

Consideraciones sobre un caso de descanulación difícil

POR EL DR. LUIS SUÑÉ Y MEDÁN

(Sesión científica del 30 de Octubre de 1915.)

A los pocos días y a veces horas después de practicada una traqueotomía por lesiones estenosantes agudas de la laringe o por la introducción en ésta de cuerpos extraños, es en general factible la supresión de la cánula, previas las oportunas tentativas. Pero hay casos en que, aun habiendo hecho la intervención en buenas condiciones técnicas, las cosas ocurren muy distintas por lo que se refiere al momento de verificar la descanulación definitiva: en efecto, la ablación de la cánula se hace difícil, y mejor sería decir *imposible*, durante días y más días, meses y también años, con lo cual los peligros inherentes a la permanencia continuada del cuerpo metálico en la tráquea aumentan extraordinariamente. Es más y peor todavía: cuanto más tiempo permanece el tubo canular en el conducto traqueal, más difícil se hace la descanulación. El traqueotomizado se convierte en *canulado*. Y el papel del médico en estas circunstancias no es precisamente de los más lucidos: cuando se prometía a la familia que el enfermo quedaría curado en corto tiempo y podría quitarse en un plazo próximo la cánula, sobrevienen las infructuosas sesiones de pruebas descanulantes que, aparte de los consabidos recelos e impacencias por parte de la familia y del operado, son también la desesperación del operador, conduciéndole a esa especie de angustia propia de toda difícil resolución.

Un caso de esta índole observado en mi práctica, y que luego describiré, es el que me mueve a hablar de estas cuestiones que no dejan de ofrecer sumo interés, puesto que todo hecho clínico lleno de dificultades y anomalías, lleva tras sí instructivas enseñanzas adaptables a los casos análogos que se presenten en lo sucesivo.

A la una de la madrugada del día 10 de Marzo de 1913 soy llamado con urgencia, por indicación del Dr. Abad-Valdés, para practicar la traqueotomía en una niña de siete meses de edad. En efecto, los temores del indicado colega son justificados: un intenso tiraje laríngeo, con ruido áspero a la espiración, hundimiento de las fosas supra e infra-claviculares y hueco supra-esternal a la inspiración, cianosis incipiente, tos escasa algo ronca, voz apagada, temperatura 38°, pulso 130, y agitación continua de la tierna criatura: he ahí el cuadro que hallé en la inspección exterior de la enferma. No consideré prudente ni necesario hacer un reconocimiento de la laringe, difícilísimo a estas edades, y creí que lo primero que debía hacerse, aparte de otras indicaciones, era evitar la muerte por asfixia. Pero, antes de intervenir, como quiera que la cianosis y la dificultad respiratoria parecían haber menguado un poco durante los primeros momentos del examen, y además se esperaban los efectos del suero antidiftérico que el médico de cabecera le había administrado, decidí estar de observación durante algún rato para obrar según las circunstancias, pero dispuesto *manu armata* a intervenir en el instante oportuno. Durante este tiempo me enteré de los antecedentes del caso: según relación algún tanto vaga del ama, observó ésta una mañana que la niña tenía ligera tos ronca y algo de afonía que fué en aumento, hasta que avisado el médico del pueblo y cumplidas las indicaciones más precisas, se juzgó conveniente trasladar la enfermita a Barcelona donde viven sus padres;

NOTA IMPORTANTE

En el cuaderno anterior y en el discurso del Dr. D. Salvador Cardenal, se han deslizado, entre otras, las siguientes erratas:

En la página III, línea 4, donde dice: «hasta las vísceras», debe decir: «hasta las paredes».

En la misma página, línea 42, donde dice: «peritonitis intestinal», debe decir: «tuberculosis intestinal».

durante el viaje fueron acentuándose los fenómenos de estenosis laríngea de tal modo que en cuanto la niña estuvo en su casa, se avisó inmediatamente al médico; éste, a pesar de no hallar nada anormal en la faringe y no haber visto la laringe, creyó conveniente el empleo de suero antidiftérico por si se tratara de un crup *d'emblée*, pero el incremento que tomaron los síntomas entonces, inclinaron el ánimo hacia la práctica de la traqueotomía o de la intubación.

