

Wagnier (1) publicó al año siguiente, un segundo caso análogo, y otros autores han hecho también observaciones semejantes. Sin embargo, en todos los casos de rinitis atrófica leprosa, la fetidez es de ordinario poco acentuada, y hasta puede faltar.

TRATAMIENTO. — La multiplicidad de los tratamientos preconizados contra la rinitis atrofiante fétida (2), es la mejor prueba que se puede invocar en apoyo de la extrema tenacidad de la enfermedad y de su resistencia á todos los medios terapéuticos que se le han opuesto hasta ahora. No creo, sin embargo, que sea exacto decir, que el ozena es incurable. La observación clínica demuestra que, aun sin tratamiento, se detiene en ocasiones su evolución, y esto, sea cual fuere su manera de empezar, la edad en que el enfermo haya sido invadido y el tiempo durante el cual ha seguido una marcha progresiva ó estacionaria. No quiero hablar aquí de los casos, bastante numerosos, como ya he dicho antes, en que sólo el olor desaparece espontáneamente, ó al menos disminuye en proporciones tales, que casi equivalen á su desaparición, mientras que es menos evidente la disminución de las secreciones, y las costras continúan formándose y adhiriéndose á las paredes atrofiadas. Hablo de aquellos en que no solamente cesa el olor, sino que además las secreciones se modifican favorablemente, vuelven á adquirir, más ó menos por completo, su fluidez y cesan de concretarse en forma de costras adherentes, al mismo tiempo que la mucosa pierde su sequedad y su aspecto pálido y arrugado, volviendo á hacerse rosado y húmedo, y parece vascularizarse más ó menos notablemente. Conserva sus alteraciones de estructura definitivas, porque queda fibrosa y adelgazada; pero las glándulas que estaban solamente enfermas, parece que vuelven á adquirir sus funciones y parece probable que las lesiones del epitelio y la infiltración celular de la capa superficial se modifiquen también favorablemente. Estos hechos de curación, relativa si se quiere, pero equivalente para el enfermo á la curación absoluta, son innegables, y aunque son más frecuentes en los niños, se ven también en los adultos, y pienso que todo especialista que tenga una práctica algo larga y extensa, habrá tenido de seguro ocasión de observar algunas, si ha prestado en ello bastante atención. Si estos fenómenos pueden presentarse espontáneamente, no hay razón alguna para admitir que un tratamiento conveniente y suficientemente prolongado, no pueda facilitar la aparición de los procesos de este género y no sea capaz, si no de curar la enfermedad, al menos de ayudarla á curar en los casos favorables.

De todos modos, si la probabilidad de una curación radical es en la gran mayoría de los casos muy débil, sólo se aumenta en pequeñísimas proporciones por la intervención terapéutica; por más que ésta conduce, sin embargo, á paliar y á disminuir, ya que no á hacerlo desaparecer, el síntoma capital de la enfermedad, la fetidez. Pero desde el punto de vista de las relaciones sociales y de la carrera del enfermo, esto constituye un resultado enorme y que es preciso perseguir con perseverancia, sin desalentarse jamás.

El medio más seguro de alcanzar este resultado, es el de someter al enfermo

(1) *Annales de dermatologie*, 1889.

(2) Consúltese el trabajo de Lacoarret, Tesis de Burdeos, 1888. Véase también Renault, *Archives de laryngologie*, 1887, 1888 y 1889, y Deumier, Tesis citada.

