

Anotaremos finalmente que sorprende sea mayor el número de casos en que la intervención primera fué por úlcera gástrica, siendo más frecuentes las resecciones por úlcera duodenal. Una casuística más numerosa nos permitirá en el futuro valorar este dato.

RESUMEN.

Presentan un caso de cáncer de boca anastomótica en un paciente de sesenta años, resecado dieciocho años antes por una úlcera pilórica.

Hacen historia de los cánceres de boca anastomótica y describen su clínica y radiología insistiendo en la importancia de la anemia con molestias después de un intervalo libre de muchos años.

Exigen para que puedan ser estudiados en

este capítulo que la intervención haya tenido lugar por lo menos cinco años antes y que sea por un proceso benigno.

BIBLIOGRAFIA

1. ARZCA ZULAICA, E.—Rev. Clin. Esp., 60, 390; 1955.
2. CABRÉ FIOL.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig., 12, 186; 1953.
3. DALSETH, I.—Tidsskr. f. d. norske lægefor., 73, 305; 1953. Cit. Morel.
4. DEBRAY, CH.; ROUX, M.; CHEVILLOTTE, R., y SEGAL, S.—Arch. Mal. Ap. Dig., 39, 702; 1950.
5. FREEDMAN, M. A. y BERNÉ, C. J.—Gastroenterology, 27, 210; 1954.
6. GIOVANNINI, S.—Arch. ital. di chir., 61, 461; 1941. Cit. 1939 y Arch. f. Klin. Chir., 204, 4; 1942. Cit. Morel y Freedman.
7. KONJETZNY, G. E.—Discussion Zentralbl. Chir., 66, 1.729; Freedman.
8. LÜRJE, A.—Zentralbl. Chir., 62, 3.204; 1935. Cit. Freedman.
9. MATEOS, M. J.; BUSTAMANTE, V., y ZUBIZARRETA, I.—Gaceta Médica Norte, abril, 29; 1954.
10. MOREL, J.—Tesis de París, 1953.
11. PICCO, A.—La Clin. Chir., 47, 16; 1948. Cit. Freedman.
12. PREVOT.—For. Geb. der Rout, 68, 75; 1948. Cit. Morel.
13. REHLI, P.—Gastroenterologia, 77, 281; 1951.
14. SINGER, H. A.—Arch. Int. Med., 49, 429; 1932.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LAS LARINGITIS ESTENOSANTES CON TERRAMICINA

R. FRANCO Y A. GONZÁLEZ MARTÍNEZ.

Clínica Médica Universitaria.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Instituto Municipal Antidiftérico.
Director: Prof. CALDERÍN.

El objeto de esta publicación es el resumir, de un modo muy objetivo, el resultado de nuestra experiencia en el uso terapéutico de la terramicina en un grupo de enfermedades que, por su frecuencia y por evolucionar fácilmente hacia un estado de suma gravedad, constituyen muchas veces un problema cuya solución tardía no es siempre posible y, cuando lo es, exige una serie de medidas que, a más de aparatosas o mutilantes, no son siempre por completo eficaces. Nos referimos a las laringitis estenosantes.

El hecho de que ocurran en la primera infancia y el desconocimiento, muchas veces, de su cuadro, hace que a menudo pasen sin diagnosticar o con el falso diagnóstico de difteria laringea, de bronquitis capilar o de asma infantil, por ejemplo, lo que constituye un grave error dada la evolución maligna, que, como hemos dicho, siguen con frecuencia.

Nuestra práctica en el Instituto Municipal Antidiftérico, nos ha enseñado de modo fehaciente, y así lo hemos hecho constar repetidas veces:

1.º Que se trata de un síndrome muy frecuente; tanto, que en dicho Centro constituye un 70 por 100 de los enfermos hospitalizados y, desde luego, más del doble que la difteria.

2.º Que en el 90 por 100 de los casos los enfermos llegan deficientemente tratados; unas veces por

falta de diagnóstico, pero la mayoría por desconocerse lo que pudiéramos llamar un tratamiento específico.

3.º Que su mortalidad es alta (cinco veces más que la difteria) y, sin embargo, en su comienzo, casi siempre fué hecho un pronóstico relativamente benigno.

4.º Que sus complicaciones, aun cuando sea posible salvar la vida del enfermo, con frecuencia son causa de defectos perdurables, defectos consecutivos a la necesidad de actuar en sentido quirúrgico para evitar la asfixia por obstrucción laringea.

