á veces se encuentran en la autopsia señales de esta enfermedad, pero en algunas han desaparecido ya, porque durante la enfermedad se ha combatido con aplicaciones tópicas que han hecho desaparecer las falsas membranas, ó porque á medida que se ha desarrollado el crup aquella ha desaparecido espontáneamente. Á veces se encuentran señales de inflamacion en los bronquios. Si el crup ha tenido una marcha muy rápida regularmente no se hallan en el pulmon sino atragantamiento y enfisema vesicular reciente, efectos de la asfixia; pero si aquel ha durado mas, mayormente si se ha prolongado la vida del niño con el auxilio de la traqueotomia, se encuentran casi siempre señales de pneumonia, cuya enfermedad en tales circunstancias es á menudo la verdadera causa de la muerte. Además pueden hallarse otras lesiones que dependen de las complicaciones que puede tener el crup.

Causas. Es raro en los recien-nacidos, y empieza á ser frecuente hácia las inmediaciones de la primera denticion, y sobre todo lo es desde un año á siete, y disminuye despues de ocho á quince: pasada esta edad se observa algunas veces, que sin embargo son poquísimas en comparacion de la frecuencia con que afecta á los niños. El sexo masculino predispone mas al crup que el femenino, diferencia que se nota mas en la infancia que en los adultos, y probablemente es efecto de que los niños se hallan mas espuestos que las niñas á la accion del frio, como hemos dicho otras veces. Es mas frecuente en los niños pobres, mal vestidos y mal cuidados y que tienen una constitucion débil. Suele observarse en los paises frios, ó templados y húmedos, y casi nunca en los calientes; es frecuente en las inmediaciones del mar y de los lagos, y en los terrenos

ó valles húmedos, y raro en los llanos y en las montañas en que el aire es seco. Debe considerarse como endémico en ciertas localidades, al paso que hay otras que están completamente exentas de él. En dichas localidades el crup suele manifestarse esporádicamente, pero tambien algunas veces epidémicamente; sus epidemias son reducidas pues por lo comun no atacan á muchos sujetos. Cuando es epidémico es sobretodo cuando son evidentes las conexiones del crup con la anjina maligna, y en estas circunstancias no puede dudarse del carácter contajioso de estas dos enfermedades: son numerosos los hechos que manifiestan el contajio del crup, el cual casi nunca se padece sino una vez en la vida.

Síntomas. Estando casi siempre precedido el crup de la anjina lardácea, debe considerarse á esta anjina como su primer período, y como es sumamente importante el no desconocer su existencia en la práctica debemos indicar algunos de sus principales caractéres.

Algunas veces antes de la invasion de la anjina, aparecen algunos síntomas jenerales, calofríos, calentura, mal estar, anorexia, epistaxís y un estado de postracion y de alteracion de la fisonomía, pero por lo comun el mal de la garganta es el primer síntoma que llama la atencion del enfermo y de los que lo rodean; va acompañado de dolor delante del cuello y de hinchazon de los gangliones sub-maxilares: si se examinan las fauces se observa regularmente rubicundez en ellas, las amígdalas están hinchadas y se ven pequeños puntos blancos en estas, en el velo del paladar, en la campanilla y aun en la farinje, y algunas veces en todas estas partes á un mismo tiempo. A veces, á medida que se van formando las falsas membranas, desaparece el dolor, como lo ha hecho notar bien M. Gendron, y asi puede creerse el mal completamente curado, sino se miran las fauces, y se manifiesta este error cuando aquel ha invadido á la larinje. Segun el mismo autor, sucede tambien que muchos enfermos no aquejan dolor alguno y no cambian sus hábitos regulares mientras que el mal se limita á las partes dichas; pero no sucede lo mismo cuando ya invade la larinje pasando al segundo período, que se anuncia en el principio por una lijera tos seca que se reproduce por accesos muy cortos y va acompañada desde el principio

de afonía y de sufocacion. Los síntomas se van aumentando progresivamente y cuando el crup está ya confirmado presentan los caractéres que vamos á indicar y que deben tenerse presentes.

