

clara y mas completa. «Es posible, dice este autor (1), que el médico sea llamado apresuradamente porque hayan sobrevenido convulsiones, accidente que acompaña al *laryngismus stridulus*... Con el tiempo, la enfermedad llama la atención, porque durante su curso se agregan síntomas nuevos á los muy sencillos de la afección de la glotis. Los pulgares están doblados hácia la palma de las manos, estas se hallan cerradas, y cuando se han abierto á la fuerza, se cierran inmediatamente; los piés están inclinados hácia abajo y adentro, y el dorso de los piés y de las manos aparece hinchado. Despues del acceso, los pulgares están á veces tan rígidos, que el niño no puede coger los objetos, y hay una *paralisis temporal de las manos*... En una época mas avanzada apenas se puede tener en pié, y los que tienen poca edad experimentan mayor dificultad de hablar.» En cuanto al número de ataques y á la duración de la enfermedad, Kerr dice, que «unas veces hay de veinte á treinta accesos en algunos dias, y otras no se cuenta mas de uno solo en el espacio de *muchas semanas*.»

Creo que esto parece suficiente para manifestar la inmensa diferencia que hay entre esta afección y la que he descrito en este artículo. Por una parte vemos una enfermedad aguda, de corta duración, que no ofrece, por decirlo así, sino síntomas locales, y que apenas presenta algunos movimientos convulsivos en lo mas violento de los accesos; por otra, una enfermedad crónica que dura muchos meses, notable por los síntomas nerviosos y convulsiones, como las que solo se observan en las verdaderas neuroses. Se ve, pues, que no pueden reunirse bajo el mismo nombre dos afecciones tan desemejantes. Añadiré tambien que en tales casos es cuando las mas veces ha sobrevenido la muerte, y cuando se han encontrado las lesiones de las membranas cerebrales indicadas mas arriba. Me parece que la mayor parte de los hechos citados por los autores ingleses pertenecen á la *eclampsia* (2); ¿y no habrá algunos que se deberán referir á una inflamación crónica de las meninges? La descripción de las lesiones no es bastante exacta para que se pueda responder á esta pregunta.

Por una analogía mas que forzada, se ha querido referir la sufocación observada en el *histérico* (3) á una angina convulsiva ó laringitis estridula; pero creo inútil establecer un diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones.

El *asma tímico*, de la que se han citado numerosos ejemplos, y han descrito los médicos alemanes, presenta gran semejanza en algunos puntos con la laringitis estridula; pero como se conoce im-

(1) William Kerr, *On laryngismus stridulus or spasm of the gloti*. Edimb. med. and surg. Journ., vol. XLIX, p. 344, 1838.

(2) Esta manera de ver, deducida del estudio de las observaciones, ha sido adoptada despues por Trousseau y Herard (*Du Spasme de la glotte*, tésis, Paris); y parece que lo es tambien en la actualidad por la mayor parte de los médicos franceses.

(3) Boherhaave, *Angina convulsiva*. Thomas Laycock, *Spasme de la glotte*. Lond. med. Gaz., vol. XXII, p. 205; 1837-1838.

perfectamente en Francia esta enfermedad, me parece que antes de presentar el diagnóstico diferencial conviene que se haya hecho su historia. Por lo tanto, remito al lector el artículo á donde se trata de ella.

El *asma agudo de Millar* ha dado mucho en qué entender á los autores, quienes han tratado de distinguir esta pretendida afección del crup falso, como de todas las que tienen su asiento en la laringe. Pero basta recorrer con atención la Memoria de Millar (1) para ver que este autor ha dado el nombre de *asma agudo* á toda afección aguda de las vias respiratorias que produce accesos de sufocación mas ó menos marcados. Así, pues, confundía bajo el mismo nombre la laringitis simple aguda, la laringitis estridula, el crup y la bronquitis capilar purulenta ó pseudo-membranosa. Prueban esto los detalles anatómicos en que entra el autor acerca de una sustancia dura, gelatinosa, que obstruía los bronquios, y la descripción de los síntomas del segundo grado del asma agudo (2). Por consiguiente, tampoco se puede establecer un diagnóstico.

