

la barrera que separa á nuestra pobre inteligencia de su infinita sabiduría y desborde sobre nuestra ruin capacidad el inagotable raudal de su luz; esta influencia, repito, que debe ser una cosa real, puesto que los hechos citados en su pro forman un cúmulo imponente, necesita hoy, cual la primera, de todo el empeño de mis comprofesores, ora para conservarla en la alta categoría á que la elevaron las creencias de los sábios de otros tiempos, ora para destronarla si su esfera de accion en efecto no se dilata mas allá de la de las anécdotas y cuentos con que se entretiene á la niñez en el hogar.

México, 15 de Enero de 1872.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.

MEDICINA PRÁCTICA.

DEL CROUP.

Apreciaciones que por la naturaleza de la enfermedad constituyen la indicacion precisa para proceder á la traqueotomía.

El verdadero croup caracterizado con todos los síntomas esenciales, enfermedad siempre funesta en su terminacion, ha ocupado mi exámen desde el año de 1865 que en Guanajuato tuve la desgracia de perder á mi única hija entonces. El carácter de padre y el excesivo cariño de ella por mí, me han hecho seguir los prodromos, invasion, marcha y terminacion de este terrible cuanto insidioso mal, comprobando lo que voy á decir con diez observaciones mas, de enfermitos pertenecientes á los Sres. Barreda, Chavez y Dugés durante la epidemia que en ese año apareció en aquella capital.

Siendo excesivamente benigno el clima de aquel Estado, á pesar de encontrarse la capital entre elementos desfavorables á la higiene y abundando las circunstancias protectoras contrarias á la buena salubridad, la dipteria no se habia aclimatado: uno que otro caso de laringitis estridulosa habia tenido lugar en niños ó adultos; pero de Mayo á Junio del año dicho, en que la invasion francesa tuvo su total desarrollo, el continuo tránsito y relevo de las secciones que ocupaban á Guanajuato hizo fijar definitivamente en el hospital la variedad de enfermedades que el

ejército frances trajo consigo, aclimatándolas en los diversos puntos de su estacion..

La dipteria laringiana, desconocida por nosotros hasta entonces como una enfermedad esencialmente impropia de nuestro Estado, de nuestro clima, de un país virgen de otra multitud de enfermedades, se fijó, como dije antes, en aquel lugar; y de epidémica que fué se ha declarado endémica, apareciendo anualmente con caracteres mas ó menos graves, mas ó menos benignos.

Entonces, como sucede con todas las epidemias que por primera vez aparecen, todos los casos fueron fatales en su marcha y terminacion.

Entre la clase indigente y proletaria aparecieron multitud de casos que coincidieron con la terminacion del sarampion; se propagó luego á la clase media, extendiéndose finalmente á las familias acomodadas.

La dipteria laringiana, que solo conociamos algunos médicos mexicanos por el cuadro incompleto de síntomas que señalan los autores europeos, la hemos estudiado en esa época con toda la minuciosidad que la afeccion demanda: en tal virtud, expondré el cuadro de caracteres y signos esenciales de ella, localizándola en la faringe, laringe y fosas nasales, como se presente, pues afortunadamente la dipteria maligna no se conoce aún. Comunmente se presentan los prodromos de la afeccion con accesos aislados de tos ronca, débil y muy semejante al ladrido del perro chiquito; en las primeras noches y á la madrugada es cuando se observa esa tos. Estos accesos, que no son quintosos, desaparecen al anunciarse la entrada del dia, no observándose mas, durante su medio ó terminacion, ni al principio ó medio de la noche; pero á la siguiente aparecen lo mismo que en la anterior, manifestando mas frecuencia en la cuarta, quinta, sexta, sétima y octava madrugada: al fin de este período de tiempo comienzan los enfermitos á estar displicentes, algo tristes; el pulso se acelera un poco: en el dia evacuan bien sus juegos ordinarios; la apetencia rara vez se pierde; duermen tranquilamente en las primeras horas de la noche, pero de la media en adelante la respiracion se hace difícil, tranquilizándose cuando entra el nuevo dia, en cuyo caso cesan completamente los tres ó cuatro accesos de tos ronca, que reincidirán á la noche siguiente: al cabo de estos otros dias los enfermos presentan mayor fatiga; desde el fin de la tarde la tos persiste mas, los accesos son mas frecuentes; en el dia tienen un timbre comun, mas en la noche adquiere uno particular que se asemeja al ladrido del perro chiquito: hasta este momento solo se deja traducir una leve laringitis catarral si la dipteria se ha de localizar en el árbol aereo. Preciso es recurrir al laringoscopio, porque el médico deberá estar muy atento al instante en que el moco ó la exudacion comience á tener la apariencia de película ó falsa membrana, concretándose el líquido secretado. Cuando esto se observa, empiezan á entumecerse los ganglios submaxilares y cervicales, la tos es mas continua, comienzan á presentarse accesos de