La tos en algunos casos es sonora, ruidosa y mas ó menos análoga al canto del gallo ó al ladrido del perro, y en otros es ronca, apagada, seca y parece que vuelve á entrar en la larinje: es muy probable qne la tos no presenta estos caractéres sino antes de la formacion de las falsas membranas, porque cuando estas cubren las cuerdas vocales impiden la produccion de la tos como lo haria un pedazo de pergamino mojado; es entonces cuando es apagada ó no es sonora, y asi como en el principio es frecuente, se vuelve tambien mas rara. La voz en el principio es simplemente ronca, pero luego se va perdiendo: el enfermo está casi completamente afónico, y el timbre de su voz tiene algo de metálico como la tos. La respiracion se parece al ruido que hace la sierra á la piedra: esta especie de silbido algunas veces es mas manifiesto en la inspiracion pero las mas de las veces lo es igualmente en la espiracion: puede presumirse que en el primer caso el orificio superior de la larinje es el que se halla parcialmente tapado por la falsa membrana, al paso que en el segundo son las cuerdas vocales las que se hallan alteradas y la glotis propiamente dicha se ha estrechado. Debe considerarse como muy característica la dificultad de la espiracion, la cual casi siempre se encuentra en la afeccion que nos ocupa. A causa de esta dificultad en la respiracion, esta se acelera necesariamente y á ratos se hace tan difícil que hay verdaderos accesos de sufocacion, durante los cuales la ansiedad es grande y obliga al enfermo á sentarse para procurar un punto de apoyo mejor á las potencias inspiratrices. Se admite jeneralmente que no pueden esplicarse sino por un estado espasmódico de los músculos de la larinje estos accesos de difnea que alternan con remisiones muy manifiestas, pero casi nunca completas; y efectivamente es claro que cuando se ha desprendido una concrecion con los esfuerzos de la tos, si el acceso dependiera solamente de la falsa membrana no pudiera reproducirse hasta que esta se hubiese formado de nuevo. Por otra parte las mas de las veces se notan estas alternativas sin que la falsa membrana

haya dejado de obrar de una manera continua, y por lo mismo entonces no pueden esplicarse sino admitiendo un estado nervioso particular. Durante estos accesos de tos y de difnea, los niños suelen ponerse las manitas en el cuello como para arrancarse el obstáculo que sienten en él y que les causa un verdadero dolor: se nota un color morado en los labios; la hinchazon, la palidez y la lividez de la cara son muy manifiestas, la espectoracion, que muchas veces falta, cuando existe puede ser simplemente mucosa, ó bien contiene pedazos de las falsas membranas y aun algunas veces fracmentos de tubos pseudo-membranosos, que los esfuerzos de la tos han hecho desprender: algunas veces despues de haber arrojado estos tubos tienen los enfermos largos intervalos de sosiego á los cuales siguen nuevos accesos de sufocacion que pronto causan la muerte: en casos mas felices desde la espulsion de las falsas membranas principia la curacion. En el intervalo de los accesos persiste regularmente la frecuencia del pulso, el abatimiento, la tristeza y la somnolencia: las remisiones son algunas veces bastante completas para que el niño vuelva á adquirir algo de su alegría natural, pero guarda silencio y escusa el hablar á causa de la dificultad que esperimenta para hacerlo. Las demás funciones pueden desempeñarse debidamente, siendo tan solo lijeramente turbadas: los vómitos que á veces sobrevienen no son mas que un efecto mecánico de la tos, y como bastante á menudo procuran la espulsion de pedazos membranosos, por lo jeneral deben considerarse como favorables.