A las siete de la mañana, visto que los síntomas de asfixia se presentaban algo alarmantes, decidí practicar la abertura de la tráquea. La operación se hizo bien; la hemorragia fué escasa y a pesar de una gruesa capa de panículo adiposo pre-traqueal y de las exiguas dimensiones de la tráquea, se llegó casi *en seco* hasta ésta sin el menor percance. Incindido el tubo aéreo y colocada la cánula, pasó inmediatamente el aire con el ruido metálico característico, signo de buen agüero. No se expulsó pseudo-membrana alguna ni nada digno de mención.

Por la noche, la enfermita seguía bien. Temperatura 38'2. La secreción bronquial era escasa y muy flúida; tanto es así, que la persona encargada de la limpieza de la cánula, hizome observar que habían transcurrido más de cuatro horas sin verse obligada a verificar dicha limpieza.

Así pasan cuatro días, mejorando la niña en cuanto al estado general, descendiendo rápidamente la temperatura y la frecuencia del pulso hasta llegar a la normal. Respecto al estado local, dada la remisión de los demás síntomas y suponiendo que la causa que obligó a traqueotomizar había desaparecido o menguado mucho, creí oportuno hacer la prueba de la descanulación. Pero ahí empiezan las dificultades: de primer momento sobreviene el espasmo inspiratorio violento, al cual no doy importancia por estar ya acostumbrado a observarlo en casi todos mis traqueotomizados. Dejo, pues, transcurrir algunos minutos hasta esperar ceda un poco dicho reflejo; pero no sucede así: éste aumenta en intensidad y se presenta tan alarmante que no queda otro recurso que la reintroducción de la cánula. Prescribo una poción bromurada e insisto en que se mantenga húmeda y algo caliente la atmósfera de la habitación, mediante vapores de agua hirviendo con hojas de eucaliptus, lo que habíase ya dispuesto antes de practicar la traqueotomía.

Al día siguiente repito la prueba, y si bien al principio el espasmo no es tan violento, sin embargo al cabo de algunos minutos véome obligado a reanular. Algún tanto perplejo de este resultado y sospechando algo mecánico, aparte del espasmo, que impide la supresión definitiva de la cánula, procuro enterarme de si la niña se introdujo algún cuerpo extraño en las vías respiratorias. La confesión secreta de la nodriza resulta negativa en este sentido. No obstante, como quiera que las cosas al cabo de dos días seguían de la misma manera, creí necesario examinar bien la laringe, por si en ella existiera algún obstáculo patológico o de procedencia exterior. La espátula aspiradora de Brünings resulta inmanejable, lo mismo que el tubo broncoscópico de menor calibre del propio autor: el interior de la laringe permanece invisible. Ejecuto, después, la traqueoscopia retrógrada, que se verifica con grandes dificultades y en pleno espasmo. Abandono estos medios exploratorios, que utilicé durante dos días consecutivos, para recomendar se hiciera una radiografía del cuello de la enfermita, encargándose de ello el Dr. Torres Carreras. El cliché obtenido es muy limpio, a pesar de haber sido instantánea la reproducción. No se ve cuerpo extraño alguno.

El examen bacteriológico del exudado bronquial expulsado a través de la cánula, sólo denota la existencia de muchos pneumococos. Nada de difteria.

El día 22, por la mañana, después de dos días de reposo respecto a pruebas de descanulación, veo la niña en mi consulta. Quitada la cánula, observo que la abertura cutánea es muy angosta y está rodeada de un anillo de mamelones carnosos que penetran un poco en el orificio a cada inspiración y reducen el calibre de éste. Mediante unas tijeras curvas desprendo estas vegetaciones y mantengo cerrada la herida con una tira de esparadrapo. La respiración es bastante aceptable, pero al cabo de una hora empieza de nuevo el tiraje laringo-traqueal, que se acentúa de tal modo que no me resta otra solución que reintroducir la cánula (1).

Por la tarde del mismo día, una nueva prueba hecha en el domicilio de la enfermita resulta con menos éxito que la de la mañana. Esta vez aprovecho el cambio de cánula, para colocar una de fenestrada, ya que no lo eran las anteriores. Mi objetivo era verificar las pruebas respiratorias sin quitar el tubo metálico, o sea tapando únicamente el orificio canular, hecho que había ya puesto en práctica durante los primeros días sin resultado positivo alguno.