dípsnea, el timbre de la tos cambia durante el día, la respiración se hace ruda en el momento de la inspiración que toma el carácter de sibilante y prolongada, siendo la espiración fácil y natural: en el intercurso de algunas horas, la formación de las falsas membranas es rápida, de suerte que, después de este tiempo, vienen los accesos de tos con espulsión de un moco filante y concreciones membraniformes ó fragmentos trubulados de falsas membranas. Desde entonces la ansiedad aumenta porque la tensión de la mucosa y demás elementos anatómicos del aparato respiratorio inflamado, producen cierta constricción nerviosa que impide á los músculos laringeos cumplir con las funciones fisiológicas respiratorias, en la parte que les toca. Esta ansiedad aumenta al grado de producir accesos asmáticos intermitentes que poco á poco van tomando el carácter de verdadera dípsnea; dípsnea que acrece y produce signos de sofocación: durante cada acceso los niños llevan las manos exteriormente á la región traqueal, como para separar el obstáculo mecánico que ellos creen les impide respirar, y como estos paroxismos, que al principio son retardados, se aproximan luego en el tiempo de su manifestación, haciéndose muy frecuentes, los enfermos se levantan de la cama y piden á los circunstantes los tomen en los brazos y los saquen á los corredores, á la calle ó á la atmósfera libre para respirar. La tos que al principio era frecuente, ronca, sibilante, deja de ser tenaz desde el momento en que las falsas membranas tapizan la laringe y la traquea; uno que otro acceso retardado se nota de cuando en cuando, acompañado de un ruido más áspero al momento de la inspiración, que pronto es reemplazado por el ruido de válvula. Los fisiólogos explican la cesación de la tos, dando por razón, que la capa que las falsas membranas forman sobre la mucosa inflamada, impide la excitación ocasionada por el contacto del aire en el acto de la inspiración. Desde la invasión hasta el momento de la presentación de estos fenómenos, la circulación se acelera, el pulso bate hasta ciento cuarenta veces, el número de los movimientos torácicos asciende á medida que la dípsnea crece, el calor general aumenta uno ó dos grados para empezar á abatirse en el período siguiente en que ha comenzado el envenenamiento por el ácido carbónico, que dá lugar al período asfíxico. A medida que los signos de sofocación aumentan, mayores son los esfuerzos de los enfermitos para separar, con las manos llevadas á la traquea, el obstáculo exterior que ellos creen que les impide la entrada del aire. Luego que comienzan los accesos de dípsnea la hematosis es incompleta, la exhalación del ácido carbónico por los pulmones no se verifica en totalidad, como tampoco se ejecuta la conversión de la sangre venosa en arterial, de suerte que los enfermitos comienzan á dar señales de asfixia lenta, manifestadas por la palidez revelada en esta época, palidez que reemplaza á la rubicundez de la cara en el período de excitación y calentura: la inquietud y ansiedad pasajeras que acusaban los enfermos al fin del primer período aumenta gradualmente hasta producir, en los accesos de

sufocacion, una congoja violenta que comunica á la facies/un aspecto peculiar distinto de la de los accesos asmáticos.

Estos síntomas caracterizan el paso del segundo período al tercero ó asfíxico. En el período asfíxico es en el que el médico, segun mi experiencia, debe fijar su atencion extraordinariamente, por depender del avance de la asfixia la contraindicacion de la traqueotomía.

Véamos como se produce la asfixia en esta enfermedad y los fenómenos patológico-fisiológicos á que la asfixia croupal dá lugar.