Todo ello nos ha llevado, desde hace cuatro años, a ir valorando con objetividad y justeza las diferentes terapéuticas y su modo de aplicación, hasta llegar, en el momento actual, a considerar que el uso precoz y a dosis suficientes de la terramicina, en tales casos, puede prácticamente yugular su evolución y de este modo salvar numerosas vidas.

Si se tiene en cuenta que, con gran frecuencia, este síndrome sigue a diversas enfermedades epidémicas (gripe, sarampión, varicela, etc.) de las más frecuentes, es lógico que comprendamos que el citado antibiótico no sólo será útil en su tratamiento, sino que también puede serlo para prevenir otros procesos complicativos de las mismas.

Ahora bien, estas afirmaciones precisan la demostración clara y terminante que da la estadística, y la presentación de cuadros clínicos. Este es el objeto de nuestra publicación, que, como es lógico, va encaminada a un fin, y este fin será expuesto como conclusiones derivadas de los hechos que presentamos.

* * *

Vamos, pues, a dividir este trabajo en tres partes. En una primera haremos un rápido recuerdo de las principales indicaciones de la terramicina.

En la segunda parte, y de modo somero, repasaremos el grupo de los síndromes que estamos estudiando, y en la tercera y última expondremos nuestros resultados y conclusiones.

I

Desde su descubrimiento, en 1950, se ha hecho tan amplia la gama de indicaciones de la terramicina, que hoy día es difícil no olvidar alguna de ellas, en las que posee algún efecto terapéutico beneficioso. Se ha usado con éxito, gracias a su amplio espectro antimicrobiano, contra bacterias, rickettsias, virus de molécula compleja, e, incluso, contra algunos protozoos y metazoos.

Verdaderamente sería mucho más sencillo enumerar los microorganismos resistentes a ella que los sensibles. Entre los resistentes comúnmente se encuentra el *Pseudomonas aeruginosa* y el *Proteus vulgaris*. Aun así, esta resistencia disminuye notablemente cuando a la terramicina se la combina con otro antibiótico, especialmente la neomicina. Igualmente muestra escaso o ningún efecto contra los hongos.

Su acción contra las rickettsias fué clínica y experimentalmente comprobada y comunicada principalmente por BAUER¹, ROSE², SCHOEMBACH³, SMADEL⁴ y SNYDER⁵. Se han encontrado efectos beneficiosos contra los virus de la neumonía atípica primaria y, en general, contra los de molécula compleja, como en el granuloma inguinal y el linfogranuloma venéreo (FINLAY⁶, KASS y cols.⁷ y QUILLIGAN y cols.⁸).

Respecto a los estafilococos, la sensibilidad es variable, existiendo algunas cepas del *S. albus* y del *S. aureus* que se han mostrado resistentes incluso con altas concentraciones de terramicina.

PULASKI, ARTZ y REISS⁹ encontraron en 1952 solamente una resistencia del 11 por 100 en 228 cepas de estafilococos.

Los estreptococos, incluyendo el *faecalis*, son sensibles a la terramicina (HOBBY y cols.¹⁰, WELCH y colaboradores¹¹).

Del grupo neisseria, el *N. catarrhalis*, el *N. meningitidis* y el *N. gonorrhoeae*, también se mostraron especialmente susceptibles (GÖCKE y cols.¹²).

Entre los microorganismos entéricos, FINLAY y colaboradores⁶ encontraron fácil inhibición de las cepas *S. typhosa*, *S. paratyphi*, *S. schottmüller* y *S. Paratyphenteriae*. El *Ps. aeruginosa* y el *Proteus* fueron resistentes. El *hemophilus influenzae*, el *H. pertussis*, el *H. ducreyi*, el *K. pneumoniae* y el *Bacillus anthracis* se mostraron asimismo sensibles a la acción de la oxitetraciclina (BLISS y cols.¹³, FINLAY y cols.⁶, GÖCKE y cols.¹², HOBBY y cols.¹⁰). Quienes también observaron la susceptibilidad del *Corynebacterium diphtheriae*. Se ha observado que la oxitetraciclina es sumamente activa contra los clostridios "in vitro" y simplemente eficaz contra las infecciones experimentales en ratones por el *Cl. tetani* y el *Cl. septicum* (TAYLOR y NOVAK¹⁴).

