

sido inútiles, ¿se deberá recurrir á la traqueotomía? Ya hemos visto que Areteo no tenia ninguna confianza en este medio, pero su opinion está lejos de haber prevalecido. Tambien vemos á Riolano (1) declararse formalmente partidario de esta operacion. «Si, dice Riolano, *nihil proficiat, neque colli scarificatio, ad bronchotomiam deveniendum.*»

Cuando la sufocacion es inminente, está indicada la operacion. Muchos médicos ingleses han recurrido á la traqueotomía, y algunos con buen éxito. En tres casos de quemadura de la glotis se hizo la traqueotomía, y dos veces con un resultado feliz. Nos parece, pues, evidente que en circunstancias tan graves no se puede titubear, y que hasta es preciso practicar la operacion, en lo posible, mas pronto de lo que se hace generalmente.

Prescripcion III.

TRATAMIENTO EMPLEADO EN LOS CASOS OBSERVADOS POR CONSTANT (2) EN LOS NIÑOS DE CINCO Á SEIS AÑOS.

El primer dia de observacion, cuarto de la afeccion.

- 1.º Aplicacion de ocho sanguijuelas á la region anterior del cuello.
- 2.º Una lavativa purgante.
- 3.º Sinapismos á las estremidades inferiores.
- 4.º Ipecacuana (Constant no indica la dosis).

Prescripcion IV.

Segundo dia de observacion, quinto de la afeccion.

- 1.º Tisana de malva.
 - 2.º T. Calomelanos. 75 centigram.
- Se divide en tres papeles para tomarlos en las veinticuatro horas.
- 3.º Fricciones en el cuello, con aceite de croton tiglio.
 - 4.º Un vejigatorio á la nuca.
 - 5.º Dieta.

Prescripcion V.

Tercer dia de observacion.

- 1.º Seis sanguijuelas al cuello.
- 2.º Un vejigatorio á cada muslo.
- 3.º Jarabe de ipecacuana (no se indica la dosis).

(1) Riolano, *Incheiridium anat.*, lib. V, cap. XIII.

(2) Debiendo ser el tratamiento muy activo, he creído que se debía dar la prescripcion dia por dia.

Prescripcion VI.

TRATAMIENTO EMPLEADO CON BUEN ÉXITO POR EL DOCTOR ENRIQUE CHAVASSE EN UNA JÓVEN DE VEINTE AÑOS.

Primer dia de la observacion, segundo de la afeccion.

- 1.º Una sangria de 1000 gramos.
- 2.º Despues de la sangria, diez y ocho sanguijuelas al cuello.
- 3.º Lavativa purgante, y en seguida

T. Calomelanos.	16 centigram.
Opio en polvo.	1 centigram.
Conserva de rosas.	C. S.

Mézclese y háganse seis pildoras, de que se toma una cada tres horas en una ó dos cucharadas de la mistura siguiente:

T. Acetato de amoniaco liquido.	12 gram.
Mistura alcanforada.	160 gram.

Mézclese.

Breve resumen del tratamiento.

1.º *En el periodo de escitacion y de calentura.* Tisanas demulcentes y ligeramente calmantes, sangria copiosa en el adulto, sanguijuelas en la region laringea repetidas muchas veces, cataplasmas emolientes, fumigaciones emolientes y narcóticas, opiados, vomitivos, emetocárticos y purgantes.

2.º *Cuando empieza el periodo de asfixia.* Revulsivos y derivativos, vejigatorios en la region laringea, en la nuca y en las estremidades inferiores, fricciones al rededor del cuello con aceite de croton tiglio, sinapismos en las estremidades, pediluvios y maniluvios sinapizados ó hechos escitantes por medio del ácido hidroclórico.

3.º Luego que se vea que estos medios son insuficientes, se practicará la traqueotomía (1).

ARTÍCULO II.

LARINGITIS ESTRIDULOSA (FALSO CRUP).

Solo desde hace un corto número de años es desde cuando se distingue esta variedad de laringitis de la inflamacion pseudo-membranosa de la laringe.