El tercer período se halla caracterizado por los desórdenes jenerales de las funciones. En los mas de los casos estos desórdenes están ligados á la asfixia rápida ó lenta que ocasiona necesariamente la estrechez de la larinje, y que, se añade á los accidentes propios del segundo período. Por consiguiente la afonia es completa; los accesos de tos van haciéndose mas raros; el silbido laringo-traqueal, que es muy seco y da un sonido como metálico, se oye á mucha distancia; todos los músculos respiratorios están en una contraccion convulsiva; el pulso, muy frecuente é irregular, está en relacion con la respiracion; la cara está pálida, los labios lívidos, y la cabeza inclinada hácia atrás; el entorpecimiento es casi continuo

y solo se halla interrumpido por las congojas de la sufocacion casi siempre provocadas por la tos; el pobre niño se araña el cuello, se ajita, se asienta renversando hácia atrás el cuerpo cubierto de sudor, y otras veces se levanta de la cama, corre algunos pasos buscando el aire que le falta y cae para perecer en una crisis de sufocacion. Cuando el enfermo se halla debilitado por una causa cualquiera las angustias de la agonía no van acompañadas de estos señales de ajitacion y de violenta estrangulacion; la asfixia es mas sosegada y presenta una forma adinámica.

Cuando el enfermo se cura es seguramente durante el segundo período. Se puede pronosticar esta terminacion cuando la tos se vuelve húmeda, el silbido es menos seco, y se nota bien en los bronquios la espansion vesicular con un estertor mucoso: luego desaparecen los accesos de sufocacion, y empieza definitivamente la convalecencia, á menos de que sobrevenga una pneumonia ó alguna otra enfermedad consecutiva. Muchas veces, durante la convalecencia, el pulso se mantiene un poco frecuente, y algunos enfermos quedan con afonia por muchas semanas. Jeneralmente no se efectúa la curacion hasta que, habiéndose espelido las falsas membranas, no vuelven á reproducirse: sin embargo M. Guersent no titubea en considerar como muy probable, sino cierta, la reabsorcion de las falsas membranas en algunos casos, que en verdad son poco frecuentes.

La marcha del crup no es siempre regular y conforme á la descripcion que acabamos de dar. Algunas veces la concrecion peliculosa se desarrolla al mismo tiempo en la farinje y larinje; y asi los dos primeros períodos forman uno solo; en otras ataca luego el mal á la larinje y traquea dejando intacta la farinje; entonces falta completamente el primero: en el dia se consideran estos casos como mucho mas raros que antes. En otros casos mucho mas raros aun, la enfermedad empieza por los bronquios y la traquea, y de ellos se remonta en sentido inverso hácia la larinje.

Variedades. El crup presenta muchísimas variedades relativas algunas á las diferentes formas de la enfermedad, pero la mayor parte á las complicaciones que lo acompañan. Algunos autores han admitido el crup *intermitente*, variedad que no

puede aceptarse en el crup propiamente dicho, pues que pasado el primer período, cuando ya se halla formada la falsa membrana, no puede tener intermitencia completa si esta no se arroja. M. Guersent cree que tampoco debe admitirse el crup que se ha llamado *crónico*, porque los que se han distinguido con este nombre no han sido mas que traqueítides ó bronquítides crónicas pseudo-membranosas ó enfermedades crónicas que han terminado con mas ó menos prontitud por el crup adinámico. El crup *latente ó adinámico*, en el cual apenas hay sufocacion, en jeneral no se manifiesta sino en niños muy debilitados por enfermedades anteriores. La complicacion mas frecuente del crup es la estension de la inflamacion que lo constituye á los órganos inmediatos, hasta llegar á veces al estómago. Pueden tambien complicarle otras flegmasias, como los catarros bronquial é intestinal, pero la pneumonia lobular ó lobulillar, es la complicacion flojística mas frecuente. En muchos casos se ha complicado con él la coqueluche, pero en algunos ha sido ventajosa esta complicacion porque los esfuerzos de la tos ferina han contribuido al desprendimiento y espulsion de las falsas membranas. Raras veces coincide el crup verdadero con las calenturas exantemáticas.

Diagnóstico. Cuando se observan falsas membranas en la cámara posterior de la boca, estas se espelen con la espectoracion, y se observa la forma de sufocacion que hemos descrito, no es difícil el diagnóstico; pero si falta alguno de estos señales puede ser muy oscuro. La espuicion de pedazos membranosos no es tan característica como pudiera creerse, porque pueden provenir de la farinje, de la traquiarteria y de los bronquios, sin que las contenga la larinje.