También del grupo de las micobacterias se ha mostrado muy activa "in vitro" contra las *M. saprophitae* y el *M. tuberculosis*. WELCH y cols.¹¹ y MILLER y cols.¹⁵ comprobaron clínicamente efectos importantes en la tuberculosis humana, hasta el punto de que actualmente se recomienda la administración de terramicina junto con estreptomina para retardar la aparición de la resistencia a ésta en casos de intolerancia al PAS o a la isoniácida. LANE y

colaboradores¹⁶ encontraron eficacia de la terramicina en el tratamiento de la actinomicosis.

En la brucelosis ya se encontró susceptibilidad para la oxitetraciclina "in vitro"; posteriormente, en la clínica humana, en los brotes agudos, sola, y mejor asociada con la estreptomina, fué verdaderamente útil, hasta el extremo de que con la administración de terramicina insoluble, según el método de RUIZ CASTAÑEDA, se han podido eliminar totalmente incluso las brucelas acantonadas en el S. R. E., causa ordinaria de las recidivas en esta enfermedad.

"In vitro" es eficaz contra la *Pasteurella pestis* y la *P. tularensis*, actuando también clínicamente contra esta última.

Más adelante mencionaremos su acción contra las espiroquetas de la sífilis, pian, pinta, bejel, fiebre recurrente, enfermedad de Weil y úlcera tropical. Finalmente, GREENE observó su acción clínica en la tricomoniasis vaginal.

A continuación, y antes de referirnos por extenso a una de las más interesantes, frecuentes y agradecidas indicaciones del empleo de terramicina, vamos a repasar someramente el resto de las afecciones en que con más frecuencia y efectividad se ha administrado este antibiótico.

INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO.—En la neumonía neumocócica, su eficacia es absoluta (DOWLING¹⁷, HUBBARD¹⁸, TIMPANELLI y cols.¹⁹, etc.). En la neumonía atípica primaria, sin que se haya llegado a conclusiones definitivas, las recientes afirmaciones de BLATTNER²⁰, FINLAND²¹, GRAVES y BALL²², JAMES²³, KNEELAND y MELCHER²⁴, acreditan este antibiótico como de verdadero valor.

En las tos ferina, JACKSON y cols.²⁵, haciendo estudios comparativos entre la terramicina y otros seis antibióticos, llegaron a la conclusión de que aquélla resultaba de superior eficacia a los otros empleados; BOGDAN²⁶ añadió posteriormente que si la administración de terramicina se efectuaba precozmente, en la fase prepatológica, el curso de la enfermedad se modificaba favorablemente e incluso llegaba a detenerse. Asimismo gran número de comunicaciones clínicas sobre faringitis, bronquitis, bronquiolitis y componente infeccioso del asma tratadas con terramicina, han mostrado, justificándolo, su corriente empleo en estas afecciones. Particularmente interesante son los resultados obtenidos en bronquiectasias con curas periódicas del antibiótico (CATALANO²⁷, STUART, HARRIS y cols.²⁸, BICKEL y colaboradores²⁹, etc.).

INFECCIONES GASTROINTESTINALES.—Señalaremos como más importantes el empleo de terramicina en la amebiasis, de gran interés por lo frecuentemente rebelde de esta afección; en el período agudo de esta disentería se ha mostrado más eficaz que otros antibióticos, como la fumagilina y clortetraciclina (MAC HARDY y FRYE³⁰, SENECA y MURPHY³¹). En las formas crónicas, con dosificaciones altas y sostenidas, se han obtenido los mejores resultados, siendo también excelentes los resultados conseguidos en las formas extraintestinales, asociando los amebicidas clásicos (TOBIE y cols.³², SZAR y cols.³³, ANDERSON³⁴, SÁNCHEZ VEGAS³⁵).

COPE³⁶ refiere efectos teatrales de dosis altas de terramicina en la disentería bacilar sin recaídas, resultados que también comunican GARFINKEL y colaboradores³⁷. KAGAN y cols.³⁸ administran terramicina intravenosa y por vía subcutánea en lactantes

prematurados y recién nacidos, como fármaco de elección en la profilaxis y tratamiento de gastroenteritis no específicas o de dudosa etiología. También la administración intravenosa de la terramicina se ha impuesto modernamente como insustituible para el tratamiento de las peritonitis sépticas, en las que, con frecuencia, fallan otros antibióticos de espectro más reducido. (BRANNICK y cols.³⁹, REISS y cols.⁴⁰, LAT-TERI⁴¹, NIEDNER y LANGE⁴², DEUCHER⁴³, SCHATTEN y ABBOTT⁴⁴).