¿Se podrá confundir con el falso crup la *bronquitis capilar sufocante*, sobre la cual ha publicado un escrito muy importante el doctor Fauvel? Si se considera que la disnea es esencialmente intermitente en aquel, y continúa en esta última enfermedad; que la calentura que apenas se percibe en la laringitis estridula, es notable en la bronquitis capilar purulenta ó pseudo-membranosa, y finalmente, que hay en esta afección un grande estertor sub-crepitante ó sonoro que no existe en la primera, se conocerá que es muy fácil evitar el error.

Los síntomas de la laringitis estridula pudieran confundirse mas bien que los de la laringitis simple, con los que resultan de la introducción de un cuerpo extraño en la laringe; pero en este diagnóstico adquiere grande importancia la ligera ronquera de la invasión, porque con los signos conmemorativos constituye casi la única diferencia que existe entre las dos afecciones. Quizás en semejante caso sería útil la auscultación de la laringe; pero los experimentos no son aun bastante numerosos para decidirlo.

Los signos diagnósticos que preceden solo consisten, como se ve, en simples gradaciones, pues que ambas enfermedades solo difieren entre si por su forma é intensidad.

(1) Millar, *Obs. sur l'asthme et le croup*, traducción de L. Sentex; Paris, 1808.

(2) En la actualidad, que las investigaciones mas exactas que se han hecho han ilustrado estas diversas enfermedades, es evidente que esta denominación de asma agudo de Millar debe desaparecer del vocabulario médico, así como la enfermedad compleja á que se refiere debe suprimirse en el cuadro nosológico. Este es el único medio de que cese la confusión que esta pretendida afección ha introducido hasta el presente en la historia de las enfermedades de la laringe.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° Signos distintivos de la laringitis simple aguda intensa y del crup falso.

CRUP FALSO (LARINGITIS ESTRIDULOSA).	LARINGITIS SIMPLE AGUDA INTENSA.
Antes del primer acceso de sufocacion, sintomas poco graves, una simple ronquera y poca ó ninguna fiebre.	Antes del primer acceso de sufocacion, sintomas bastante graves, dificultad de respirar, dolor, tos y calentura.
Primer acceso, muy violento y sin proporcion con los sintomas que le han precedido, y generalmente mas fuerte que los accesos siguientes.	Primer acceso, generalmente menos fuerte que los siguientes, que con frecuencia son poco intensos y dificiles de conocer.
Entre los accesos, calma perfecta, y muchas veces desaparicion casi completa de todos los sintomas.	Entre los accesos, continúan los sintomas locales, aunque en menor grado, y persiste la calentura.
Alteracion ligera de la voz.	Alteracion de la voz siempre muy notable, y algunas veces afonía.

2.° Signos distintivos de la laringitis pseudo-membranosa (crup), y de la laringitis estridula (crup falso).

CRUP FALSO.	CRUP.
Los sintomas de la invasion son repentinios.	Los sintomas de la invasion son insidiosos.
En los intervalos de los accesos, faltan completamente los sintomas.	En los intervalos de los accesos, los sintomas son siempre alarmantes.
Voz poco alterada.	Voz muy alterada y estinguida.
No hay infarto de los gánglios linfáticos del cuello.	Infarto frecuente de los gánglios linfáticos del cuello.
No hay expectoracion de falsas membranas.	En gran número de casos hay expectoracion de falsas membranas laríngeas (signo patognomónico).
No hay falsa membrana sobre las amígdalas.	Falsa membrana sobre las amígdalas.

3.° Signos distintivos de la sufocacion que sobreviene en la eclampsia y el crup falso.

CRUP FALSO.	ACCESOS DE SUFOCACION DE LA ECLAMPسيا.
El acceso sobreviene en el curso de una afeccion aguda.	El acceso sobreviene en el curso de una afeccion convulsiva crónica.

Convulsiones ligeras, solamente en los accesos de sufocacion. Convulsiones violentas, de las cuales la sufocacion es una consecuencia.
Despues de los accesos no hay alteracion de los movimientos. Despues de los accesos hay parálisis incompleta de los miembros (Kerr).

4.° Signos distintivos del crup falso y de la bronquitis capilar sufocativa.

CRUP FALSO.	BRONQUITIS CAPILAR SUFOCATIVA.
Disnea intermitente.	Disnea continua.
Poco ó ningun movimiento febril.	Movimiento febril notable.
Pocos ó ningunos estertores.	Muchos estertores sub-crepitantes y sonoros.

5.° Signos distintivos del crup falso y de la introduccion de un cuerpo extraño en la laringe.