Puede confundirse el crup con muchas enfermedades. Hablaremos mas adelante de los caractéres que lo diferencian de la larinjitis *stridula*. En la larinjitis simple la tos no es seca, ronca ni silbante, sino sonora, aguda y muy dolorosa, la dificultad de respirar es continua y no se renueva por accesos; la voz es baja pero no tiene el timbre de la del crup, y por fin estas dos enfermedades se diferencian por todos los antecedentes. La anjina larinjea edematosa algunas veces se asemeja al crup por la afonia y una especie de silbido larinjeo; pero la

tos y la voz no son crupales: la hinchazon de los pliegues aríteno-epiglóticos, que algunas veces puede reconocerse con el tacto, forma un carácter patagnomónico. M. Guersent añade que la sufocacion es permanente y no viene por accesos precedidos de la tos como en el crup; pero creemos que este aserto es poco fundado porque muy á menudo pueden notarse en la anjina edematosa accesos de sufocacion separados por intervalos de remision muy marcada. Debe notarse otro carácter que consideramos muy importante, es decir, en la anjina edematosa casi constantemente está muy dificultada la inspiracion y la espiracion se efectúa con libertad, y en el crup solo se nota esta circunstancia en los casos muy raros en qué la concrecion no ocupa sino el orificio superior de la larinje; pero en los mas tan difícil es la espiracion como la inspiracion. La inflamacion membranosa de la traquea y de los bronquios sin coincidencia del crup, en jeneral puede distinguirse fácilmente de este: las falsas membranas que se espectoran entonces tienen á veces una forma tubulada que manifiesta bien el punto de su verdadero oríjen; y además en esta traqueitis y bronquitis se perciben regularmente con la auscultacion los estertores sonoro y silbante, y, lo que es mas característico, un ruido de válvula ó de sopapo producido por la movilidad de sus falsas membranas: á estos signos físicos se añaden además los racionales de la bronquitis grave.

La duracion del crup es muy variable mayormente en el primer período. Cuando la falsa membrana está ya formada en la larinje, en jeneral los accidentes marchan con tanta mayor rapidez cuanta menor es la edad del niño enfermo, mas gruesa la concrecion, mas estensa, etc.: á veces los niños se ahogan al cabo de pocas horas, y otros resisten el mal muchos dias: esto prueba que el elemento nervioso contribuye mucho en la duracion y marcha del crup.

Pronóstico. El crup es una enfermedad muy grave; pues que, como lo ha dicho M. Guersent, en seis enfermos atacados del verdadero crup apenas pueden salvarse dos. Esta proporcion se encuentra jeneralmente en el crup esporádico, pues en el epidémico puede variar mucho, y por lo comun este ocasiona una mortandad horrorosa. A mas de la influencia epidémica, contribuyen otras causas á agravar ó á atenuar el

pronóstico del crup. La debilidad primitiva y constitucional del enfermo, ó consecutiva á afecciones anteriores, la falta de buenas condiciones hijiénicas, la intensidad de los síntomas, las complicaciones graves, el período adelantado del mal, la intervencion tardía del arte y la insuficiencia de los primeros remedios prescritos son otras tantas circunstancias que deben hacer agravar el pronóstico; y al contrario cuando el niño es robusto, está bien constituido y rodeado de buenas circunstancias hijiénicas; cuando los síntomas manifiestan que la falsa membrana no disminuye considerablemente la coluna de aire que debe entrar en el pulmon, el médico ha sido llamado á tiempo y se vé que, bajo la influencia del tratamiento prescrito, se van espeliendo falsas membranas, la tos se vuelve húmeda y disminuyen los síntomas febriles, puede esperarse la curacion: sin embargo siempre deberemos estar prevenidos ya para las recaidas que pueden sobrevenir por la reproduccion de las concreciones semi-membranosas, ya contra las complicaciones que puede tener el crup.

Tratamiento. Lo que prueba mejor la insuficiencia del arte en el tratamiento del crup, en los mas de los casos, es el número infinito de remedios que se han preconizado para su curacion. Prescindiendo de muchos que se han abandonado ya, hablaremos solamente de los diferentes medios adoptados por los mas de los prácticos, y de las indicaciones que se han de cumplir.