Ha sido también notable la singular eficacia de la terramicina por vía oral e intravenosa en los procesos infecciosos de la vesícula y vías biliares; en estas afecciones ha llamado la atención la fácil difusión de este antibiótico, en comparación con la escasa o ninguna presentada por la penicilina y estreptomycin, sobre todo en casos de obstrucción biliar, justificación, sin duda, de gran parte de los frecuentes fracasos de estos últimos (ZASLOW y ROSENTHAL⁴⁵, ZASLOW⁴⁶ y STÖTTER⁴⁷). JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores⁴⁸ han publicado buena respuesta en diversos tipos de cirrosis hepáticas.

Como una demostración de su amplitud de espectro, la terramicina se ha mostrado altamente eficaz en el tratamiento contra los oxiuros, contando sobre otros antihelmínticos, con las ventajas de resultar sin toxicidad apreciable y eliminarse las medidas suplementarias de purgantes, irrigaciones, dietas especiales, etc. (BUNBALO y GUSTINA⁴⁹, WELLS y colaboradores⁵⁰, PELÁEZ⁵¹, LOUGHLIN y cols.⁵² y ECKERLE⁵³).

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.—Según LINSELL y FLETCHER⁵⁴, todos los gérmenes patógenos urinarios comunes, menos el *Pr. vulgaris* y algunas cepas del *Ps. piscianea*, son susceptibles a concentraciones de terramicina muchas veces obtenidas terapéuticamente. Así, en cistitis, pielitis e infecciones urinarias crónicas se obtienen, con su empleo, brillantes resultados que superan los obtenidos con otros antibióticos y sulfamidas, utilidad también observada en prostatitis, uretritis y síndrome de Reiter (BLAHEY⁵⁵, JONES y cols.⁵⁶, TRAFTON y LIND⁵⁷, LÁZARUS y WOOD⁵⁸, WAGNER⁵⁹, CARROL⁶⁰, BUNN y colaboradores⁶¹, LEBERMAN y cols.⁶², FERGUSON y MILLER⁶³ y WILLCOX⁶⁴).

Respecto al empleo particular en la uretritis gonocócica, en su fase aguda, la eficacia fulminante de la terramicina depende sólo de la adecuada dosificación, habiéndose visto siete curaciones de cada ocho casos con la administración de 200 mg. de terramicina intramuscular repetidos a las veinticuatro horas (MARMELL y PRIGOT⁶⁵, SEID⁶⁶ y MACEDO⁶⁷).

En la *práctica obstétrica* la terramicina tiene un lugar bien definido, tanto para el tratamiento de la infección puerperal como más aún en las infecciones intercurrentes del embarazo e intervenciones quirúrgicas (KING y cols.⁶⁸, BLAHEY⁵⁵, SATTENSPIEL y CHESLEY⁶⁹).

Semejantes resultados se obtuvieron en endometritis y pelviperitonitis, así como en casos de cervicitis, erosiones crónicas y vaginitis, siendo eficazmente activa su asociación con la polimixina en los casos de trichomoniasis vaginal (KISTNER y DUNCAN⁷⁰, BARTON⁷¹, HORNE y cols.⁷², GREENE⁷³ y LANG y colaboradores⁷⁴).

En las *infecciones de los huesos y articulaciones*, así como en los traumatismos, heridas y quemaduras, bien profilácticamente o como curativo, su empleo ha sido muy eficaz, llegando a aconsejarse su generalización (WALKER⁷⁵, HARRISON⁷⁶, PULASKI y co-

laboradores⁷⁷, ANDINA⁷⁸, BAFFES⁷⁹, MORASSUTTI⁸⁰, WANNAMAKER⁸¹, RITCHIE⁸² y OSBORNE⁸³).

En *infecciones tropicales* la eficacia de la terramicina es realmente notable, y puesto que hemos comentado ya sus resultados en las disenterías amebiana y bacilar, helmintiasis, granuloma inguinal y linfogranuloma y rickettsiasis, por citar las principales, sólo comentaremos de pasada la acción en las treponemosis tropicales. En el pian se obtuvieron siempre notables beneficios, tanto en el primario como en el tardío, con la administración por todas las vías, señalándose la desaparición de los treponemas de las lesiones externas de veinticuatro a cuarenta y ocho horas. En este mismo tiempo o algún día más se curaron en general las lesiones primarias y secundarias, precisando un tratamiento de algunas semanas las intensas lesiones terciarias.