CRUP FALSO.	CUERPOS EXTRAÑOS DE LA LARINGE.
Tos ligera, ronquera antes del primer acceso.	Ni hay tos, ni ronquera antes del acceso.
Commemorativos: ningunos.	Commemorativos: puede saberse que el niño ha jugado con un cuerpo extraño que ha introducido en su boca.

Pronóstico. El crup falso es una afeccion mas alarmante que grave. Sin embargo, como se ha dicho ya, hay algunos casos auténticos de terminacion funesta. ¿Se deberá, como lo hace Guersant, atribuir formalmente esta terminacion fatal de una enfermedad inocente, á la violencia de un tratamiento activo dirigido contra el crup? Si se considera que en manos de este práctico los medios mas sencillos han logrado el más feliz resultado, nos vemos inclinados á adoptar esta opinion. Por desgracia los hechos son insuficientes para resolver completamente esta cuestion; pero con todo, es cierto que con los conocimientos que tenemos en la actualidad, y suponiendo que el tratamiento sea convenientemente dirigido, se puede predecir una feliz terminacion de la laringitis estridula, si no es complicada.

Ya se ha visto que el primir acceso de sufocacion era muy violento, y que los demás perdian en seguida gradualmente su intensidad; mas como sucede lo contrario con la laringitis aguda intensa y en la laringitis pseudo-membranosa, se deduce que si á un acceso muy imprevisto se sigue una calma profunda, un estado de salud casi perfecto, y despues un segundo acceso menos violento, se debe creer que se trata de un crup falso, y esperar un terminacion favorable.

§ VII.—Tratamiento.

Es muy difícil apreciar rigurosamente el valor de las diversas medicaciones propuestas contra la laringitis estridula; ¿mas tendremos precision de indicar las causas de esta dificultad? Habiéndose confundido esta enfermedad, primero con el crup y despues con afecciones nerviosas primitivamente estrañas á la laringe, se ha aplicado las mas veces el mismo tratamiento á casos heterogéneos, lo que ha hecho imposible todo resultado positivo.

No obstante, examinando los hechos particulares, y aplicándoles los principios del diagnóstico indicados anteriormente, he llegado á descubrir cierto número de casos de laringitis estridula en los cuales se habian usado diversas medicaciones, y que me servirán para estudiar el tratamiento. Empecemos, pues, por el tratamiento simple propuesto por Bretonneau y Guersant.

1.º *Demulcentes, emolientes.* Es muy notable que Guersant sea casi el único que haya insistido en el uso de estos medios poco violentos. Formándose la mayor parte de los autores una idea falsa del estado nervioso en que se hallaban los sugetos, ha dirigido contra él remedios mas ó menos activos. Guersant opina, por el contrario, que las *tisanas* y las *pociones demulcentes* son una parte muy importante del tratamiento, y los resultados de la práctica vienen en apoyo de esta proposición.

2.º *Laxantes, purgantes.* Este es tambien un medio que han puesto en uso Bretonneau, Marsh (1) y Kerr (2). Bretonneau usa con preferencia la *jalapa unida á las calomelanos* y la *emulsion de aceite de ricino*, cuyas fórmulas espondré en las *prescripciones*. Kerr ha administrado el *aceite de croton tiglio*, el *ruibarbo*, la *magnesia*, etc., y dice que sabe del doctor Hill, de Greenock, que una *mistura de aceite de trementina* y de *aceite de ricino*, es casi un específico contra esta enfermedad. Pero debemos recordar que el doctor W. Kerr es uno de los autores ingleses que han dado mas estension al *laryngismus stridulus*, y que por consiguiente se debe admitir sus aserciones con la mayor reserva.

3.º *Vomitivos.* Guersant no los aconseja sino en los casos en que la enfermedad tiene cierta intensidad, cuando hay calentura y grande agitacion. Pero otros muchos médicos, entre los cuales se puede citar á Lobstein (3), Vieusseux (4) y especialmente á Couch (5), consideran á los vomitivos como muy eficaces y casi como específicos. Es cierto

(1) Marsh, *The Dublin hospital reports*, vol. V, p. 600; 1830.

(2) Kerr, *On laryngismus stridulus*, *The Edimburg med. and surgic.*, (Journal, vol. XLIX, p. 343; 1838).

(3) Lobstein, *Mem. de la Soc. méd. d'emul.*, 8.º an. II parte, p. 500; 1817.