á las irrigaciones nasales antisépticas repetidas, que debe hacer mañana y tarde cuando menos, y tres ó cuatro veces por día si es preciso, haciendo pasar cada vez por las fosas nasales, por medio de un sifón de Weber ó de una jeringa inglesa, tres cuartos de litro ó un litro de una solución tibia. El líquido de elección es, á mi parecer, el agua bórica, saturada y adicionada de 10 á 25 centigramos de naftol por litro. Si se hace bien la irrigación, determina la expulsión de las secreciones acumuladas en la nariz, y el resultado de su acción desinfectante es el de suspender durante un tiempo variable la reaparición del mal olor. Pero las irrigaciones, por repetidas que sean, no bastan para producir una mejoría real, es decir, para disminuir la secreción y su tendencia á desecarse para modificarla, haciéndola perder más ó menos completamente su mal olor y para dar á la mucosa enferma un aspecto mejor. Para llegar á este resultado, es preciso hacer seguir los lavados inmediatamente después que la nariz está libre de las últimas gotas del líquido empleado y se encuentra seca, de aplicaciones medicamentosas apropiadas. He insistido, hace ya muchos años, sobre las ventajas de las aplicaciones de los cuerpos grasos imputrescibles é inoxidables (vaselina y petroleína) sobre la mucosa nasal de los ozenosos. Estas aplicaciones impiden el desecamiento de la mucosa y de sus secreciones y modifican muy favorablemente una y otras. Yo aconsejo, pues, en el intervalo de los lavados (que se deben considerar sobre todo como un medio de limpieza mecánico), que se hagan en las fosas nasales pulverizaciones de aceite de vaselina (1), repetidas lo más á menudo posible, y una vez por día, ó cada dos ó tres días, según los casos, hacer durante el día ó por la mañana un embadurnamiento de la mucosa nasal con un pincel plano especial ó con un portalgodón armado y bien empapado de naftol sulfuricinado (2) á 10 por 100, empleado puro: gracias á estos medios, si son regular y convenientemente empleados, se obtienen, en un número importante de casos, resultados muy satisfactorios. Pero para que haya probabilidades de que sean duraderos estos resultados, es preciso continuar el tratamiento durante dos años, cuando menos, y á veces tres y hasta cuatro años. Con esta condición, solamente se pueden esperar mejorías lentamente progresivas y curaciones relativas, susceptibles de persistir, á pesar del abandono gradual de las curas y de los lavados. También constituyen estos casos una minoría muy grande, y casi siempre es necesario que el enfermo continúe durante mucho tiempo sometiendo su nariz á una limpieza matinal casi diaria.

(1) Estoy satisfecho de la adición al aceite de vaselina puro, de una débil proporción de esencia de geranio (aceite de vaselina, 30 gramos; esencia de geranio rosado, VI á X gotas). Las pulverizaciones se hacen con un pequeño pulverizador Richardson, provisto de una pelota de cautchuc, de forma especial, que Galante ha construido según mis indicaciones, resultando un modelo muy adecuado.

(2) El naftol sulfuricinado, solución de naftol β en el sulfuricinato de sosa con reacción ligeramente ácida, se prepara de la misma manera que el fenol sulfuricinado (puede verse con este motivo la nota de la pág. 184 del tomo III de la presente obra).

SEGUNDA PARTE

ENFERMEDADES DE LA LARINGE

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE: Consúltese los principales tratados generales: TÜRK, *Klinik der Krankheit des Kehlkopfes*, Vienne, 1866.—Krishaber et Peter, *Articles LARINGOSCOPIE et LARINX du Dictionnaire Dechambre*, 1868.—Mandl, *Traité des maladies du larynx*, Paris, 1872.—Isambert, *Conférences cliniques*, etc., Paris, 1876.—B. Fraenkel et Ziemsen, *Articles du Ziemsen's Handbuch*, Leipzig, 2^e édition, 1879.—Morell-Mackenzie, *Traité des maladies du larynx*, traduction française par Moure et Bertier, Paris, 1882.—Lennox-Browne, *Idem*, traduction française par Aigre, Paris, 1891.—Störk, *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Stuttgart, 1881.—Gottstein, *Die Krankh. des Kehlk.*; traduction française par Rougier, Paris, 1888.—Poyet, *Manuel de laryngoscopie*, Paris, 1883.—Masséi, *Patologia et terapia della laringe*, Naples, 1890.—Moure, *Leçons sur les maladies du larynx*, Paris, 1890.—Sajous, *Diseases of the throat*, Philadelphie, 1890.—Bosworth, *Id.*, NEW-YORK, 1881.—Solis Cohen, *Id.*, Philadelphie, 1879, etc.—On trouvera des renseignements étendus sur la pratique de la laryngoscopie dans la monographie de Moura, *Laryngoscopie*, Paris, 1861, et dans le volume publié en 1876 par Ch. Fauvel: *Traité pratique des maladies du larynx* (ouvrage inachevé) — Voir encore Schrötter: *Vorlesungen über die Krankh. des Kehlkopfes*, Vienne, 1887-1891 (cinq fascicules seulement ont paru); et les *Atlas de laryngoscopie* de Türk, Vienne, 1866.—Bürow, Stuttgart, 1877.—Schnitzler, Vienne (en cours de publication); et Krieg, Stuttgart, 1892 (publication très riche en documents originaux.)