(1) Véanse los pormenores de la operacion y los cuidados consecutivos que requiere en el artículo *Edema de la glotis*, en donde se la describirá detalladamente.

Los antiguos describían muchas anginas convulsivas ó espasmódicas; pero se referían, como Boerhaave en sus *Aforismos*, á los síntomas de diversas neuroses, tales como el histerismo y la epilepsia.

Desde Home hasta Bretonneau la angina estridulosa se había confundido con el crup. Sin embargo, resulta de las investigaciones de Rilliet y Barthez que Wichmann y despues Fleish, Henke (1) y Wend, tenían ya nociones precisas sobre el diagnóstico de estas dos afecciones. Sin embargo, debemos referir á los trabajos de Bretonneau y de Guersant el conocimiento exacto de la laringitis estridulosa.

El pseudo-crup no difiere de la laringitis simple sino por su forma y la violencia de la sufocacion. La destinamos una descripción aparte, porque el práctico encuentre en esta modificación indicaciones suficientes para elevar la laringitis estridulosa al rango de especie particular.

§ I.— Definición, sinonimia y frecuencia.

El crup falso ó laringitis estridulosa es una inflamación superficial de la mucosa laríngea que dá lugar á accesos de sufocacion mas ó menos alarmantes.

Esta enfermedad ha recibido muy diversos nombres. Guersant la había dado primero el de *crup falso* ó *seudo-crup*, el que en seguida ha abandonado por el de *laringitis estridulosa* ó *estridulosa*, y bajo esta última denominación ha sido descrita por Bretonneau. También pueden referirse á esta afección algunos casos publicados bajo los nombres de *asma agudo*, *asma espasmódico*, *asma agudo de Millar* y de *catarro sufocante*. Los autores ingleses han usado las espresiones siguientes: *spurius croup*, *laryngismus stridulus*, *rowing inspiration*, *dyspnæa spasmodica*, *convulsive disease*, *spasm of the glottis*, etc. Algunos también la han descrito bajo la vaga denominación de *convulsiones particulares de los niños*. Los antiguos no distinguían suficientemente entre sí las diversas especies de angina, y como las confundían también algunas veces con otras enfermedades, es inútil indicar su sinonimia, que por necesidad sería engañosa.

La laringitis estridulosa es una afección escesivamente común (2). Apenas hay un médico que en el trascurso de su práctica no haya tenido ocasión de ver algunos niños que sus parientes creían afectados del crup. Si Valleix dudaba de la frecuencia de la enfermedad, es porque el modo brusco con que se declara el falso crup y la rapidez con que cede es causa de que los niños enfermos sean solo por escepcion conducidos al hospital.

(1) Henke, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten*, Frankfurt, 1809.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., Paris, 1865, t. I.

§ II.— Causas.

1.º Causas predisponentes.

Edad. Si se recorren las observaciones esparcidas en las colecciones, se ve que el mayor número de enfermos eran niños. Guersant (1) dice que no ha observado esta afección mas que dos veces en sujetos que habían pasado de la edad de siete años. Las observaciones que he reunido, y cuyos síntomas eran evidentemente los de la laringitis estridulosa confirman esta asercion. Así pues, de veintiseis casos tomados al acaso en los escritos de Vieusseux, Lobstein, March, Couch, etc., jamás la edad ha pasado de ocho años; en uno de ellos, el niño no tenía mas de tres días; pero este es un caso escepcional. En las observaciones de Jurine (consignadas en su manuscrito, que Rilliet y Barthez han tenido á su disposición) la edad de los enfermos ha variado entre los diez y ocho meses y los diez años. También hemos encontrado en los autores algunos casos de la enfermedad de que tratamos, que al parecer habían tenido lugar en personas de mas edad. El doctor Jonathan Couch (2) refiere, entre otros, la observacion de una mujer de cincuenta y cinco años, en la cual se manifestaron los síntomas de la laringitis estridulosa al mismo tiempo que en una niña de ocho años que habitaba la misma casa. Por desgracia esta observacion carece de pormenores, lo que es tanto mas de sentir, cuanto que un simple acceso de sufocacion sin catarro preexistente ó concomitante ha podido hacer que se equivoque el autor, pues yo he visto muchos casos en que se podía cometer fácilmente este error.