En la *pinta o carate*, los resultados no han sido tan optimistas, pues aunque en los períodos iniciales se obtuvieron curaciones, con desaparición de los treponemas, superiores a las alcanzadas con dosis muy altas de penicilina, desgraciadamente las lesiones de pinta tardía no respondieron, por lo general, a la terapia antibiótica.

En el *bejel* no se conocen comunicaciones del empleo de terramicina, pero es de presumir su acción debido a los resultados favorables alcanzados con las penicilinas lentas.

Finalmente, en la *úlceras tropical o fagedénica*, de etiología desconocida, pero presumiblemente múltiple, se ha empleado la terramicina, tanto general como tópicamente, respondiendo bien las lesiones primarias, siendo, por el contrario, rebeldes las úlceras crónicas y extensas (LOUGHLIN y MULLIN⁸⁴, JOSEPH y DUVALIER⁸⁵, GUIMARAES y cols.⁸⁶, AMPOFO y FINDLAY⁸⁷, HILL⁸⁸, REIN⁸⁹ y HUDSON y CROZLEY⁹⁰).

Respecto a su empleo en las *infecciones cutáneas*, ha sido y es, por lo general, de respuesta rápida y excelente. Así, en las infecciones piogénicas de la piel, REISS⁹¹ y HOLL-SMITH⁹² han puesto de manifiesto la superioridad sobre otras medicaciones tópicas antes empleadas. De la misma opinión es ROBINSON y cols.⁹³ respecto a su empleo tópico en impétigo contagioso y ectima. WRIGHT⁹⁴ y TSCHAN⁹⁵ obtuvieron 101 curas entre 106 enfermos de foliculitis y sicois profundas de la barba, y en este sentido se manifiestan también VALENTINE⁹⁶ y REISS⁹⁷.

En la *erisipela* han sido múltiples las manifestaciones cuya nota saliente estriba en su rapidez de acción (veinticuatro a cuarenta y ocho horas), con dosis altas (2 a 3 mg.) (JANBON y cols.⁹⁸, NIEDNER y LANGE⁴², FINDLAND y cols.⁹⁹ y KNIGHT¹⁰⁰).

También han sido tratados con éxito varios tipos de dermatosis infectadas secundariamente: sobre todo la impetiginización del eczema (APPEL¹⁰¹). En infecciones secundarias de acné vulgar, acné rosáceo y acné conglobata (ROBINSON⁹² y HUGHES¹⁰²), debiendo en este caso mantener la medicación durante cierto tiempo.

Asimismo, en las cicatrices permanentes e infectadas y en el herpes simple y herpes zóster se obtuvieron notables resultados (BECKER¹⁰³, SULZBERGER¹⁰⁴, BARNARD¹⁰⁵, MILLER y cols.¹⁰⁶ y LÓPEZ CORTÉS¹⁰⁷).

En la *sífilis*, simplemente decir que es de elección en casos de sensibilización a la penicilina.

En *oftalmología* también está muy difundido justificadamente el uso de la oxitetraciclina, y así TOWN¹⁰⁸, en conjuntivitis estafilocócica; en las debidas a estreptococos, neumococos, *H. influenzae* y diplococos de Morat-Axenfeld y en dacriocistitis, y casi la totalidad de los 498 pacientes de conjuntivitis

catarral aguda y subaguda, tratados por THYGESON¹⁰⁷ y comentados por BRALEY¹⁰⁸ se destaca la rapidez de acción (uno-dos días) y la ventaja sobre otros antibióticos, sobre todo la clortetraciclina. También los japoneses (MIT SUI y cols.¹⁰⁹), en las conjuntivitis por bacilos de Koch-Weeks vieron estas curaciones en pocos días.

En cuanto al tracoma, NACCACHE¹¹⁰, en el Líbano, obtuvo los mejores resultados en los tipos I y II en la clasificación de MAC CALLAN, siendo confirmados estos resultados por MIT SIU¹¹¹ y cols. en sus 712 enfermos y por BILGS¹¹² en una serie de 640 niños en el Japón y Turquía, respectivamente.