Á pesar de que no puede dudarse de la existencia de un elemento flojístico en esta enfermedad, no han estado acordes los prácticos, acerca la utilidad que pueden reportar en ella las evacuaciones sanguíneas; pues, al paso que algunos las han encarecido sobradamente, otros las consideran como muy perjudiciales. Esto depende de que algunos autores han observado solamente el crup epidémico, y entonces el carácter especial de la epidemia puede influir en las ventajas ó perjuicios que aquellas pueden acarrear, ó bien el endémico, en el cual las condiciones hijiénicas propias de los paises en que se padece influyen en el estado del enfermo constituyéndole débil y caquéctico, y por esto son entonces perjudiciales las sangrías. Por lo que toca al crup esporádico, con tal que el enfermo no esté muy débil ni se halle ya aquel en el último período,

creemos que es útil el prescribir una sangría de brazo ó una aplicacion de sanguijuelas en la parte anterior y lateral del cuello sobre la larinje y la traquea, y aun á veces pueden convenir ambas evacuaciones con proporcion á la edad y fuerzas del enfermo y al grado de inflamacion é intensidad del mal. Segun M. Desruelles una sangría moderada y prolongada sirve mejor que una evacuacion pronta y asi, bajo esta idea, pueden preferirse las sanguijuelas dejando sangrar las aberturas que hacen: algunos autores aplican las sanguijuelas una tras otra haciendo continuar asi durante mas ó menos tiempo una evacuacion sanguínea poco abundante; práctica que, en jeneral, puede ser muy útil. Hay casos en qué conviene la reiteracion de las sangrías locales, pero siempre se ha de tener presente que no pueden debilitarse demasiado las fuerzas del enfermo porque pudieran hacer falta en lo sucesivo.

Á mas de las sangrías se han encarecido como antiflojísticos los contra-estimulantes y los alterantes. El autor del Diccionario de los Diccionarios de Medicina recomienda tambien el uso del tártaro emético en pocion á la dosis de 4 á 6 granos en 3 ó 4 onzas de vehículo, de la que debe darse cada hora una cucharada menor ó bien una en cada acceso cuando estos son muy inmediatos, combinándolo con las evacuaciones sanguíneas: entonces estas pueden escasearse mas. Como alterantes sirven bien los mercuriales, y asi puede darse el mercurio dulce á la dosis de medio grano á uno, segun la edad de los niños, cada media hora ó cada hora, asociándole una pequeña cantidad de opio á fin de prevenir el efecto purgante; y pueden mandarse hacer fricciones sobre las partes laterales del cuello, en los sobacos, brazos, etc., con uno ó dos escrúpulos del ungüento mercurial en los niños de muy poca edad tres ó cuatro veces al dia: cuando tienen mas edad puede doblarse esta dosis. M. Bretonneau recomienda que se suspenda el uso de los mercuriales cuando la temperatura es baja y en los niños debilitados por una causa antecedente cualquiera, porque el frio favorece la produccion de las úlceras gangrenosas, de la salivacion abundante y de las hemorrajias, accidentes que siguen á veces á la administracion del mercurio, y porque muy á menudo hay en la difterítide una alteracion especial de la sangre que favorece las hemorrajias, y como el mercurio dis-

minuye la plasticidad de este líquido, puede contribuir á su produccion.