El período asfíxico del croup está caracterizado por la decoloracion de la cara y de los labios, que en el período de excitacion están rojos; por el cambio de la expresion de los ojos, que presentaban la significacion del terror y miedo y ahora quedan en el abatimiento. El niño enfermo comienza á manifestar una indiferencia é insensibilidad física y moral; los revulsivos y demas excitantes de la piel parecen no causar sensacion apreciable: los movimientos respiratorios se verifican incompletamente y sin la fuerza de presion recíproca por parte de los pulmones y músculos internos y externos del torax. Un sueño vigil se apodera de los enfermitos; los principales síntomas del croup parecen haber desaparecido; nada de dispnea, ruido de válvula ó tos; pero en lugar de ellos se presentan los accesos de obstruccion laringea, en los que el niño parece próximo á suspender la respiracion por la parálisis de todo el aparato respiratorio; entonces se levanta sobresaltado con los ojos fijos en actitud desesperante, las pupilas dilatadas, se apoya convulsivamente en cualquiera objeto ó persona, hace grandes esfuerzos por respirar sin conseguirlo, y cae desfallecido otra vez en su sueño vigil, quedando insensible á todos los agentes exteriores.

Cuando se ha verificado esto, la cara comienza á tener un aspecto cianoso, sobre todo en los labios y surcos naso-labiales; la piel toda, si el enfermo es blanco y linfático, se cubre de jaspes azulejos que son debidos á las venas de la piel que se engurgitan por la deplecion del sistema arterial y la replecion del venoso; la sangre ya no sufre la hematosis en el pulmon; la temperatura del cuerpo disminuye por haber disminuido la calorificacion; la piel se enfria, se anestesia en varias regiones; la respiracion es mas débil; el enfermo no tiene ya los accesos que al principio de la asfixia; la indiferencia por lo que le rodea se aumenta; los movimientos del corazon se hacen tumultuosos periódicamente; el pulso se deprime, batiendo fuertemente en los intervalos en que el corazon late tumultuosamente; las venas yugulares se hinchan, la lengua se colora en rojo oscuro, las pupilas, mas dilatadas, ocupan casi todo el campo de la cornea y son insensibles á la luz por fuerte que sea; la flacidez general, por la parálisis de las regiones musculares se hace muy notable; las facultades mentales se hacen obtusas; las extremidades se enfrian.

Cuando todos estos síntomas no han cesado y la asfixia crece siempre, con la lentitud que en el croup se caracteriza á consecuencia de la falta de la hematosiis, entonces la cara está lívida, todo el cuerpo, pero principalmente las extremidades, se marmorean, se enfrian, la anestesia se aumenta, el calor disminuye mas, hay un sudor viscoso y frio, el pulso se hace pequeño, irregular é intermitente, la sangre circula con dificultad y por fin la muerte llega poco á poco.

Estos son los principales síntomas de la asfixia lenta que se desarrollan por el croup ó la dipteria laringea, aun cuando solo sea una leve falsa membrana la que tapiza todo el aparato respiratorio.

Examinemos ahora cuál es la etiología de la asfixia crupal.

La asfixia que se establece en el tercer período del croup no es esencialmente la asfixia producida por un obstáculo interpuesto entre las vias aereas, porque si dependiera de esta causa, es claro que quitado el obstáculo cesaria la asfixia: luego la traqueotomía surtiria sus efectos cuantas veces se pusiera en práctica: vemos por el contrario que en muchos casos de croup en que se aplica la traqueotomía, la operacion no preserva de la muerte á los enfermitos: luego quiere decir, que hay una causa especial, secundaria ó consecutiva que ocasiona la falta de éxito.

En efecto, aplicando la sintomatología en sus conecciones con la fisiología tenemos: que la asfixia que se comienza á producir en los enfermos de croup, depende de la falta de la hematosiis en el pulmon, porque el árbol aereo obstruido por la afeccion catarral y la dipteria, no permite penetrar al aire para trasformar en el pulmon la sangre venosa en arterial; en los dos primeros períodos de la enfermedad se acumula gran cantidad de sangre venosa cargada de ácido carbónico; pero de tal manera saturada, que llega el tercer período durante el cual, aun cuando la traquea estuviera libre, la hematosiis no se podria verificar por varias razones.

I. Porque, segun Bernard, la sangre venosa asfixiada llega á hacerse menos combinable con el oxígeno, como consta de sus experiencias, y en este caso resulta que, mostrando la misma sangre tanta resistencia á la hematosiis, en dicho período la traqueotomía es inútil y el enfermo no se ha de salvar.

(Concluirá.)

ERRATAS NOTABLES.

En la entrega anterior, pág. 11, línea 33, dice: *depende de las causas accidentales*: debe decir: depende de causas accidentales.

En la pág. 16, línea 39, dice: *El virus vacuno es tanto mas enérgico cuanto mas tiempo haya pasado su formacion al recogerlo*. Debe decir: El virus vacuno es tanto mas enérgico cuanto menos tiempo haya pasado de su formacion al recogerlo.