Se encontrarán la mayor parte de los trabajos originales franceses ó sus análisis y el de los trabajos extranjeros más importantes en las publicaciones periódicas siguientes: *Revue des sciences médicales* de HALEM, 1873-1892. (Analyses très soigneusement faites par A. Cartaz).—*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, publiées par Isambert Krishaber et Ladreit de Lacharriere, 1875-1884; par Gouguenheim, 1885-1891; par Gouguenheim et Lermoyez, 1892.—*Revue mensuelle de laryngologie*, publiée par Moure 1881-1892.—*Archives de laryngologie*, de Ruault et Luc, 1887-1892.

CAPÍTULO PRIMERO

DESÓRDENES CIRCULATORIOS

I

Anemia.

La anemia de la laringe coincide frecuentemente con las de la faringe y la de la cavidad bucal: se la observa en los sujetos anémicos, sea por hemorragias repetidas, sea por una enfermedad aguda anterior, así como en las cloróticas y leucémicas; el mal de Bright y las diversas enfermedades crónicas

producen caquexia (tales como el cáncer, la tuberculosis, el paludismo, etc.), se cuentan también entre sus causas más frecuentes. De todas estas es quizá la tuberculosis pulmonar la que mayor número de veces la produce.

Por el reconocimiento laringoscópico, se observa que la epiglotis, los ligamentos ari-epiglóticos, las bandas ventriculares y la región aritenóidea, han perdido su color sonrosado y están uniformemente pálidas. Este color sólo se diferencia á veces del de las cuerdas vocales, por su aspecto un poco más amarillento. Con frecuencia se presenta también esta palidez en las paredes infra-glóticas de la laringe. Al mismo tiempo, la mucosa laríngea parece más delgada que en estado normal (Mandl), y las cuerdas vocales tienen á veces un aspecto transparente especial (Schrötter). La mucosa anémica, en algunas ocasiones, especialmente al nivel de la epiglotis, está estriada de arborizaciones vasculares. Cuando la anemia es secundaria y sintomática de una anemia general y se presenta en un individuo que ha tenido anteriormente hiperemias laríngeas ó que presenta vestigios de catarro crónico, estas estriaciones vasculares son á menudo más numerosas, y la mucosa pálida, además de su palidez, se presenta sin brillo y como empañada.

Los síntomas son nulos ó ligeros. En ciertos casos, la motilidad de los músculos fonadores está disminuída, y la voz es débil ó está velada. Los desórdenes de la sensibilidad (picores, sensaciones de irritación mal definida, y hasta dolores ligeros, etc.), no son raros.

El diagnóstico laringoscópico, no presenta dificultad alguna. Basta fijarse un poco, para no confundir la anemia de las bandas ventriculares, cuando está más acentuada en un lado, ó hacia adelante, con erosiones ó ulceraciones, ó bien para no tomar la mancha blanquecina de una antigua ulceración cicatrizada por una anemia circunscrita simple.

El diagnóstico causal debe intentar hacerse en todos los casos, porque él es el que regula el pronóstico y el tratamiento. La existencia de una anemia que parece localizada en la laringe, acompañada ó no de desórdenes de la sensibilidad local, debe hacer pensar inmediatamente (sobre todo cuando se trata de una persona que se queja de haber adelgazado ligeramente y perdido las fuerzas y el apetito desde poco tiempo antes) en la posibilidad de una tuberculosis pulmonar incipiente y obliga á hacer una exploración completa del pecho (Lennox-Browne, Morell-Mackenzie). Si en algún caso de este género, coincide una anemia acentuada del vestíbulo laríngeo, con la rubicundez y el aspecto deslustrado de una cuerda vocal ó de las dos, con ó sin rubicundez interaritenóidea, hay motivos para pensar, aunque falte todo signo de auscultación, que se trata de una laringitis tuberculosa incipiente.

II

Hiperemia.

Las hiperemias de la laringe son frecuentes y debidas á causas muy numerosas. Pueden ser activas ó pasivas.