(4) Vieusseux, *Observ. sur le croup*, (*Journal de méd. de Corvisart*, t. XII, p. 422; dec. 1806).

(5) Couch, *Observ. on croup*, (*Annl. of med. and surgic.*, vol. I, p. 274; 1817).

que siempre tenemos que hacer la misma objecion á estos autores, á saber: que han confundido el crup, el crup falso y la eclampsia con respiracion estridula, y que siendo el diagnóstico incierto, los resultados sacados de sus observaciones no pueden ser rigurosos. Los vomitivos mas generalmente usados son el *tártaro emético* y la *ipecacuana*, y particularmente el primero. Ley (*loc. cit.*) ha propuesto el *sulfato de zinc*, pero ha tenido muy poco uso. No hablaremos aqui del *sulfato de cobre*, porque este medicamento, preconizado como un remedio poderoso que por si solo puede destruir rápidamente la enfermedad, merece estudiarse aparte. Se ha dado el *tártaro estibiado* á dosis bastante alta. Hé aqui la fórmula indicada por Lejeune (1) en un caso de laringitis estridula en un niño de diez meses:

T. Tartrato antimónico potásico.	5 centig.
Agua.	30 gram.
Jarabe de malvabisco.	45 gram.

Mézclese. Se toma en dos veces con diez minutos de intervalo.

Esta dosis no produjo ningun accidente á pesar de la poca edad del enfermo; antes por el contrario, al dia siguiente tenia una mejoría notable. En un niño de mas edad se puede aumentar la dosis hasta 1 decigramo, pero será inútil pasar de esta cantidad, pues se obtiene el efecto emético que se quiere producir. El doctor Couch ha repetido el vomitivo tres ó cuatro veces en una noche, cuando los accidentes persistian, y dice que siempre ha tenido motivos para felicitarse por haber obrado así. Es escusado decir que esta asercion, que puede ser muy exacta, no se funda en una análisis rigurosa de los hechos.

4.º *Sanguijuelas, sangrias.* Guersant no recomienda las evacuaciones sanguineas sino en los casos muy graves; pero otros autores las prescriben en casi todos los casos. En cuanto á Bretonneau, tambien ha recurrido á ellas en los casos graves, pero con mayor frecuencia que Guersant. Si recordamos que estos dos autores no han perdido ni uno solo de sus enfermos, admitiremos necesariamente que se puede omitir sin temor las evacuaciones sanguineas, á no ser que la disnea sea muy grande, la calentura muy fuerte y el acceso muy largo y muy violento. El número de *sanguijuelas* varia de dos á diez, segun la edad de los niños. En cuanto á la sangría no debe hacerse sino en los niños de ocho años á lo menos. Generalmente se practica la *sangría del brazo*, no obstante algunos autores recomiendan mucho la sangría de la yugular, y entre otros citaremos á P. Frank (2) y al doctor Kerr (*loc. cit.*), pero aun está por demostrar la superioridad de esta última.

5.º *Tópicos irritantes, vejigatorio.* Para completar el tratamiento adoptado por los médicos que se han ocupado mas de esta enfermedad, diré algunas palabras acerca de los *revulsivos*. Estos medios no

(1) Lejeune, *Observ. sur le croup*, etc. (*Journal de méd.*, t. XXV, p. 434, Octubre, 1812).

(2) *Tratado de médecine pratique*; Paris, 1812, t. II, p. 450.

forman parte del tratamiento de Guersant; pero Bretonneau usa con frecuencia los *vejigatorios*, que han sido preconizados por Rosen de Rosenstein (1), Vieusseux, Couch, etc. El doctor Rees (2) es el único que indica que este medicamento es un medio funesto; pero está muy distante de apoyar esta asercion en pruebas suficientes, y por otra parte es de aquellos autores cuyo diagnóstico es muy incierto.

Una vez admitida la utilidad del vejigatorio, se ha preguntado en qué sitio se le debía aplicar. Unos, como Chambon (3), Vieusseux, etc., quieren que se apliquen entre las escápulas; pero el mayor número aconseja que se le ponga sobre la misma region afectada, es decir, á la parte anterior del cuello. Si se hubiesen ya aplicado sanguijuelas en este punto, seria preciso, segun el precepto de Rosen, aplicar dos vejigatorios á las partes laterales del cuello, lo mas cerca posible de la laringe.