Al día siguiente, visto que en el espacio de algunos minutos la respiración por vía bucal es bastante aceptable con sólo obturar el agujero de la cánula, decidí verificar una nueva

(1) Inútil es decir que en todas las pruebas de ablación de la cánula, era substituída ésta por igual, previamente esterilizada por ebullición.

descanulación que parece seguida de buen éxito. Pero al cabo de *siete horas* se presentan otra vez síntomas alarmantes de asfixia que me conducen, con gran desilusión mía, a introducir una vez más el argéntico instrumento en la herida operatoria, por cierto con algunas dificultades, dada la estrechez de la abertura cuti-traqueal que se había formado durante aquellas horas.

La situación se iba haciendo asaz embarazosa y acudían a mi mente un sin fin de ideas y de medios encaminados a dar franca solución al conflicto. El estado general de la niña era excelente. Tenía yo la seguridad de que la traqueotomía estaba bien hecha (tuve buen cuidado en evitar la sección del cartílago cricoides). La idea de cuerpo extraño habíase alejado.

¿Se trataba, pues, de un simple espasmo? ¿Había mamelones carnosos intratraqueales? ¿Existía un estado subagudo de una laringitis infraglótica rebelde? ¿Un aplastamiento de la tráquea?

¿Sería oportuno substituir la cánula por la intubación? ¿Daría buen resultado la ablación o cauterización de las carnosidades que pudiera haber?

Reflexioné ante estos problemas y tomé, en definitiva, la resolución de esperar algunos días más a fin de observar el curso que siguieran las cosas y obrar en consecuencia. En efecto, durante estos días tuve ocasión de notar un hecho que me señaló, con cierta probabilidad, la verdadera causa de la difícil descanulación: a veces, al quitar la cánula interna para su limpieza, se hallaba una pequeña resistencia, que, una vez vencida, indicaba el origen de la misma y la de los fenómenos asfícticos: alrededor del agujero medio de la cánula se veía un poco de sangre reciente y en ocasiones también adherido un fragmento de mamelón carnoso, que probablemente era seccionado al correrse ambas cánulas a modo de las ramas de unas tijeras; además, en aquel momento la niña expectoraba algunas mucosidades hemáticas. No había duda, se trataba de una *estenosis por mamelones carnosos intratraqueales*; y decidí intervenir con la ablación o cauterización de los mismos, previa dilatación de la herida quirúrgica si fuese necesario.

Después de una marcada resistencia de los padres de la niña a la operación, y de otras circunstancias que no he de mencionar, transcurrió todo el mes de Abril sin tener noticias de la enfermita (había sido trasladada fuera de Barcelona), hasta que a primeros de Mayo véola de nuevo en mi gabinete. No hay complicación aparente en su estado local. Quitada la cánula, la respiración al principio es algo espasmódica, se hace luego más regular, pero no muy franca, percibiéndose un ruido áspero que se convierte más tarde en verdadero tiraje, que me conduce irremisiblemente a una nueva recanulación. No se acepta tampoco la intervención.

La anterior escena se repite igual a fines de Mayo y por dos veces más durante Junio (la última de las cuales aproveché para cambiar la cánula por otra no fenestrada), hasta que el día 3 de Julio, o sea *ciento diez y seis días* a contar desde el de la traqueotomía, con gran sorpresa de todos la descanulación resulta definitiva. La niña respira bastante bien ya desde el instante de quitar el tubo canular, y al día siguiente, casi cerrada del todo la abertura quirúrgica, el paso del aire sigue realizándose con absoluta normalidad, sin que repitan ya más os fenómenos descritos.

Este es el hecho clínico. Como veis, se trata de una observación, vulgar si cabe, de mamelones carnosos post-traqueotómicos, complicación bien conocida por los autores. No obstante, a mi entender, el caso se presta a algunas reflexiones.