Las congestiones activas pueden depender de causas puramente locales ó presentarse por la influencia de trastornos vaso-motores directos ó reflejos, y

con puntos de partida distantes. Entre las primeras, citaremos los traumatismos locales, la penetración de vapores, del polvo, de humos acres ó de otra clase; la acción local de los líquidos ó de los alimentos (bebidas alcohólicas, especies irritantes) y la de la eliminación por la mucosa de la faringe de algunas substancias medicamentosas (ioduros alcalinos, aguas sulfurosas, etc.). Las fatigas locales resultan de esfuerzos vocales repetidos (gritos, tos por accesos, etc.), ó del uso demasiado prolongado de la voz hablada ó cantada, lo cual determina fácilmente la congestión de la laringe. También se presenta con frecuencia en los oradores y en los cantantes de profesión que abusan de su laringe, y sobre todo, según Moure, «en las personas que cantan en el registro grave, emitiendo notas que no son de su voz». Entre las hiperemias laringeas de causas locales, es preciso colocar también las que se presentan con motivo del *cambio* de la voz, resultado del desarrollo rápido que presenta la laringe en la época de la pubertad; estas son las más persistentes.

Las hiperemias producidas por causas generales ó por causas lejanas, son casi tan frecuentes como las anteriores. Las primeras se observan en ciertas enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea, etc.), en las que parece que resulta de los venenos microbianos sobre los centros vaso-motores, y en ciertas fiebres eruptivas en las que señalan frecuentemente el principio de una localización inflamatoria catarral. Las otras se ven frecuentemente en algunas mujeres, al aproximarse los períodos menstruales ó durante ellos. También pueden resultar de excesos venéreos. Su causa más frecuente es el enfriamiento, ya generalizado ó ya limitado á las extremidades inferiores. La respiración de un aire frío y húmedo, puede provocarla sin que el enfermo se enfríe, y la permanencia en una atmósfera muy caliente y demasiado seca, puede también producir el mismo resultado. Los artríticos (Joal), los linfáticos, los dispépsicos y los estreñidos, son, sobre todo, los que padecen estas hiperemias laringeas, determinadas por los cambios de temperatura. A menudo, se trata en estos casos de individuos expuestos á accesos subagudos de catarro nasal y faríngeo, y en ellos la hiperemia no afecta á la laringe, más que consecutivamente á las regiones superiores. Varias de estas diversas causas se asocian á menudo.

Las congestiones pasivas se observan en cardíacos que presentan lesiones valvulares mal compensadas; en los enfisematosos y en los bronquíticos, con dilatación del corazón derecho, y en las personas afectadas de cirrosis del hígado, así como en los sujetos que presentan tumores próximos á la laringe y que comprimen las venas emergentes. La bronquitis capilar aguda, se acompaña también de congestión pasiva de la mucosa de la laringe. Los esfuerzos prolongados, la tos y los esfuerzos de vómitos (coqueluche), pueden tener el mismo efecto. Las hiperemias que se presentan rápidamente por la influencia de un examen laringoscópico prolongado (Mandl, Schrötter), me parece que deben considerarse también como congestiones pasivas debidas á los esfuerzos persistentes, que inconscientemente hace el enfermo.

Los resultados del examen laringoscópico, difieren un poco, según que la congestión sea activa ó pasiva. En este último caso (salvo si se trata de una compresión limitada), la laringe presenta una rubicundez lívida y difusa, acentuada sobre todo en el vestíbulo, y cuando la congestión es ya antigua, se encuentran frecuentemente la epiglotis y la base de la lengua surcadas de va-

ricosidades de un color azul negruzco. En los casos de hiperemia activa intensa, la rubicundez es muy viva y está acentuada, especialmente en el vestíbulo, bandas ventriculares, región aritenóidea y repliegues ariepiglóticos, y á menudo también en la epiglotis. Pero las cuerdas vocales presentan rara vez el color rojo vivo; están solo sonrosadas, en lugar de ser blancas y nacaradas como en estado normal. Cuando la congestión es menos intensa, la rubicundez también menor y las cuerdas vocales pueden conservar en parte su blancura, presentando solamente una línea roja sobre su borde libre. Cuando la congestión es consecutiva á accesos de tos repetidos, esta línea ocupa sobre todo la región interaritenóidea y apenas pasa de las apófisis vocales; puede también, por el contrario, extenderse más hacia adelante y ser menos acentuada hacia atrás, si resulta de fatigas de la voz.