El mismo Rosen aconseja frecuentemente una cataplasma de cenave, que no es otra cosa que un sinapismo hecho con la mostaza silvestre ó mostaza de los campos. Hé aquí cómo procedia:

Se coloca al rededor del cuello una cataplasma emoliente que contenga un poco de mostaza silvestre (*sinapis arvensis*), y se la deja aplicada hasta que la piel se ponga rubicunda y parezca que se ván á levantar ampollas en diferentes puntos.

T. Hojas de malva. 45 gram.

Se cuece en agua comun hasta que se reduzca á pulpa, y se añade hácia el fin de la ebullicion:

Mostaza silvestre quebrantada. 8 gram.

Se aplica esta cataplasma al cuello del niño y se renueva cuando se enfria.

Se ha dicho si estas aplicaciones calientes repetidas no podian producir un efecto contrario á aquel que los médicos se proponen con ellas, produciendo una congestion peligrosa hácia los órganos ya irritados; pero Rosen no ha tratado de resolver esta cuestion.

6.º *Resúmen, prescripciones.* Tal es el tratamiento que tiene en favor suyo la esperiencia mas positiva; mas como los medios que le componen no son aplicables á todos los casos indiferentemente, voy á especificar estos casos en las prescripciones siguientes.

Prescripcion I.

En un caso de una intensidad regular (poca fiebre con tranquilidad en el intervalo de los accesos).

(1) Rosenstein, *Traité des malad. des enfants.*, trad. de Le Febvre de Villebrune, p. 498.

(2) Rees, *On the species of convulsions*, etc. (*The lancet.*, vol. I, p. 679; 4830-31).

(3) Chambon, *Des malad. des enf.*, t. I, París, año VII, *Du croup.*

1.º Para bebida: solucion de jarabe de goma ó bien infusion de flores de malvabisco endulzada con jarabe de culantrillo.

2.º T. Infusion de flores de violetas. 130 gram.
Goma arábica. 3 gram.
Jarabe de manzanas. 30 gram.

Mézclese. Se toma en cinco ó seis veces en las veinticuatro horas.

3.º Si el niño tiene bastante edad (seis años ó mas), recibirá una fumigacion en la garganta con un fuerte cocimiento de malvabisco.

4.º Se mantendrá el vientre libre por medio de una lavativa emoliente, administrada todos los dias.

5.º Dieta.

Prescripcion II.

En un caso en el que los sintomas sean muy intensos:

1.º Tisana: como anteriormente.

2.º *En los niños de uno á tres años (1)* se aplicarán dos sanguijuelas á la region laringea, conteniendo la sangre despues de que se desprendan. En los niños de mas edad se aumentará el número de sanguijuelas segun la edad y la robustez.

3.º *En los niños muy pequeños* se administra el jarabe de ipecacua-na á cucharaditas hasta que produzca vómitos.

Despues de los dos años.

T. Tártaro estibiado. 2 á 3 centigram.
Agua. Medio vaso.

Se toma en una ó dos veces, favoreciendo el vómito haciendo tragar, si es posible, agua tibia.

En una edad mas adelantada se puede elevar la dosis del tártaro estibiado hasta 5 á 10 centigramos en muchas veces; pero es inútil prescribirle en mayor cantidad.

4.º Un vejigatorio volante en la region de la laringe.

5.º Una lavativa de agua de malvabisco con tres ó cuatro cucharadas de aceite de olivas.

6.º La fumigacion como la de la prescripcion anterior.

7.º Dieta absoluta, y no se deberá permitir que el niño se levante de la cama, aunque la mejoría sea considerable.

Estos medios bastan por lo comun; pero si los sintomas persistiesen, se recurrirá al siguiente tratamiento:

Prescripcion III.

En un caso semejante al precedente, en un niño de mas de seis años:

(1) Algunos autores hacen mencion de casos de crup falso que se han presentado pocos dias despues del nacimiento; en estas circunstancias no se deberian prescribir sanguijuelas ó no poner sino una sola.

- 1.º La misma tisana.
- 2.º El vejigatorio, la fumigación y las sanguijuelas.
- 3.º Cataplasmas sinapizadas á las pantorrillas.

4.º	T. Aceite de ricino.	
	Mucilago de goma tragacanto.	aa. 25 gram.
	Agua comun.	170 gram

Se pone el mucilago en un mortero de mármol, y se tritura sin cesar, añadiendo alternativamente el aceite y el agua en pequeñas cantidades; despues se vierte poco á poco el resto del agua sobre el mucilago emulsionado. Se toma en dos veces, ó mejor en una si es posible.