Por otra parte, WILLCOCKSON¹¹³, en 1.255 recién nacidos en un hospital de South Dakota (E. U. A.), encontró grandes diferencias a favor del ungüento oftálmico de terramicina sobre el nitrato de plata, en la profilaxis de las infecciones oculares de estos recién nacidos.

En procesos infecciosos, agudos sobre todo, y también crónicos, de los *senos paranasales y oído*, otitis media aguda y crónica, otorrea infecciosa, celulitis periauricular, así como en las mastoiditis, la administración general y local por gotas e insuflaciones de polvo de terramicina se mostró mucho más efectiva que la aplicación de sulfamidas y otros antibióticos de menor espectro (MAWSON y cols.¹¹⁴, ARSLAN y DE VIDO¹¹⁵, HEIMENDINGE y LAFON¹¹⁶, HECK y MAC NAUGHT¹¹⁷, RUTTER y BALLANTYNE¹¹⁸ y MAGAURAN¹¹⁹).

Finalmente, su empleo por vía oral o con soluciones locales ha resultado afortunado en *procesos estomatológicos*, como los abscesos alveolares agudos, alveolitis e infecciones de Vincent (MORIN y NATHANSON¹²⁰). En angina de Vincent, tapones de terramicina y preparados de cinc, dieron excelentes resultados en manos de los SHPUNTOFF¹²¹. También se trataron úlceras aftosas (COLLINGS y STOUT¹²²) con tabletas solubles y varios grupos de enfermos con celulitis de la cara o suelo de la boca (POLLOCK y ARCHER¹²³ y OSSERMAN¹²⁴). Por último, más de 50 enfermos de alveolitis y piorrea alveolar, fundamentalmente en esta última, tan ingrata a las terapias anteriores, las respuestas de la terramicina fueron espectaculares (BERNARDINI JARAMILLO¹²⁵).

Si hacemos esta rápida revisión es con un fin: el poner de manifiesto la amplitud de acción de este antibiótico, la cual constituye una de las bases en las que nos apoyamos más adelante.

II

Creemos conveniente hacer un recuerdo superficial de las principales enfermedades que pueden dar lugar a una obstrucción laríngea aguda, sean o no sensibles al tratamiento con terramicina. Las primeras, las sensibles, interesa conocerlas para instaurar rápidamente el tratamiento; las segundas tienen importancia por el diagnóstico diferencial que hay que hacer en la mayoría de los casos de obstrucción laríngea aguda. Desde ahora diremos que las más importantes, no sólo por su respuesta favorable al fármaco que nos ocupa, sino también porque son las más frecuentes en la clínica, como demuestra la estadística que publicaremos a continuación, son: la laringitis catarral aguda; la laringitis subglótica, que puede considerarse una variedad de la primera, pero con asiento anatómico distinto; la laringitis sarampionosa o postsarampionosa, y la laringotraqueobronquitis aguda infantil estenosante.

1.º *Laringitis catarral simple*. — Es la llamada por CHEVALIER JACKSON¹²⁶ laringitis infecciosa aguda, y también conocida con los nombres de angina laríngea y laringitis aguda. Sus características de contagiosidad y a veces de presentación epidémica, así como el hecho de presentarse casi siempre acompañando al coriza, nos indican su origen infeccioso. En cuanto al germen causal, la mayor parte de los autores concuerdan en que es un virus filtrable, al que suelen unir su acción patógena, como ocurre habitualmente en la gripe, los gérmenes de la cavidad orofaríngea, exaltados en su virulencia. Parece ser que entre todas las causas predisponentes es el aire de las habitaciones cerradas la más importante.

Anatomopatológicamente existe una vasodilatación capilar con infiltración de la mucosa y, a veces, de la submucosa. El trasudado seroso puede, en ocasiones, producir edema. La mucosa se ve enrojecida y engrosada con aspecto aterciopelado, y más adelante se vuelve áspera y como corroída. Los exudados, al principio escasos, aumentan después y se hacen más espesos. No existe edema subglótico ni afectación del árbol bronquial.

Clínicamente, el comienzo es brusco, con aparición de ronquera, escozor y dolor moderado y tos irritativa. La fiebre suele ser baja, no pasando de 38°. La duración de la enfermedad no suele exceder de diez días, salvo en los casos en que constituye la primera fase de la laringotraqueobronquitis aguda infantil estenosante, de la que hablaremos luego; por esta razón es preciso atender lo antes posible al tratamiento de la laringitis catarral.