En primer lugar, creo que la causa que obligó a practicar la traqueotomía fué una laringitis hipoglótica aguda, de origen catarral, puesto que si bien al principio sospechóse el crup diftérico, vióse más tarde, por el curso del proceso, que debíamos alejar la idea de löfllerosis laríngea, siendo también negativos los antecedentes y prácticas exploratrices respecto a la existencia de cuerpo extraño. La estenosis debió ser sub-cordal desde el momento que hubo disfonía, tos ronca, áspera, canina o crupoides y cornaje acentuado.

A modo de segunda etapa, capaz de explicar el fracaso de las primeras pruebas de descanulación, es de suponer que aparte del espasmo, o bien persistía la misma causa patológica en forma subaguda, o bien el hecho de la laringoscopia directa, tan difícil a esas tiernas edades como fácilmente provocadora de inflamaciones de la mucosa, produjo un nuevo obstáculo al paso del aire que imposibilitaba la ablación de la cánula. Muý aventurado sería dar una afirmación rotunda respecto a este particular, si bien se inclina mi ánimo hacia la interpretación primeramente expuesta.

Y en un tercer período, es de creer que intervino junto con el espasmo la formación de mamelones carnosos intratraqueales, siendo ésta la causa principal que hacía difícil la descanulación.

Hanse citado algunos casos de granulomas estenosantes consecutivos a la traqueotomía;

sin embargo, el número de observaciones no es muy crecido, comparado con el de traqueotomías practicadas (1). Por eso me permito someter el caso en cuestión a la consideración de la Academia.

Son en gran número los hechos que influyen en la difícil supresión de la cánula y que podría citar en este momento. Pero, para abreviar, me referiré tan sólo a las condiciones de técnica operatoria, a los efectos de contacto intratraqueal de la cánula y a la forma o clase de ésta.

Se ha dicho que la traqueotomía alta expone con mayor facilidad a la producción de mamelones o cicatrices que impiden la supresión del tubo canular: ello se atribuye a la sección del cartílago cricoides. Así parece deducirse de los casos expuestos por algunos autores. Köhl ha observado granulaciones: 17 veces en la cricotraqueotomía, 26 veces en la traqueotomía superior y solamente 10 en la inferior. Feer, en 22 casos de granulomas, 20 de ellos se trataba de cricotraqueotomizados. Jenny, en 54 traqueotomías altas, observa 5 casos de estenosis por mamelones y en otras 54 traqueotomías bajas, ningún caso. Meyer dice, respecto al particular, que la altura de la incisión no es importante, si bien es desfavorable cortar el cricoides. Por otra parte, Saint-Clair Thompson afirma que la estenosis post-diférica de la laringe puede producirse, aunque se haya practicado una traqueotomía muy baja. Ya he dicho antes que en mi operado tuve buen cuidado de no incidir el cricoides, si bien la abertura traqueal tuvo que ser alta tratándose de una criatura de corta edad; y téngase presente también que no nos hallábamos ante un caso de crup y no obstante origináronse mamelones carnosos.

Se ha citado también la atrofia de algún anillo traqueal o la delgadez de los mismos, lo que facilita el aplastamiento de la tráquea, y por lo tanto la descanulación resulta un verdadero conflicto. Háse observado, asimismo, la invaginación de los bordes de la incisión traqueal (Köhl). Lunin cree que la causa más frecuente de los fenómenos asfícticos que siguen a la supresión de la cánula son las granulaciones, viniendo en segundo lugar el espasmo y en tercero la delgadez de los anillos. Rogers, a su vez, señala las obstrucciones crónicas de la laringe y de la tráquea en el orden siguiente: primero, las cicatrices traumáticas; en segundo lugar, las granulaciones alrededor de la cánula o del tubo; viniendo después la laringitis hipertrófica subglótica, la difteria prolongada y repetida, las parálisis post-diféricas de los abductores, la atrofia de los abductores y las neoplasias.

Un orificio traqueal demasiado pequeño en comparación con la cánula empleada es también origen de obstáculos a la supresión definitiva de ésta. La clase de cánula es igualmente muy importante: en general, las cánulas grandes en demasía o de pequeña curvatura, predisponen a las estenosis traqueales. En cuanto a las cánulas agujereadas, quizá tengan también alguna influencia en la génesis de los mamelones carnosos (Köhl y otros). El gran Trouseau rechazaba el uso de esas cánulas y Citelli aconseja no usar nunca cánulas fenestradas.