Como medios antiflojísticos de una utilidad secundaria debemos indicar las bebidas emolientes, demulcentes y pectorales, las lavativas emolientes ó lijeramente laxantes, etc.; medios que nunca deben omitirse. Para favorecer la espulsion de las falsas membranas, se han aconsejado los vomitivos que sirven bien, no solo con este objeto, si que tambien para combatir su causa productriz, ó sea la inflamacion, por medio de la irritacion revulsiva que promueven en el canal cibal. Cuando el práctico es llamado para tratar un crup contra el cual no se han usado todavía medios enérjicos, debe advertir si la falsa membrana, por su espesor ó por su estension presumida, forma ya un obstáculo considerable al paso del aire, en cuyo caso deben administrarse inmediatamente los vomitivos y despues las evacuaciones sanguíneas, si lo exije el estado flojístico; ó bien si no estorba aun mucho á la respiracion, pues entonces puede empezarse el tratamiento con los antiflojísticos, y despues de ellos se darán los eméticos. Con este objeto á los niños menores de cinco años debe dárseles una mezcla de veinte granos de ipecacuana con uno de tártaro estibiado, dividido en tres papelitos, de los cuales se les dá uno cada media hora; pero si los dos primeros han hecho vomitar bastante no se dá el tercero: en los niños de mas edad se dobla la dosis. Debe hacerse beber con abundancia á los niños, y se ha de encargar á sus asistentes que conserven todos los materiales vomitados y espectorados, para que se pueda ver si se espelen pedazos de membrana. Los vomitivos están contraindicados cuando el estómago es débil ó está demasiado irritable, y los casos de mucha congoja y de mucha propension á las conjestiones cerebrales: en este caso por lo menos debe atenderse al efecto de las evacuaciones sanguíneas. Cuando no pueden administrarse los eméticos pudiera ser útil promover el vómito titilando la larinje con las barbas de una pluma.

Para favorecer el desprendimiento y la espectoracion de las falsas membranas se han aconsejado tambien los espectorantes, entre los cuales merecen la preferencia los antimoniales, la decoccion de polígala, el oximiel escilítico, la ipecacuana y azufre á pequeñas doses, y los estornutatorios en polvo ó en va-

por, como las fumigaciones irritantes con el vinagre, etc. Segun Guersent de nada sirven estos medios sino hay abundantes mucosidades en los bronquios que levanten las falsas membranas y faciliten su espulsion.

Sirven tambien con ventaja los revulsivos cutáneos, y en particular los vejigatorios; entre los cuales son preferibles, segun Jurine, los volantes á los permanentes; porque con los primeros pueden multiplicarse ventajosamente los focos de irritacion en las inmediaciones de la parte enferma: pueden emplearse en todos los períodos del mal, pero con preferencia despues de las evacuaciones sanguíneas. No creemos que la aplicacion de los vejigatorios en la parte anterior del cuello tenga los inconvenientes que teme Jurine cuando dice que su accion irritante puede estenderse á la traquea.

Con respecto á los demás remedios recomendados, debemos decir que se puede contar poco con los purgantes, aun los mas enérjicos, ni con los sudoríficos, y asi solo podrán administrarse como accesorios; que los antiespasmódicos, en el verdadero crup, no merecen los elojios que se les han tributado y solo pueden servir en él como medios de una urjencia secundaria, cuando predomina el estado nervioso á los síntomas locales, en cuyo caso pueden administrarse el almizcle, el éter, el alcanfor y sobre todo la asafétida y los baños tibios prolongados y repetidos todos los dias y aun dos veces al dia; que los narcóticos solo pueden usarse en este mismo caso, y aun con muchísima reserva, pues pueden facilitar la asfixia, por lo que, segun nuestro parecer, á lo mas puede usarse al esterior una sustancia capaz de disminuir la disposicion al espasmo de los músculos de la larinje, siendo el estracto de la belladona en fricciones delante del cuello la que consideramos preferible; que los tónicos son ventajosos en el último período cuando las fuerzas se hallan agotadas y deben reanimarse para que se puedan espeler las falsas membranas, y entre ellos se prefieren el agua vinosa y la quina, y por fin que los medios tópicos no pueden usarse en el crup sino cuando se ha practicado la traqueotomia, pero que no deben descuidarse para combatir la anjina lardácea que precede al crup: al hablar de esta enfermedad veremos los tópicos que convienen en este caso.