En los casos ligeros, los síntomas son casi nulos. Si la hiperemia más intensa está limitada á la región aritenóidea, no hay más que una ligera sensación de calor y de sequedad, y un cosquilleo que obliga al enfermo á toser; si las cuerdas vocales están afectadas, la voz se altera en su tonalidad y en su timbre; la primera descende y el segundo se hace metálico y duro. También puede haber enronquecimiento acentuado, si la hiperemia va acompañada de paresias musculares, hecho que permite reconocer el examen laringoscópico. La voz hablada, puede estar apenas alterada; mientras que la cantada, se encuentra comprometida. Los artistas líricos (voz de soprano y de tenor especialmente) no pueden cantar sin esfuerzo, y se quejan de que su voz está alterada en el registro medio (Moure). Por el contrario, no es raro encontrar barítonos y bajos que presentan hiperemias acentuadas de las cuerdas vocales, y en ocasiones hasta persistentes, sin presentar alteraciones sensibles en su voz (Semon).

Se comprende que la marcha, la duración, las terminaciones y el pronóstico de las hiperemias pasivas, varían con sus causas. Los accesos de congestión activa, son frecuentemente de corta duración y aun del todo pasajeros, cuando no constituyen el principio de una laringitis catarral. Sólo se hacen graves, cuando se repiten á menudo y aumentan en duración, y sobre todo cuando se presentan en personas obligadas por su profesión á cuidar su voz (profesores, abogados, oradores ó predicadores, cantantes, etc.), porque determinan fácilmente el catarro subagudo, repetido primero y crónico después. En tal caso, una vez establecido el diagnóstico por medio del laringoscopio, se buscarán con cuidado las causas y se tratará de hacerlas desaparecer, ó de evitarlas.

El tratamiento es nulo, en la mayor parte de los casos. La quietud, siempre; el silencio, sobre todo; á veces un ligero purgante y un pediluvio muy caliente, podrán aconsejarse con ventaja. Las aplicaciones locales, son casi siempre más nocivas, que útiles. El acónito al interior (tintura ó alcoholaturo) gozan, entre los cantantes sobre todo, de una fama que ciertamente no merecen; por lo demás, la dosis útil varía según los casos y los individuos, y además, el medicamento no puede dejarse sin peligro á la libre disposición de los enfermos.

III

Edema.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — Ya circunscrita, ya difusa, la infiltración serosa ó sero-fibrinosa (edema inflamatorio) de la laringe, puede presentarse, sea con motivo de un desorden morbozo, local ó localizado, intra-laríngeo, sea por la influencia de causas extralaríngeas. Así es, que por una parte, puede acompañar algunas veces á la inflamación superficial aguda intensa (catarral ó erisipelatosa) de la mucosa laríngea, ó lo que es más frecuente, resultar de una inflamación aguda más profunda, ya limitada al dermis mucoso (pústula variolosa, ectima), ya propagada al tejido celular submucoso (laringitis flegmonosa) ó ya, por último, presentarse en las articulaciones ó en los cartílagos (artritis ó pericondritis primitivas). También los procesos ulcerosos agudos, subagudos ó crónicos (fiebre tifoidea, tuberculosis, sífilis, cáncer) pueden dar origen, por diversos mecanismos, á edemas difusos ó circunscritos, sobre todo cuando invaden las capas profundas y determinan lesiones del esqueleto cartilaginoso. En todos estos casos, así como en aquellos en que el edema se presenta consecutivamente á un traumatismo local (cuerpos extraños, heridas, quemaduras etc.), el edema no es más que un elemento del complexus morbozo que constituye la afección laríngea de que se trata; elemento cardinal á veces (erisipela, flemón, etc.), pero á veces también simple complicación eventual (procesos ulcerosos diversos, etc.). Me limitaré á señalar aquí estas diversas variedades etiológicas de edema, que, á mi parecer, deben estudiarse al mismo tiempo que las diferentes afecciones laríngeas, á las cuales están unidas.

Por otra parte, el edema de la laringe puede presentarse como una manifestación local ó localizada de una enfermedad general, ó como complicación de una afección extralaríngea, local ó localizada, próxima ó lejana, y aparecer en condiciones tales, que constituya el único proceso morbozo *laríngeo*, del que dependen los desórdenes funcionales, vocales y respiratorios, que se presentan á la observación. Me parece fuera de duda que para hacer del edema de la laringe en general un estudio fructífero, es preciso abandonar resueltamente los planes seguidos hasta ahora por los autores y sus divisiones en « edema primitivo » y en « edema secundario », « edema agudo » y « edema crónico », etc. El único medio de aclarar la cuestión es el de considerar, en primer lugar, al edema de la laringe, tal cual se nos presenta en las condiciones que acabo de indicar.