Sexo. Habiendo reunido Guersant los casos de crup ó de crup falsos recogidos por varios autores, ha hallado en 511 casos, 293 del sexo masculino y 218 del femenino; y como la laringitis pseudo-membranosa sola le había dado un resultado análogo, se ve inclinado á pensar que se puede admitir casi la misma proporción en los casos de laringitis estridulosa. En veinte hechos que he reunido, y en que se hace mención del sexo, se hallan 12 varones y 8 hembras, proporción que se diferencia muy poco de la precedente. Por último, de sesenta casos observados por Jurine y Jancecovich, y citados por Rilliet y Barthez, 45 han ocurrido en niños y 17 solamente en niñas.

Sin embargo, si recordamos que el número de niños es en general mas considerable que el de niñas, deduciremos que esta estadística, por otra parte incompleta, está lejos de demostrar rigurosamente la influencia del sexo masculino.

Tampoco tenemos que decir nada de positivo acerca de la trasmision por herencia de la enfermedad, aunque Kerr la admite sin titu-

(1) Guersant, *Dict. de méd.*, t. IX, art. *CROUP*, p. 360.

(2) Jonathan Couch, *Observ. on croup*. (*Annals of med. and surgery*, vol. I, p. 271, 1837).

bear, igualmente que acerca de la *constitucion* de los sugetos que la padecen, porque los datos son *insuficientes*.

Algunos observadores ingleses han dicho en general que un *estado valetudinario* predisponia á la laringitis estridulosa; otros por el contrario, y en particular el doctor Kerr (1), dicen positivamente que la enfermedad ataca principalmente á los sugetos sanos y de buena *constitucion*. Pero estos autores no han tomado en sus observaciones por *espasmos de la glotis* verdaderas *eclampsias* con *sufocacion*? Esto es lo que examinaré mas adelante. En diez y seis casos que tengo á la vista, la laringitis estridulosa ha acometido indiferentemente á sugetos fuertes ó débiles que gozaban perfecta salud, y durante el curso de otra enfermedad de las vias aéreas: con todo, este es un punto importante que no se puede juzgar definitivamente.

Segun Guersant, la laringitis estridulosa atacaria principalmente á los niños de la clase acomodada ó rica, y la laringitis pseudo-membranosa á los de la clase pobre. En efecto, el doctor Blache (2) ha notado que en el espacio de tres años no se ha visto en el hospital de niños mas que un solo caso de *crup falso*, al paso que los de verdadero *crup* son todos los años muy numerosos. Estos datos tienen sin duda su valor, pero sería de desear que otras investigaciones exactas resolviesen completamente la cuestion.

Sin embargo, en el *invierno* es cuando se observa el mayor número de laringitis estridulosa. Así es que Kerr, entre otros varios, afirma que no ha visto esta enfermedad sino en esta estación. Los hechos que tengo á la vista prueban tocante á este punto lo siguiente: de diez y siete casos, nueve se han manifestado en invierno, tres en primavera, tres en estío y dos en otoño. Es verdad que este es un bosquejo de estadística del que no se puede deducir nada de positivo, pero que viene en apoyo de la opinion general.

2.º Causas ocasionales.

Hasta el presente solo se ha indicado una causa ocasional; la cual es la *influencia del frio*. Es cierto que las observaciones no son muy esplicitas acerca de este punto; pero si se considera que la enfermedad aparece sobre todo en invierno, que está constituida por una inflamacion ligera, ó para servirme de una expresion usada hace ya mucho tiempo, por una inflamacion catarral de la mucosa de la laringe, se admitirá sin dificultad la accion de esta causa. Por lo demás, como se ve, este es un punto de etiologia muy poco profundizado todavía.