Traqueotomia. Esta operacion, cuya importancia en el crup

han encarecido algunos autores, al paso que otros la consideran como un medio estremo que no debe usarse sino como último recurso, puede reportar verdaderas ventajas si se practica en el principio del segundo período, cuando ya está manifestada la difterítide larinjea con algunos accesos de sufocacion: cuanto mas se tarda en operar mas fácil es el encontrar falsas membranas estendidas á lo lejos en los bronquios, el no poder remediar la conjestion, la estrangulacion, la inflamacion y el enfisema pulmonares, accidentes frecuentes en el último período; y es mas difícil la operacion á causa de la hinchazon de los vasos que se aumenta con los progresos de la asfixia: por otra parte entonces los niños no están aun debilitados con las evacuaciones sanguíneas. La esperiencia ha demostrado tambien que es mas ventajoso el hacer esta operacion en dicho segundo período que no aguardar al tercero. Con ella debe esperarse no solamente el remediar inmediatamente la asfixia inminente, sino un medio para obtener el despegamiento y la espulsion de las falsas membranas, y de prevenir su reproduccion con los tópicos aplicados sobre la parte afecta, y de mantener un paso artificial al aire respirado, hasta que sus vias naturales se hallan en disposicion normal.

El éxito de la operacion depende casi enteramente de los cuidados consecutivos á ella, y de las precauciones con que se cumplen las dos indicaciones que acabamos de indicar. Siendo estas circunstancias propias de la medicina operatoria no debemos hablar de ellas, es decir, del método operatorio, del uso de las cánulas, del modo de limpiarlas, como tambien á la traquea y bronquios, ni de la cauterizacion de las superficies enfermas accesibles por contacto ó por instilacion. Con respecto á los contraindicantes de la traqueotomia debemos decir que no debe practicarse cuando hay motivos de creer que están ya afectados los bronquios en una grande estension por concreciones membraniformes, y cuando hay la complicacion de la pneumonia aunque sea simple, pues siempre es grave.

Para evitar la traqueotomia algunos prácticos han ensayado algunas operaciones mas simples y menos peligrosas, y entre ellas debemos citar la cauterizacion con el ácido hidroclórico puro y concentrado, por medio de una pequeña esponja dirijida sobre la larinje, las amígdalas y la glotis; operacion que,

auxiliada con los eméticos y demás medios indicados, propagándose hasta la larinje, ha dado felices efectos en manos de M. Gendron que la recomienda, pues no tiene inconveniente y puede cortar los progresos del crup procurando su curacion, aun despues de muchos accesos de sufocacion. Estos hechos son interesantes para aquellos casos en qué los padres del enfermo repugnan la traqueotomia, y para aquellos prácticos que consideran á esta operacion como demasiado peligrosa para practicarla en los principios del mal.

Tratamiento profiláctico. Cuando el crup reina epidémicamente en algun punto, y tambien en los paises en que es endémico, en los niños que no pueden mudar su residencia, deben los padres tener cuidado de arroparlos bien, haciendo que respiren un aire vivo y seco, de hacerlos dormir en aposentos bien aireados y espuestos al medio dia, y en fin impedir en lo posible las reuniones de niños, porque entre ellos puede haber uno ó mas afectados de una anjina lardácea que es contajiosa: con mucha mas razon debe impedirse la comunicacion entre un niño sano y los enfermos de crup. Tanto en estos casos como cuando este es esporádico, debe tenerse presente que le precede la anjina para tener cuidado en los síntomas propios de ella sin olvidar de examinar las fauces. Es muy interesante que se llame á un facultativo luego que se presentan los primeros síntomas, y en tanto que este llega, es bueno que se mantenga al niño muy caliente, hacerle beber una infusion emoliente y antiespasmódica (flores de malva y de naranjo), y hacerle tomar un pediluvio ó maniluvio sinapizado.

§ II.

De la anjina larinjea pseudo-crupal, stridula, *espasmódica, etc.*

La distincion del crup en verdadero y falso es sumamente interesante en la práctica. Entenderemos con el nombre de *falso crup* todas las especies de larinjitis que pueden simular al crup, á las cuales se han dado los nombres arriba espresados.

Caractéres anatómicos. La anatomía patolójica del falso crup es todavía poco conocida. Los SS. Bretonneau y Guersent dicen que nunca han visto morir los niños afectados de lo que

ellos llaman larinjitis estrepitosa (*stridula*) simple: cuando está complicada se encuentran en el cadáver los caractéres de la complicacion que ha causado la muerte: asi es que en la pneumonia se hallan las lesiones propias de esta y además, en algunos casos, un poco de rubicundez en los bronquios correspondientes al lado afecto; pero dice Guersent que nunca ha hallado en la larinje ni en la traquea nada que pueda esplicar la tos estridulosa. La insuficiencia de la anatomía patológica se nota tambien en los casos llamados por algunos autores *crup nervioso*, en los cuales no solamente faltan en la autopsia lesiones capaces de ocasionar la muerte, sino tambien las alteraciones de la larinje propias para esplicar la tos crupal que ha existido durante la enfermedad.