Teniendo en cuenta este último criterio, veamos de interpretar lo que debió ocurrir en nuestro caso: durante los primeros *once días* que siguieron al de la traqueotomía, la enfermita llevó cánula no fenestrada, pudiendo entonces explicarse las dificultades de descanulación por el espasmo y por la prolongación del proceso subglótico; substituyóse, después, dicha cánula por otra agujereada, la que llevó *ochenta y cuatro días*, y fué durante este período que resultaron infructuosas las tentativas descanulantes, a consecuencia de la formación de los mamelones; finalmente volvióse a la cánula no fenestrada; y a los *veinte días* pudo quitarse ésta en definitiva, sin ejecutar operación previa alguna. Parece, pues, que por el simple cambio de cánula se produjo la desaparición espontánea de las granulaciones.

Ahora bien: ¿por qué la cánula con agujero puede originar mamelones con mayor facilidad que la lisa? A mi entender, este fenómeno ocurre principalmente con las cánulas que se emplean para los pequeñuelos y su más probable explicación sería la siguiente: el borde superior del agujero canular queda situado, a veces, al mismo nivel del borde superior de la incisión traqueal, con el cual establece contacto; de este modo, con los movimientos del enfermo se produce un pequeño frote entre ambos puntos, formándose los mamelones en este sitio, llegando en ciertos casos a asomar un fragmento de dicho tejido por dentro de las dos cánulas (observación que posteriormente he visto señalada por Trendelenburg). Ello explica la sección que experimenta la carnosidad cuando se quita la cánula interna y la producción de sangre que le sigue. La substitución de dicha cánula por otra sin agujero debió suspender el mencionado roce y en consecuencia desaparecieron los granulomas.

Pero, ¿no podría explicarse también esta curación natural por haber adquirido los ma-

(1) Von Bramann, en 650 traqueotomías practicadas en la clínica de Bergmann, no observó caso alguno de esa complicación. Krönlein, en 501, un sólo caso. Feer, en 333 operados en el Hospital de Niños de Basilea, 22 casos. Köhl, 20 casos de granulaciones post-traqueotómicas en el Hospital de niños de Zurich, durante el espacio de nueve años.

melones forma pediculada y sido expulsados al exterior mediante golpes de tos? El hecho, aunque no creo se haya producido en el caso relatado, no sería nuevo, y así Hofmeister dice textualmente en la obra de Von Bergmann, que se *han observado accidentalmente curaciones espontáneas por medio del arrancamiento y la retracción del pedículo*. De todas maneras, considero deben reputarse algo raros estos fenómenos, puesto que la mayor parte de los casos de estenosis por mamelones carnosos han debido ser tributarios de alguna maniobra cauterizante o quirúrgica más o menos extensa.

Para terminar, una breve reflexión. ¿Por qué no se intentó la intubación para curar la estrechez granulomatosa, práctica que ha sido aconsejada por algunos, en esos casos de *canulismo*? Primeramente porque no había facilidades, en el caso referido, de sostener una vigilancia experta del paciente. Y además, porque no tenía mucha confianza en sus resultados, dada la tierna edad de la niña, por temor a nuevas estenosis producidas por el tubo, que nos hubieran conducido a un círculo vicioso con todas sus consecuencias. Sin embargo, quizá habría intentado en último extremo dicha intervención, de no haber quedado resuelto el conflicto en la forma que he tenido el honor de exponeros.

DR. MARTINEZ VARGAS:

Señores: La comunicación que acaba de leernos el Dr. Suñé y Medán es digna de todo encomio por su interés práctico, por su lógica interpretación de los hechos y por los abundosos datos con que ha enriquecido el problema que suscitó la historia clínica; sobre todo, merece aplausos porque una curación definitiva sirvió de brillante coronamiento a un calvario de esperanzas y decepciones que pone a prueba toda paciencia humana. Conste, por tanto, que las consideraciones que voy a exponer, no pueden mermar en lo más mínimo el mérito de su trabajo, que me complace en reconocer.