Esta es la única manera de darse cuenta exacta de las lesiones que constituye el *edema de la glotis*, de los síntomas que determina, según su sitio y su extensión, de su marcha y de sus terminaciones diversas. A este análisis consagraremos el presente capítulo, haciéndonos conocer este estudio preliminar y fundamental el « edema glótico puro » (diría yo de buena gana), nos permitirá más tarde, cuando pasemos al de las diversas afecciones laríngeas en que él desempeña un papel más ó menos importante, distinguir en el cuadro sin-

tomático de cada una de ellas, lo que pertenece propiamente á esta última, de lo que es consecuencia de la infiltración serosa concomitante. Examinemos, ante todo, las condiciones etiológicas y patogénicas que presiden á la aparición del edema en la laringe sana.

La causa más frecuente del edema de la glotis, es la existencia de un *foco inflamatorio profundo, próximo* de la laringe. Los flemones *supra-hioideos*, medios ó laterales, producen, casi invariablemente, el edema de la laringe, aun cuando no supuren y terminen por resolución. El edema está generalmente circunscrito á la epiglotis, ó bien á este opérculo y á uno de los ligamentos ariepiglóticos; suele durar poco, y en estas condiciones no da origen á síntoma alguno bastante acentuado para llamar especialmente la atención del enfermo ó la del médico y pasa inadvertido; pero lo repito, su existencia es casi constante cuando la inflamación alcanza alguna intensidad, y si nos dedicamos, como yo mismo lo he hecho, á buscarlo sistemáticamente en todos los casos de este género, con el espejo laringoscópico en mano y durante varios días seguidos, si es preciso, nos convenceremos de la realidad de la aserción que no dudo en emitir respecto á este punto, por paradójica que pueda parecer á primera vista, puesto que da como regla general, lo que hasta ahora sólo se ha considerado como una complicación, siempre muy grave.

Mas rara vez se ve aparecer el edema laríngeo á consecuencia de *lesiones del maxilar inferior*, de la *tiroiditis aguda*, de la *parotiditis*, de los *flemones periamigdalinos* y de los *adeno-flemones latero ó retro-faríngeos*; cuando se presenta durante la evolución de un *epitelioma ulcerado* de la faringe, de la base de la lengua ó del suelo de la boca, etc., está casi siempre unido también á brotes inflamatorios, que resultan de infecciones secundarias, cuya puerta de entrada es la ulceración cancerosa.

En estas diversas condiciones, la patogenia del edema glótico es sencilla. Se puede, en verdad, discutir la cuestión de saber si en tal ó cual caso se trata únicamente de un edema colateral verdadero, ó, sobre todo, de la propagación de un proceso inflamatorio activo, pero siempre estaremos seguros de que la infiltración de la laringe está bajo la dependencia directa del flemón yuxta-laríngeo. La patogenia de las lesiones es también fácil de comprender, cuando el edema glótico se instala en un sujeto que tiene un *tumor del mediastino ó del cuello* (aneurisma del cayado aórtico ó de los vasos del cuello, tumores ó infartos ganglionares profundos, hipertrofia ó neoplasma del cuerpo tiroide y especialmente de los lóbulos accesorios, etc.). Aunque bastante raros, los hechos de este género se observan de tiempo en tiempo, y en este caso, la infiltración serosa de la laringe y de las regiones vecinas resulta evidentemente de la compresión de los troncos venosos y linfáticos eferentes por el tumor.

Las dificultades de interpretación aumentan considerablemente cuando no se trata de un edema colateral ó de un edema por compresión. Aparte de la compresión, el edema glótico de causa mecánica, por éxtasis venoso, es muy raro; apenas se le observa en las *afecciones crónicas del corazón y del pecho*, que comprometen el corazón derecho y determinan la insuficiencia tricúspide. Parece, pues, que cuando la infiltración serosa de la laringe se presenta en los casos de este género, la patogenia es más compleja de lo que se podía creer á primera vista, puesto que estas condiciones, que determinan con fre-