Tambien se puede prescribir las pildoras purgantes siguientes:

T. Jalapa.	4 gram.	
Calomelanos.	5 declgram.	
Jarabe simple.	C. S.	

Mézclese y H. S. A. diez pildoras, de las cuales se tomarán dos al dia.

3.º	T. Agua de lechuga.	75 gram.
	Jarabe de adormideras blancas.	15 gram.
	Jarabe simple.	10 gram.

Para tomar á cucharadas.

- 6.º Dieta absoluta y quietud en la cama.

Tales son los medios sencillos que en la actualidad se emplean mas generalmente contra una enfermedad mas alarmante que peligrosa. Veamos ahora los que algunos autores han preconizado con el mayor calor, fundándose en cierto número de hechos.

Prescripcion IV.

Graves, citado por Trousseau (1), hace colocar bajo la barba y por delante del cuello del niño una esponja empapada en agua tan caliente como pueda el enfermo soportarla. Esta operacion se repite diez ó quince minutos seguidos; produce en la piel una especie de fluxion bajo cuya influencia cesa la opresion de un modo muy notable, y la tos pierde su ronquera. Independientemente de su eficacia tiene en su favor esta medicacion la sencillez, y á veces suele bastar para hacer cesar todos los accidentes.

Antiespasmódicos. Los accesos de sufocacion se han atribuido á veces á un espasmo de la glotis, por lo que se han administrado los antiespasmódicos.

En primera linea es preciso poner la *asafétida*, que era el medica-

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel Dieu*, Paris, 1865, t. I, p. 520.

mento predilecto de Millar. Hé aqui cómo este práctico dirigia su tratamiento:

Prescripcion V.

TRATAMIENTO DE MILLAR EN UN NIÑO DE UNO Á DOS AÑOS.

1.º	T. Asafétida.	8 gram.
	Acetato de amoniaco.	30 gram.
	Agua de poleo.	90 gram.

Disuélvase. Se toma á cucharadas de media en media hora.

- 2.º Cada ocho horas se deberá administrar el enema siguiente:

T. Asafétida.	8 gram.	
Cocimiento simple emoliente.	90 gram.	
Aceite de olivas.	30 gram. (1).	

Para una lavativa.

3.º	T. Agua de menta piperita.	25 gram.
	Quina en polvo muy tenue.	130 centigram.
	Jarabe de clavel.	8 gram.

Hágase pocion.

Se añadia la quina á los antiespasmódicos para evitar la repeticion de los accesos, á los cuales suponía Millar cierta periodicidad.

Se puede decir de este tratamiento, como de los precedentes, que si no ha sido perjudicial, á lo menos nada prueba incontestablemente su eficacia positiva.

Tambien se ha empleado muchas veces el *alcanfor* contra esta enfermedad, y Wolff le unia al carbonato de amoniaco de la manera siguiente:

Mistura alcanforada.

T. Carbonato de amoniaco.	40 centigram.	
Alcanfor.	25 centigram.	
Jarabe de malvabisco.	13 gram.	
Mucilago de goma.	15 gram.	
Agua de sauco.	90 gram.	

Mézclese. Se toma á cucharadas de hora en hora.

¿Cuál es la eficacia real de este medicamento? Esto es lo que no es posible saber por falta de buenas observaciones. Segun Guersant, el alcanfor es útil, igualmente que la asafétida, en el *crup nervioso*. ¿Pero acaso existe un *crup* puramente nervioso? Este es un problema mas que resolver.

Los medios que se han enumerado están lejos de ser los únicos que se han aconsejado, pues si quisiera mencionarlos todos tendria otros muchos mas que citar. Entonces deberia hablar de las *sales de zinc*,

(1) Millar ordenaba esta lavativa tan corta, con el objeto de que pudiera retenerse.

de hierro (Elliotson), de los ácidos minerales (Ley), de las lociones frías (Marsh), del sulfato de quinina, del succinato de amoníaco (Vieusseux), etc., etc.: mas ¿qué ventaja sacaría el práctico de la estensa enumeracion de estos remedios, siempre mal experimentados, y cuyos resultados positivos nos son desconocidos? Por esto nos limitamos á mencionar el opio, empleado por Vieusseux y Henderson, el cual puede usarse como medio auxiliar.