Esa serie de excanulaciones y de incanulaciones que se nos ha referido, constituye una verdadera tortura; la interpretación del hecho de por qué no puede pasarse el niño sin cánula so pena de morir asfixiado, no creo que se debiera en el primer período, como decía el doctor Suñé, a las granulaciones traqueales. Todos sabemos que en cuatro días, pues hizo la primera extracción de la cánula al cuarto o quinto día, no hay tiempo bastante para que las granulaciones se formen; de ser esto posible, serían muy contados, rarísimos, los niños que se curaran de difteria con la traqueotomía o con la intubación y que quedarán emancipados de este auxiliar respiratorio en la primera extracción; muchos tienen bastante con dos o tres días de tubo o de cánula, pero muchos también necesitan de estos seis, ocho o diez días. La regla general es que puedan permanecer de nueve a doce días tubo y cánula en sus respectivos sitios sin producir ulceraciones y sin dar origen a fungosidades. De todos modos, cuando después de una excanulación o extubación surgen esos ataques de disnea que reclaman urgentemente la reposición de la cánula o del tubo, conviene tener en cuenta que la disnea en el crup tiene dos caracteres distintos: uno mecánico, dependiente de la tumefacción de la mucosa y de las membranas diftéricas y otro nervioso, espasmódico, producido por un acto reflejo que agrava la situación; la prueba de ello está en que un niño mientras duerme o está tranquilo respirará con pena y con ruido, pero sin atropello y sin cambiar el color ni acelerarse la circulación. Pero llega un momento en el cual el temor al médico o al reconocimiento le exaspera, y la disnea se hace doblemente intensa y el rostro se enrojece, las venas yugulares se hinchan, la circulación se hace atropellada y el cuadro de asfixia temible. Pasan unos instantes y el niño se tranquiliza, su disnea vuelve a su estado anterior, graduado según el obstáculo mecánico, y la circulación se realiza con arreglo a sus condiciones anteriores de relativa tranquilidad. Pues este *elemento nervioso* de la disnea crupal podemos dominarlo, haya o no tubo o cánula en la laringe o tráquea, con la administración de la morfina; yo publiqué hace cinco años un artículo sobre este asunto y en él consigné siete casos de niños con crup, en quienes dominé completamente la disnea de origen nervioso, y en dos seguramente, llegué a evitar la operación quirúrgica; es evidente que si logramos dominar esta disnea adicional y alejamos la asfixia, damos tiempo a que el suero antidiféptico, que deja sentir sus efectos a las diez y ocho o veinte horas de la primera inyección, pueda contener la marcha invasora del proceso local membranoso y edematoso, y favorecemos su acción, dando un compás de espera al remedio, para que éste se haga dueño por sí solo de la situación. Mi experiencia ha sido en varios casos confirmada por los buenos efectos de la morfina, y tanto antes como después de la operación; que vence el obstáculo mecánico, doy este medicamento cuando noto síntomas espasmódicos en el enfermito. La fórmula que aconsejo es: clorhidrato de morfina, un centígramo; agua, 100 gramos. Para dar una cucharadita pequeña cada media hora con observación, según el resultado.

Aparte de las granulaciones, hay otros motivos que hacen imposible la extracción de la cánula o del tubo. Me refiero al *atasco mucoso* que suele producirse en ciertos enfermos en la tráquea; cuando la cánula traqueal permite la entrada fácil y abundante de aire, la columna aérea vence el obstáculo mucoso, porque tiene energías bastantes para ello; pero en cuanto la cantidad de aire disminuye por la aproximación de los labios de la herida, aquélla no puede romper el obstáculo mucoso y sobreviene la disnea: para remediar este estado, yo he ideado el procedimiento de la escobilladura tráqueo-bronquial, que ideé en 1900, con motivo de un niño traqueotomizado que cayó en muerte aparente por la extracción de la cánula, que hizo un ayudante y cuando llegué al lado del enfermo estaba con todas las apariencias de la muerte real. Aplicada mi mano sobre su región precordial, apercibí aún latidos cardíacos muy débiles; tomé el dilatador traqueal, dilaté ampliamente la herida de la tráquea, introduje por ella una sonda de goma blanda, que servía para su alimentación por la nariz, previamente embadurnada con aceite mentolado, y agitándola dentro de la tráquea y bronquios, logré extraer mucosidades, y al propio tiempo que desembaracé aquellos tubos respiratorios, suscité por acto reflejo la respiración, y el niño, al cabo de unos minutos, volvió a la vida, curándose definitivamente y regresando a Cuba su país natal. Expuse este procedimiento en la Sección de Pedetría del Congreso Internacional de París, en 1900, y fué sancionado por los Congresistas; posteriormente lo he utilizado varias veces, sobre todo en el crup complicado con neumonía.