(1) Kerr, *On laryngismus stridulus, etc.* (*Edimb. med. and surg. Journal*, vol. XLIX, p. 344, 1838).

(2) Blache, *Du croup et du pseudo-croup.* (*Arch. gén. de méd.*), 1.ª série, t. XVII, p. 512.

§ III. Sintomas.

Se deberá estudiar la *invasion* de esta afeccion con el mayor cuidado, porque constituye uno de los mejores medios de distinguir la laringitis estridulosa de la laringitis pseudo-membranosa, cuya gravedad es tan diferente.

Sintomas de la invasion. Segun Wichmann, Bretonneau (1) y Guersant, el *crup falso* llama la atencion por su *invasion* repentina y violenta, y estos dos últimos autores le han visto aparecer comunmente en medio del sueño. Los autores ingleses han insistido menos en esta particularidad de la *invasion*; mas sin duda depende de que la mayor parte de las veces no han sido tan severos respecto al diagnóstico como los médicos franceses. En efecto, ya veremos despues que han admitido muchas afecciones crónicas con *sufocacion* entre los casos de laringitis estridulosa.

En algunas observaciones mas completas que las demás, y especialmente en un caso citado por Bretonneau (2), se ve que el primer acceso de *sufocacion* ha sido precedido durante algunas horas de una ligera *ronquera* sin *calentura*, la cual no llamaba la atencion de los padres del enfermo. En las observaciones recogidas por Juriné y analizadas por Rilliet y Barthez, hubo *lagrimeo*, *coriza*, *postracion* y aun un poco de *fiebre*. Por otra parte no son raros los casos de *crup falso* que sobrevienen al fin de una afeccion que ha interesado mas ó menos la laringe; de suerte que nos vemos inclinados á creer que la laringitis estridulosa empieza por una leve inflamacion de la mucosa, cuyos sintomas pueden pasar al principio desapercibidos. Por lo demás, parece que Guersant mismo es de este parecer cuando considera á la enfermedad como una simple laringitis superficial que toma una forma particular.

Sintomas de los accesos. Como quiera que sea, lo cierto es que ya durante el sueño ó mas rara vez en el estado de *vigilia*, se ve que sobreviene rápidamente una *agravacion* tal de los sintomas, y sintomas nuevos tan alarmantes que se puede creer que es repentina la *invasion* de la enfermedad. El niño despierta sobresaltado ó bien se detiene en medio de sus juegos, y se declara una *tos fuerte*, *sonora*, *ronca*, que á veces produce un sonido particular, comparado por algunos autores á los ladridos de un perro pequeño, cuyo sonido se oye durante los esfuerzos convulsivos de la *espiracion*. Esta *tos* vuelve por accesos mas ó menos prolongados y muy incómodos.

Al mismo tiempo la *respiracion* es *acelerada*, *entrecortada*, *anhelosa* y se produce durante la *inspiracion* un ruido agudo, mas chillon que el de la *coqueluche*, al cual se ha designado con los de *respira-*

(1) Bretonneau, *Des inflamm. spéciales du tissu muqueux, etc.*, Paris, 1826, p. 265.

(2) Bretonneau, *Loc. cit.*, p. 273.

ción estridulosa, sibilante, ronca, sonora y canto de pollo. Los médicos ingleses son los que principalmente han usado esta última expresión. Semejantes fenómenos merecen toda nuestra atención, porque por espacio de mucho tiempo han servido para caracterizar el crup, cuando resulta de observaciones recientes que más bien pertenecen á la laringitis estridulosa que al crup propiamente dicho. Estos sonidos particulares han valido á la enfermedad los nombres ingleses de *crowing inspiration, laryngitis striduleuse*, etc.

Quando el niño experimenta un poco de calma, se queja ó grita, entonces se pueden observar las alteraciones de la voz, la cual es ronca, áspera, pero conserva siempre cierto grado de fuerza. En los escritos de los autores ingleses hemos encontrado algunas observaciones en las que se hace mención de la *afonía*; pero los sujetos en quienes se ha observado este síntoma no estaban atacados de una simple laringitis estridulosa si no que experimentaban accidentes nerviosos de los que eran una simple complicación la sufocación y la afonía. A veces, sin embargo, la voz puede extinguirse durante los accesos. Jurine y Bretonneau han citado algunos ejemplos de ello, pero estos casos son raros.