Se debe practicar la traqueotomía en la laringitis estridulosa? Es evidente que no es posible establecer una regla fija; pero ya se ha dicho que en algunos casos la enfermedad ha terminado por la muerte. Al médico toca apreciar la intensidad de los síntomas y la inminencia del peligro. Si la asfixia llegase á tal grado que no se pudiese esperar una terminacion feliz del acceso, seria preciso aplicar aquí la regla que debe servir de guía al médico en estas afecciones de la laringe: *la de practicar la operacion siempre que esté evidentemente en peligro la vida.*

PRECAUCIONES GENERALES.

- 1.º Desembarazar el cuello del niño de todos lazos y estorbos que le pudieran incomodar y dificultar la respiracion.
- 2.º Mantener la habitacion del enfermo á una temperatura de 14 á 15 grados del centígrado, haciendo húmedo el aire por medio de la evaporacion del agua.
- 3.º Evitar las corrientes de aire.
- 4.º Hacer que beba el niño lo mas á menudo que se pueda, para que la garganta se mantenga húmeda.
- 5.º Cubrirle con cuidado cuando los movimientos violentos del acceso le hayan hecho desarroparse.
- 6.º Cualquiera que sea el grado de tranquilidad en los intervalos de los accesos, no permitir que los niños se espongan al aire libre.

Tal es el tratamiento de una enfermedad que generalmente no se conoce bastante bien. Ya hemos visto que los medios que tenian á su favor la esperiencia eran los medios mas sencillos, los que siempre se deberán emplear en un principio por el práctico, á no mediar circunstancias escepcionales que no es posible preveer.

Breve resúmen del tratamiento.

- 1.º *Tratamiento sencillo, fundado en un diagnóstico seguro y en una observacion exacta.*
 - A. *Casos ligeros.* Demulcentes, emolientes, laxantes, cataplasmas irritantes á las estremidades.
 - B. *Casos graves.* Añádanse á los medios anteriores: purgantes mas activos, vomitivos, sanguijuelas, vejigatorio y sangrias.
- 2.º *Tratamiento preconizado sin pruebas suficientes:* sulfato de cobre, sulfuro de potasio, asafétida, alcanfor, sales de hierro, de zinc, succinato de amoníaco, etc.

ARTÍCULO III.

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.

Las laringitis crónicas simples incompletamente conocidas antes del empleo del laringoscopio, se han estudiado con mucho cuidado en nuestros tiempos, y su estudio ha producido un progreso bajo el punto de vista de la anatomía patológica y de los síntomas objetivos reconocidos directamente durante los actos funcionales laríngeos. Nos aprovecharemos de los trabajos de Mandl (1) y de Ludwig Turk, de Viena (2).

§ I.—Definicion y division.

La inflamacion crónica de la laringe puede afectar formas diversas. Si queda limitada á la mucosa y sus gánglios, será una laringitis crónica simple, que describiremos aparte. Las laringitis ulcerosas y el edema de la glotis tienen una gravedad escepcional y reclama un estudio especial.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

La *juventud* está exenta de esta afeccion á no ser que suceda al crup, como se verificó en dos casos citados por Belloc y Trousseau (3). Matthey Baillie afirma que esta afeccion es mas frecuente en los hombres que en las mujeres (4).

2.º Causas ocasionales.

1.º *Laringitis crónica leve.* Los sujetos que la padecen hacen habitualmente *grandes esfuerzos de voz*, los que á la larga acaban por alterar profundamente la pureza de los sonidos. Así se ve que los pregoneros, los vendedores ambulantes y los cantores de las calles, adquieren con frecuencia esta enfermedad y en su mas alto grado. Los cantores que solo están espuestos á fatigas momentáneas de la voz, y que por otra parte saben cuidarse, no presentan esta afeccion en tan alto grado; pero despues de fatigas mas ó menos prolongadas de la voz, esta que era clara se oscurece sensiblemente; la causa es la misma y produce los mismos resultados, pero en menor grado porque es mas débil.

Los *alcohólicos*, y sobre todo el esceso en las bebidas alcohólicas,

- (1) Mandl, *Gazette des Hopitaux*, 1860, 1861 y 1862.
- (2) Turk, *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx*, Paris, 1862.
- (3) Trousseau, *Traité pratique de la phthisie laryngée*, 1837, obs. 15.
- (4) Baillie, *Lectures and observ. on med.*, by late Matthew Baillie, Lon., 1825.