2.º *Laringitis subglótica*. — Puede considerarse como una variedad de la laringitis catarral, en la cual la vasodilatación capilar y, por consiguiente, el edema, se asientan principalmente en la región subglótica. Esto es muy importante en los niños precisamente, por la especial conformación anatómica de esta región. En efecto, el tejido submucoso en el niño es mucho más laxo que en el adulto, teniendo mucha mayor facilidad para edematizarse y, por lo tanto, para producir la obstrucción, que está, además, favorecida por el menor calibre de las vías respiratorias. Y es en la porción subglótica donde más abunda el tejido submucoso, estando, en cambio, libres de él las cuerdas vocales. De aquí viene la mayor gravedad y, por consiguiente, la mayor importancia de la laringitis subglótica en relación con la catarral simple.

Después de lo dicho es fácil comprender que el cuadro anatomopatológico está dominado por el edema de la región subglótica, que llega, en ocasiones, a ocluir casi totalmente la luz faríngea. La mucosa está tumefacta y descamada. Las secreciones son algo más abundantes.

Clínicamente, se presenta una ronquera y unos tos más intensas acompañadas de dolor local y fiebre. Existe disnea inspiratoria, acompañada de cianosis y, si la obstrucción laríngea es completa, imposibilidad absoluta de respirar, teniendo que revolvase el cuadro con la intubación o la traqueotomía de urgencia.

3.º *Laringotraqueobronquitis aguda infantil estenosante*. — Enfermedad no bien conocida por el médico general, y no bien definida en la literatura, la sola enunciación de su nombre indica su naturaleza. Se trata, pues, de una afectación completa de las vías respiratorias, que da lugar a un cuadro que se caracteriza por anoxia, síntomas de intoxicación general y colapso circulatorio periférico. Enfermedad

grave, constituye la principal causa de fallecimiento en los niños afectados de obstrucción laríngea¹²⁷.

Etiológicamente parece bastante claro que la enfermedad es debida a un virus filtrable. En efecto, coincide con las epidemias virales (sarampión, gripe); el cuadro clínico, que comienza bruscamente y con gran afectación general, cursa con leucopenia, reacción del retículo y velocidad de sedimentación alta; es resistente a las sulfamidas y penicilina y muy sensible a la terramicina. No obstante, CHEVALIER JACKSON¹²⁸, ¹²⁹ y ¹³⁰ da más importancia a la edad del niño, y dice que cualquier agente infeccioso puede ser el desencadenante de la enfermedad. En esta opinión, y dando cada uno como causante un germen distinto, le acompañan otros autores (FONT y ORTIZ¹³⁰, BREWER y RAMBO¹³¹, DAVIS¹³², MILLER¹³³, BOIES¹³⁴, PITTMAN¹³⁵ y ALEXANDER¹³⁶).

Se puede resumir, de manera análoga a lo dicho en la laringitis catarral que, siendo la enfermedad desencadenada por un virus filtrable no específico, se ve agravada posteriormente por la exaltación de gérmenes huéspedes habituales de la cavidad orofaríngea. De esta opinión participan, entre otros, MONCRIEF y WELLEW¹³⁷, MAC LEOD y cols.¹³⁸, FEER y KLEINSCHMIDT¹³⁹, GRIFFITH y MITCHEL¹⁴⁰ y SAMPERIO¹⁴¹.

Son, precisamente, los factores etiológicos predisponentes los que dan gravedad al cuadro y verdadero carácter a la enfermedad. Y entre ellos destacaremos la edad y la constitución del niño. Es evidente que, en las primeras edades, todo el árbol respiratorio es de menor calibre que en el adulto, lo cual facilita la estenosis y dificulta la expulsión de los exudados. Por otra parte, ya hemos dicho la mayor laxitud del tejido submucoso en el niño, que favorece la presentación del edema. Es importante también la menor presión del aire intratorácico en el niño, lo cual provoca la retención de exudados. Y, por último, es bien sabido que, una vez pasados los primeros tres meses de vida durante los cuales es protegido por la inmunidad materna, el niño es fácilmente asequible al contagio por cualquier germen y más aún por los virus filtrables. En cuanto a la constitución, es de hacer resaltar que alrededor de un 10 por 100¹²⁷ de los enfermitos presentan una diátesis exudativa linfática, en la cual la presentación del edema es bien frecuente.