El dolor que puede experimentar el enfermo en la región laringea no ha llamado suficientemente la atención de los observadores, porque sin duda la prestaban toda á los síntomas de sufocación y de asfixia. Solo en uno de los casos que hemos reunido, en el cual aunque existía era poco intenso, se ha reconocido el dolor producido por la presión en la laringe.

Sucede lo mismo con la *espectoración mucosa* de que los autores hablan poco; pero algunos indican solamente una espectoración de moco, sin vestigios de falsas membranas, de sangre ni de ningún otro producto morboso.

La *inspección* de la faringe que tanto importa hacer en semejantes casos, dá á conocer la presencia de alguna falsa membrana, al paso que apenas hay una ligera rubicundez de la mucosa.

Mientras que el niño experimenta síntomas tan penosos está en la mayor ansiedad. Su *cara* se inyecta y presenta síntomas de congestión; los labios particularmente se ponen amoratados; un poco más tarde se observa una palidez espantosa y los ojos espresan el terror. El doctor Henderson (1) ha notado que los ojos estaban urañados. El enfermo echa la cabeza hácia atrás para respirar, lleva la mano á su cuello, y hay algunas veces cierta distorsión de los miembros ó ligeras convulsiones en los esfuerzos de inspiración; en una palabra, se observan todos los síntomas de la asfixia. Tal es el *acceso* de la laringitis estridulosa en su más alto grado de intensidad.

Al cabo de un tiempo variable, que no se ha determinado, pero que rara vez pasa de una hora, pero que Jurine ha visto durar seis

(1) Hendersou, *Observ. on the diseases prevalent among the natives of Hindostan.*

horas con algunas remisiones, los accesos de tos empiezan á disminuir de intensidad, la respiración es menos ruidosa, menos precipitada y menos entrecortada. La tos no es tan seca, y se oye que se desprenden algunas mucosidades. Poco á poco se disipan los síntomas de ansiedad y los signos de asfixia, y no queda de un estado tan alarmante más que un cansancio proporcionado á la violencia del acceso.

Movimiento febril. Los autores están acordes en decir que en la afección que nos ocupa hay poca ó ninguna fiebre. Es cierto que en los casos evidentes de esta enfermedad, cuya historia he recorrido, la calentura era poco considerable; sin embargo, cuando el mal tiene alguna intensidad, el movimiento febril es bastante notable, como se puede ver en la observación referida por Bretonneau, una de las mejores que tenemos. Pero este movimiento febril, cuando se verifica, no se hace bien perceptible hasta que la enfermedad ha durado cierto tiempo, y á lo menos después del primer acceso; de suerte que no es la falta de calentura la que debe llamar la atención, sino su poca relación con los síntomas alarmantes de este primer acceso. La aceleración del pulso y el aumento del calor nunca llegan á un grado estremado.

Solo hemos hablado de ligeros movimientos convulsivos en lo más fuerte del acceso, y en el momento en que la sufocación es más alarmante. Sin embargo, muchos médicos ingleses, entre los cuales citaré á Henry Rees (1), J. Cheyne (2) y Clarke (3) han descrito estensamente las convulsiones que en semejantes casos se presentan en algunos niños, y han insistido mucho sobre su importancia. Leyendo sus observaciones y sus descripciones generales me he convencido de que han mirado como propias de la laringitis estridulosa verdaderas convulsiones de eclampsia, ya porque una laringitis complicase esta última enfermedad, ó ya porque el espasmo de la glotis no fuese en estos casos más que un simple síntoma.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

La laringitis estridulosa es una enfermedad cuyo *curso* es agudo, pues en pocas horas aparece el primer acceso y la enfermedad llega á su más alto grado de intensidad. La forma del acceso es esencialmente propia de esta enfermedad y le dá un aspecto particular. Sin embargo, se advierte en las observaciones que he recogido con el mayor cuidado, que subsisten algunos síntomas entre los accesos. Estos síntomas son con bastante frecuencia muy ligeros; así es que no se observa más que un poco de ronquera, cierto estorbo en la laringe, accidentes que

(1) Henry Rees, *On the species of convulsions in infants*, etc. (*The Lancet*, vol. 1, p. 679, 1834).