En otras ocasiones, ni el tubo ni la cánula traqueal resuelven este conflicto mecánico del crup. El año 1914 entró en mi servicio un niño de un año con asfixia laríngea. Intubado por uno de mis ayudantes, seguía el niño ahogándose. Le practiqué la intubación con un tubo más grueso: seguía ahogándose; a la media hora, viendo que la disnea iba en aumento y el niño se amorataba, le hice la traqueotomía, y encontré gran dificultad para introducir la cánula: tropezaba con un obstáculo desconocido; por fin pude colocar la cánula; el niño mejoró al pronto mucho; nos fuimos a la Cátedra, y una hora después el niño había muerto asfixiado. Hecha la autopsia, encontré un timo enorme, muy rojo; la laringe no tenía bacilos ni membranas diftéricas; el examen histológico demostró la existencia de una inflamación aguda del timo; había en él gran número de corpúsculos de Hassal, y esto me ha hecho pensar que lejos de ser estos cuerpos restos epitelioides del período embrionario, como afirman muchos autores, deben ser una señal de la degeneración del tejido linfoide tímico. Este fué un ataque de *timitis aguda*. Tal caso, si hubiera sido consecutivo a la infección, cabría interpretarlo como causa de descanulación difícil, pero siendo primitivo, no puede parangonarse con el del Dr. Suñé.

El mecanismo aquí invocado de una laringitis subglótica, es bastante racional; pero generalmente este proceso no subsigue a una laringitis diftérica, por lo cual no me parece aceptable; el Dr. Suñer, Catedrático de Pediatría de Valladolid, refirió hace dos años un caso de esta naturaleza, de crup duradero, pero este caso no fué diftérico, y si bien recuerda la laringitis subglótica, no tiene paridad con el del Dr. Suñé y Medán.

Resumiendo: me inclino a suponer que este niño aquí historiado fué víctima de la difteria y después de una inflamación difusa de la mucosa traqueal; curada la difteria quedó en la parte alta de la tráquea un estado aterciopelado de la mucosa, varicoso de los vasos, que estrechaba mucho el tubo respiratorio, de suyo estrecho. Como éste es muy pequeño dada la corta edad que tenía el enfermito, en cuanto desaparecía la cánula los vasos libres de la compresión, se hinchaban, se ponían turgentes y dificultaban el paso del aire. Este estado aterciopelado o de quémosis, no es raro después de la difteria en el sitio donde estuvo la membrana; a medida que el niño fué ganando en edad y dilatándose el calibre de la tráquea, se fué aliviando aquella tumefacción y ambos procesos trajeron el alivio de la criatura y la posibilidad de seguir respirando sin cánula.

Rectifica el DR. SUÑÉ y dice: He escuchado con suma atención los conceptos vertidos por mi querido maestro Dr. Martínez Vargas, y después de agradecerle vivamente sus laudatorias frases de felicitación, que no creo merecer, he de manifestar que fué a los cinco días después de efectuada la traqueotomía cuando intenté quitar la cánula, y no es de suponer fuesen entonces las granulaciones las causantes de los fenómenos asfícticos que subsiguieron al ejecutar dicha maniobra. Ya he expuesto mi opinión de que en aquellos momentos debía achacarse todo el espasmo nervioso a la prolongación del proceso subglótico, viniendo más tarde los mamelones carnosos a ser el verdadero obstáculo de la descanulación definitiva. Tendré presente para lo sucesivo la oportuna observación del Dr. Martínez Vargas, de dar pequeñas dosis de morfina para combatir el espasmo nervioso, tanto más intenso cuanto más tierna la edad de la criatura, si bien reconoce no dejan de estar muy indicados los bromuros en esos casos.