Anatomopatológicamente, el cuadro es análogo al de las laringitis ya estudiadas, extendiéndose la infiltración y el edema submucoso a todo lo largo de la tráquea y bronquios, hasta obstruir la luz de los más finos, dando lugar a atelectasias pulmonares. El resto de los órganos presentan las alteraciones propias de una intensa toxiinfección.

Clínicamente, suele presentarse la enfermedad de una manera brusca, con elevación febril hasta 39° y con un cuadro catarral, en el que destacan la disfonía y una tos ronca y seca, como de ladrido, típica de la enfermedad. Pronto suelen presentarse los síntomas de obstrucción laríngea, con dificultad respiratoria y tiraje, acompañados de mal estado general, con palidez, hipotensión y taquicardia. La cianosis se suma rápidamente al cuadro, el cual, si no es resuelto por la terapéutica, evoluciona hacia una afectación total de las vías respiratorias, intoxicación general y muerte por asfixia (si no se soluciona la obstrucción mecánicamente) o en colapso circulatorio irreversible, si no se ha hecho un tratamiento médico correcto. Este debe dirigirse contra

el germen causal y contra la afectación de los aparatos broncopulmonar y respiratorio.

4.º *Laringitis de las enfermedades exantemáticas.*—La más importante es la sarampionosa o la postsarampionosa. Es debida al virus causal de la enfermedad, el cual produce un cuadro anatomopatológico semejante al de la laringitis simple. La sintomatología y la exploración son, asimismo, superponibles a los de esta afección, de la que se diferencia únicamente por coincidir o seguir a la enfermedad fundamental.

5.º *Laringitis de otras enfermedades generales.*—Muchas enfermedades se acompañan de localización laríngea, dando lugar al cuadro de obstrucción respiratoria, y precisando, en casos, del tratamiento mecánico, bien de la intubación o de la traqueotomía.

Entre ellas se encuentran la acompañante a la *escarlatina*, que suele ser bastante frecuente¹³⁶; la de la *tos ferina* suele presentar hemorragias submucosas. La laringitis de la *viruela* carece de importancia entre la gravedad de la enfermedad fundamental. La de la *fiebre tifoidea* suele presentarse como una más de las complicaciones de la cuarta semana y puede dar lugar a necrosis condral con destrucción de la estructura laríngea; su presentación casi es nula con los modernos tratamientos con cloranfenicol.

En la *angina agranulocítica*, la ulceración y necrosis de las amígdalas y faringe se propagan, a veces, a la laringe, produciendo con frecuencia asfixia por el edema local. También se presenta con caracteres de levedad en la *mononucleosis infecciosa*. Algunos enfermos de *fiebre de Malta*¹³⁸ se pueden complicar por infección piógena local con una laringitis edematosa. Y, por último, la *angina de Plaut-Vincent* se puede localizar, aunque raramente, en la laringe, dando lugar a las típicas membranas de la asociación fusospirilar; la intoxicación general domina el cuadro, que puede verse agravado por la obstrucción laríngea.

6.º *Laringitis flegmonosa.*—En ella se produce, por infección piógena, un flemón submucoso que destruye la anatomía de la región, llegando a producir una pericondritis y dando lugar, desde luego, a estrechamiento de la luz laríngea. El cuadro es, pues, de obstrucción respiratoria y se resuelve espontáneamente o por medio de la intubación, con la expulsión del pus.

7.º *Laringitis diftérica.*—Presenta gran importancia para el diagnóstico diferencial con las enfermedades que nos ocupan. En ella las membranas típicas de la enfermedad se extienden a la laringe y afectan, a veces, a la tráquea y bronquios, dando lugar, a veces, a atelectasias por obstrucción de los más finos. En ocasiones, la localización laríngea es única, lo que hace difícil el diagnóstico; éste se hace por la laringoscopia y el examen de los frotis del exudado.

8.º *Laringitis estridulosa.*—Su sintomatología es característica: comienza el niño, habitualmente por la noche, con una tos hueca, algo distinta del crup y con intensa disnea inspiratoria, cianosis y angustia. El acceso suele ceder espontáneamente y la laringe sólo presenta una discreta congestión. Todo esto nos demuestra el carácter funcional de la enfermedad.

(Continuará.)