(2) J. Cheyne, *The cyclop. of pract. med.*, art. *croup*.

(3) Clarke, *A peculiar species of convulsions in infant children.*

cualquiera se vería inclinado á mirar como una consecuencia de grandes esfuerzos de tos y de inspiraciones, pero que anuncian una pequeña inflamacion de la mucosa laríngea, puesto que son los mismos que existían antes del acceso. Siendo éstos síntomas los de la laringitis simple ligera descrita mas arriba, á que se debe mirar mas bien como una simple indisposición que como una enfermedad real, no es sorprendente que se hayan visto algunos niños que se han entregado á sus juegos casi inmediatamente después del acceso, y éstos casos han podido hacer creer que había una intermitencia completa.

Puede suceder que la enfermedad, ya se la combata con los remedios oportunos ó que se la abandone á si misma, no presente mas que un solo acceso, de lo cual hay un ejemplo en una observacion publicada por el doctor Jonatham Couch (1); pero las mas veces se presentan nuevos accesos con intervalos que varían, una ó muchas veces en veinticuatro horas. Wichmann y Guersant han observado que la repetición de los accesos se verificaba por la noche. Este último autor ha notado igualmente que la violencia de los accesos iba siempre aumentando desde el primero: la observación de Bretonneau nos ofrece un ejemplo en apoyo de esta asercion.

¿Cuál es la causa de esta intermitencia, de estos accesos separados por intervalos de calma tan notables, en una afección en que admitimos una inflamacion que persiste durante todo el curso de la enfermedad? Valleix no podia conocer la acción de los fenómenos reflejos tan bien estudiados en estos últimos tiempos; así con Bretonneau aceptaba como causa de la intermitencia de la sufocación un aumento igualmente intermitente en la tumefacción de la mucosa laríngea. El mismo Trousseau rechaza esta aplicacion y admite el espasmo laríngeo. La sensibilidad de la mucosa es esquisita, la menor irritación se siente y trasmite al centro común, que responde por una contracción brusca y enérgica de los constrictores de la glotis; hoy no es dudoso que las cosas pasen de este modo.

Segun Guersant, la enfermedad dura de tres á quince dias; sin embargo he hallado algunos casos en que ha durado un mes. Guersant piensa que cuando sucede así, «las mas veces la calentura y la duración de la enfermedad son el resultado de todas las medicaciones mas ó menos activas, que nunca dejan de ponerse en práctica para combatirla, porque se la confunde generalmente con el crup (2). Es de sentir que por una analisis exacta no se haya puesto este punto fuera de duda. Se han citado casos de espasmo de la glotis que duraron muchos

(1) Jonatham Couch, *Observations on croup* (*Annals of med. and surg.* v. 1, p. 274, 1817).

(2) El Doctor Kellie citado por J. Cheyne llega hasta pretender que entre el verdadero crup y el crup espasmódico ó laringitis estridulosa no hay otras diferencias que el grado de violencia y de intermitencia ó la continuidad de los síntomas. Este modo de ver es completamente contrario á los hechos.

meses y aun mas de un año; pero en estos casos, ó bien ha habido varios ataques de laringitis estridulosa á grande distancia unos de otros, ó bien el espasmo de la glotis no era mas que un síntoma de una afección convulsiva general.