La escobilladura bronquial, maniobra ideada por el Dr. M. Vargas, es un buen medio de todos conocido y que he puesto en práctica en alguna ocasión siempre con excelente resultado, pero que no estuvo indicada en el caso relatado por no existir escollo alguno al paso del aire por debajo de la cánula.

Comunicación del doctor Guerra

«SEÑORES ACADÉMICOS:

Saludo respetuosamente a la Academia al hablar por primera vez en sus sesiones. Si la cortesía no obligase a ello, holgaríame de hacerlo al recordar su glorioso abolengo y que a ella han pertenecido y aun pertenecen maestros míos muy queridos y que la honraron y honran estimados amigos.

A la invitación de la Academia para que colaborásemos activamente los académicos corresponsales en general y a la particular con que me favoreció el señor Secretario perpetuo, bien hubiese querido responder presentando un trabajo rico en la calidad y en su originalidad, y, si no igual a lo menos buen espejo de los que tanto han enaltecido esta tribuna; pero ni los buenos trabajos se improvisan, ni la originalidad brota tan espontánea como la hierba en la orilla de los caminos. Quiero decir con esto que me disculpéis y perdonéis si no traigo un trabajo tan importante como el deseo de complaceros; porque éste ha sido tan vehemente en mí que no admitió demora y ésta habría sido demasiado larga si me hubiese decidido a daros cosa más pensada, pulida y trabajada.

Unas modestas notas sobre un caso clínico es lo que ahora os ofrezco y que someto a la atención vuestra.

Sería ofender la ilustración de los señores Académicos si yo le diese el carácter de una novedad científica, que no tiene; pero le juzgué interesante porque además de no ser de enfermedad frecuente en nuestro país, en el que no supe hallar otro que el de Azua publicado en Madrid en 1891, hube de acudir a la bibliografía extranjera para encontrar la descripción de casos parecidos.

Por lo tanto, si la cosa en sí no constituye una novedad científica, ni tiene la importancia de un descubrimiento personal, a lo menos tendrá la ventaja de ser un hecho de observación recogido *en casa*, y sólo bajo este concepto es como os ruego que aceptéis mi modestísima labor.

Trátase de un caso de KERATODERMIA HEREDITARIA SIMÉTRICA DE MANOS Y PIES.

Niña de tres años y cuatro meses, natural de una población de la costa de Levante, del bajo Ampurdán, en la provincia de Gerona (1). Los padres refieren que nació con buen peso, de primipara, en parto normal y a término.

Cuando la niña tenía unas tres semanas, observaron que la piel de las palmas de las manos y de las plantas de los pies se ponía rojiza y se le formaban unas pequeñas escamillas muy finas que se desprendían. Paulatinamente se le fué engrosando la epidermis de los sitios que acabo de indicar, hasta constituir una callosidad uniforme y extendida por todas las palmas de las manos y en las dos plantas de los pies, con surcos profundos en los pliegues de flexión, sin que la niña hubiese dado nunca la menor señal de dolor ni de molestia, ni al comenzar ni al desarrollarse el endurecimiento cutáneo, que se había completado ya al llegar la niña a la edad de tres meses.

Al observarla habían transcurrido tres años y un mes desde los comienzos del mal y pude ver los mismos engruesamientos de la piel con el aspecto ya descrito de dureza callosa, de cuatro a seis milímetros de grosor, con pequeñas grietas que surcaban la superficie y de aspecto y color de *ámbar mate* en unos sitios, un poco translúcido en otros y algo obscuro y sucio en aquellos más expuestos a mayores roces y contacto con el suelo o con los objetos de uso o juego de la nena.

Como se ve en las fotografías, la callosidad se extiende a toda la palma de las manos y a toda la planta de los pies y a la cara palmar o plantar de todos los dedos respectivos. Como marco y límite de separación de la piel callosa con la normal del resto de dichas extremidades, se ve una orla rojiza de unos dos a tres milímetros de ancho, que sigue todo el contorno de la palma de la mano y la cara palmar de los dedos, contorneando bien los espacios interdigitales.

(1) Estoy autorizado para publicar la historia clínica pero omitiendo nombres de poblaciones.