De lo dicho puede deducirse que el crup falso consiste en una enfermedad complexa que resulta de una larinjitis regular poco intensa unida á un espasmo de la glotis: es por esto que puede simular muy bien al crup, y aun en algunos casos puede ocasionar la muerte sin dejar sin embargo en la larinje lesiones apreciables en la inspeccion cadavérica. El espasmo de la glotis aislado no puede simular al crup, porque las alteraciones de la voz y de la tos que se notan en los crups verdaderos y falsos dependen de las mutaciones que se efectúan en la lisura de la superficie mucosa y en el grosor y consistencia de esta membrana. Y por consiguiente en los casos de espasmo idiopático que se han observado, no se han notado la tos ni los sonidos crupales ni pseudo-crupales; la respiracion era solamente difícil y silbante; los accesos estaban separados por una intermitencia completa, y los antiespasmódicos solos dieron felices efectos; todo lo que no sucede en el crup verdadero ni falso.

Causas. El espasmo de la glotis idiopático, segun M. Blache, es estremamente raro en el adulto, y se observa casi únicamente en la infancia y en particular del cuarto al doceno mes: esto es á corta diferencia lo único que se sabe de la etiolojia de esta enfermedad. El pseudo-crup reconoce causas predisponentes y ocasionales. M. Guersent dice que la larinjitis estrepitosa afecta á los niños desde un año á seis ó siete; es muy rara despues de esta edad, lo que pareceria probar que la estrechez relativa de la larinje en la infancia es causa predisponente de esta enfermedad. «La organizacion primitiva de la larinje influye, añade, de tal manera en la produccion de esta enfermedad que se observa con frecuencia en todos los niños de una misma familia. Ciertos individuos están organizados de manera que tienen muchas veces este mal: lo he visto dos, tres y cuatro veces en los mismos niños en los que se iba disminuyendo la intensidad de los accesos á medida que adelantaban en edad..... Hay algunos niños en quienes todos los romadizos empiezan con un ataque ó dos de pseudo-crup. Estoy bien convencido que los ejemplos de recidiva del crup que citan algunos autores pertenecen al pseudo-crup simple pues no creo que haya un solo caso bien probado de recidiva del crup verdadero.» En cuanto á las causas ocasionales son análogas á las del crup ó mas bien á las de las larinjítides en jeneral: son casi siempre el frio y la humedad.

De lo dicho se infiere que la etiolojia diferencia tambien el pseudo-crup del verdadero; pues en este la influencia de las causas ocasionales prepondera á la de la edad, solo se nota la coincidencia en los individuos de una misma familia cuando es contajioso ó por lo menos epidémico, y solo se padece una vez en la vida, y asi es mas frecuente en la infancia á causa de esto y no por la mayor estrechez de la traquea.

Síntomas y diagnóstico. El crup falso presenta una reunion de síntomas que le proporcionan un aspecto muy parecido al del verdadero, sin que puedan servir para diferenciarlos exactamente ciertos signos que algunos autores han considerado como muy característicos, pues que, en realidad, no son patagnomónicos; y si bien es verdad que se les debe conceder un valor muy grande, sin embargo este no es absoluto. Lo que nos parece que puede guiar mejor al práctico para establecer un diagnóstico infalible, es el estudio de la marcha de la enfermedad combinada con la de los síntomas. El crup falso sobreviene repentinamente en medio de una salud hasta entonces perfecta, y se anuncia por un primer acceso que, por lo comun, es muy intenso, siéndolo despues menos los que le siguen: al contrario no siendo el crup mas que la estension de una difterítide farinjea hasta la larinje, sobreviene despues de una anjina que, por lo regular, cuenta ya algunos dias de fecha, y que va acompañada de sus caractéres pro-