Cuando se trata de indagar cuál es la terminación de esta enfermedad se ofrecen nuevas dificultades. Los dos observadores mas exactos, Bretonneau y Guersant, nunca han visto que la laringitis estridulosa cause la muerte; pero por el contrario, en las observaciones recogidas por los médicos ingleses, se ven cierto número de ejemplos de terminación fatal. ¿En qué consiste esta diferencia? Siempre tiene la misma causa. Muchos de estos autores no han sido bastante severos en el diagnóstico, y siempre que han visto sobrevenir rápidamente, habiendo una buena salud aparente, un acceso de sufocación, han creído que existía la enfermedad de que tratamos; y el confundir muchas afecciones de diferente gravedad es lo que ha introducido el error en los resultados que han obtenido. Con todo, no se debe deducir de un modo absoluto de las observaciones de Bretonneau y Guersant que la enfermedad jamás es mortal, puesto que en los escritos de Home, de Millar, de Wichmann, de Vieusseux y Lobstein se encuentran casos mortales que no se pueden referir sino á la laringitis estridulosa, y que Guersant mismo considera como incluidos en el número de esta afección. Trousseau dice sobre este particular (1), aunque en la mejoría de los casos la angina estridulosa sea de una notable benignidad, no por eso ha dejado algunas veces de producir la muerte. Cita una observación en apoyo de esta asercion.

En resumen, desde que se ha cesado de confundir la laringitis estridulosa con el crup, y se la combate por medio de un tratamiento sencillo, la laringitis estridulosa es una inflamación poco profunda de la laringe, que dá lugar á accesos violentos, que por lo general no dura mas que una laringitis simple ligera, y que apenas se la ha visto terminar por la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

«Como nunca he visto, dice Guersant, á un solo enfermo que haya sucumbido de resultas de esta afección, á no ser que fuese complicada, no puedo presentar los caracteres anatómicos del crup falso, porque no son desconocidos.» Bretonneau (2) se espresa casi de la misma manera, y añade: «Sin duda las lesiones de la glotis ó de la laringe, que producen la tos y modifican el metal de la voz son bien ligeras, puesto que los síntomas generales que las acompañan son tan poca graves y tan fugaces.» Las noticias que acerca de este punto nos suministran las observaciones son mas vagas; pues de ellas resulta que,

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel Dieu.*

(2) Bretonneau, (*loc. cit.*, p. 264.)

como lo habia previsto Bretonneau, las lesiones encontradas despues de la muerte son muy ligeras. En algunos casos se ha notado un poco de moco, una ligera rubicundez, pero las mas veces los autores se contentan con decir que la laringe no presentaba alteraciones.

Hugh Ley (1) ha creido hallar la causa de esta enfermedad en la tumefaccion de las glándulas bronquiales que comprimiendo el nervio vago, producen un espasmo mortal de la glotis. Esta opinion singular ha sido refutada por Robertson (2), quien en casos semejantes á aquellos que Ley ha referido, no ha encontrado la lesion de que se trata.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Entre las enfermedades que algunas veces se han confundido con la laringitis estrídula, hay algunas que tienen su asiento en la laringe, y otras que ocupan partes mas ó menos distantes. Empecemos pues por las que residen en la laringe.

La *laringitis simple aguda* cuando es *leve*, presenta los primeros sintomas de laringitis estrídula; pero como no sobrevienen los accesos en la primera de estas dos afecciones, no es menester establecer el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones.

No sucede lo mismo con la *laringitis simple aguda intensa*. En la descripción de esta enfermedad se ha visto que habia momentos de exacerbacion en que la dificultad de respirar podia llegar al mas alto grado. Pero estas exacerbaciones no están en contraposicion con la poca gravedad de los sintomas antecedentes, hasta el punto de parecer accesos repentinos, mientras que por otro lado el dolor, el estorbo en la laringe, la tos, la alteracion de la voz, son mucho mas notables, y el movimiento febril sobre todo mucho mas considerable. En una palabra, por una parte hay accesos violentos y fuera de los accesos sintomas poco notables; por otra parte simples exacerbaciones y entre ellas sintomas siempre bastante graves, lo cual hace que estas dos afecciones sean muy diferentes una de otra.

Pero la enfermedad de que importa principalmente distinguir la que nos ocupa es del *crup (laringitis pseudomembranosa)*. El *crup* se distingue de la laringitis estrídula: 1.º en que los sintomas de la invasion son mucho mas graves en esta última enfermedad; la dificultad de respirar, el dolor de la laringe, son mucho mas intensos, y los sintomas generales mas alarmantes. Los accesos de sufocacion son por el contrario, y sobre todo el primero, menos violentos ó sobresalen menos, si es permitido esplicarse así, de los sintomas continuos. 2.º Los sintomas de la laringitis pseudomembranosa continúan siendo mas ó menos alarmantes en los intervalos de los accesos. 3.º En la la-

(1) Hugh Ley, *Observ. on the crowing inspir. of children*, etc. (London med. Gaz. feb. 1834, p. 702.)

(2) Robertson, *London med. Gaz.*, 29 Marzo, 1834, p. 968.

ringitis estrídula la voz está simplemente enronquecida, y en el *crup* muy alterada al principio y despues estinguida. 4.º Los niños atacados de *crup* presentan muchas veces un infarto de los gánglios linfáticos del cuello, que no existe en el *crup* falso. 5.º En la laringitis pseudomembranosa es muy frecuente arrojar por la espucion uno ó muchos pedazos de falsas membranas *crupales*, siendo así que nada de esto se advierte en la laringitis estrídula. 6.º Finalmente, examinando la faringe, cosa que nunca se deberá olvidar, se halla frecuentemente en el *crup* sobre las amígdalas la falsa membrana difterítica que jamás existe en el *crup* falso. Tales son las bases sobre las cuales el práctico deberá fundar este diagnóstico tan importante (1).

Se ha creido que en ciertos casos se podian confundir el *edema* de la glotis y la *coqueluche*, con el *crup* falso. Cuando haga la historia de estas afecciones hablaré de este punto de diagnóstico que realmente no ofrece dificultades graves.

Ya hemos dicho que los médicos ingleses han citado como *crup* falsos cierto número de casos de sufocacion con *convulsiones generales*. Estos autores consideran á la sufocacion como la enfermedad principal, sin duda porque sus sintomas son los mas alarmantes, y porque puede sobrevenir la muerte en su acceso, y no han suscitado la menor duda sobre la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, no pensamos que deba admitirse su opinion, y para que se pueda juzgar acertadamente, vamos á esponer en pocas palabras los sintomas que han atribuido á la enfermedad, tomando la descripción de William Kerr, como la mas

(1) Se puede reunir á este diagnóstico el que Rilliet y Barthez han tomado de Wichmann, lo que prueba que este autor habia observado atentamente los hechos. Héle aquí.

ASMA ESPASMÓDICO.

- 1.º Aparece repentinamente y el primer ataque se manifiesta comunmente por la noche.
- 2.º Es siempre esporádica.
- 3.º La tos, cuando existe, es seca, sin ninguna expectoracion.
- 4.º Falta el dolor, ó se halla reemplazado por una constriccion en todo el pecho.
- 5.º La tos es ronca y hueca.
- 6.º No existe calentura.
- 7.º Los accidentes alternan con intermitencias, durante las cuales los niños gozan de buena salud.
- 8.º La enfermedad es de naturaleza convulsiva, y reclama un tratamiento antiespasmódico.

ANGINA SEUDOMEMBRANOSA.

- 1.º Aparece y se desarrolla lentamente. El primer acceso se presenta comunmente de dia.
- 2.º Por lo general reina epidémicamente.
- 3.º Se espelen por la tos y el vómito capas de materias puriformes y concreciones cilindricas.
- 4.º Hay dolor en el conducto aéreo, y se percibe por el tacto una ligera tumefaccion al nivel del sitio dolorido. Esta tumefaccion no es sensible á la vista.
- 5.º La voz tiene un timbre sibilante muy especial.
- 6.º Hay calentura.
- 7.º Los accidentes continúan sin interrupcion; no hay intermitencias manifiestas.
- 8.º La enfermedad es de naturaleza inflamatoria, y reclama un tratamiento antiflogístico.