

lular sub-cutáneo de la region laringea. Algunas veces en las mismas partes infiltradas se hallan exulceraciones y un reblandecimiento mas ó menos considerable de la membrana mucosa, lesiones evidentemente recientes. En otros casos hay solo una simple rubicundez, á la que en un caso que cita Lawrence (1) se agregaron unas granulaciones en la superficie de la membrana.

Sestier (2) ha visto que la infiltracion afecta comunmente los dos repliegues ariteno-epiglóticos (105 veces de 152 casos) pero de un modo frecuentemente desigual, presentándose cilindróideos, por lo comun lisos, á veces arrugados y abollados. El orificio superior de la laringe está deformado, reducido á la forma de una hendidura lineal ó de un orificio mas ó menos redondeado que la epiglottis participa casi siempre de la infiltracion (74 veces de 81) teniendo la forma de una avellana ó de la estremidad del pulgar: que la infiltracion de la laringe es menos frecuente (52 veces de 72); la de la tráquea rara (6 veces de 152) y la de los bronquios escepcional (1 vez solamente).

Tales son las lesiones que pertenecen en propiedad á la laringitis edematosa ó seroso-purulenta. Solo añadiré dos palabras relativamente á las alteraciones recientes ó antiguas que han sido la causa primordial. Se hallan destrucciones mas ó menos profundas de la mucosa y del tejido sub-mucoso; la osificacion y la caries de los cartilagos que están negros, desprendidos, frágiles y nadando en el pus; abscesos bajo la mucosa laringea, comunicando unas veces con la cavidad de la laringe y otras enteramente aislados. Estos abscesos que contienen en algunos casos un pus flemonoso, presentan á menudo una sanie líquida. Se han hallado tambien perforaciones de los cartilagos, úlceras y abscesos de la faringe.

Hemos establecido anteriormente la frecuencia relativa de estas diversas lesiones (3).

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. La exploracion por el tacto ejercido en la parte superior de la laringe, ha sido considerada por unos como muy seguro y por otros como muy incierto. Tuillier fué el primero que tuvo la idea de introducir el dedo en la cámara posterior de la boca para reconocer el estado de las partes, y en el mayor número de casos llegó este autor á comprobar la existencia de dos rodetes blandujos, que formaban prominencia hácia atrás y sobre los lados de la epiglottis: pero algunas veces, y particularmente en un caso cuya observacion ha publicado Lisfranc (4) el mismo resultado, y recientemente Bricheateau ha he-

(1) Lawrence, *Med. chir. Trans. of London*, t. VI, p. 221, 1819.

(2) Sestier, *Loc. cit.*, p. 32 y sig.

(3) Valleix, *loc. cit.*, p. 89.

(4) Lisfranc, *Mém. sur l'ang. laryng. æd.* (*Journ. gén.*, t. LXXXIII, 1823).

cho reconocer á muchos médicos los dos rodetes que acabamos de indicar. Por otra parte, han asegurado muchos autores que el tacto no suministraba ningún signo de valor. ¿De qué depende esta diferencia de opinion acerca de un hecho que puede comprobarse físicamente? Probablemente de que no siempre la infiltracion tiene su asiento en los pliegues ariteno-epiglóticos, y que muchas veces ocupa las cuerdas vocales inaccesibles al tacto.

Resulta de esto, por una parte, que no debe echarse en olvido este modo de exploracion, puesto que puede suministrarnos un signo patognómico, y por otra, que no debe concedérsele una confianza ciega, porque puede existir la enfermedad de una manera evidente, sin que se reconozca por el tacto la tumefaccion de la laringe.

Para explorar la parte superior de la laringe por medio del tacto, es necesario que el enfermo abra le boca todo lo que le sea posible; en seguida se introduce el dedo índice sobre uno de los lados de la faringe, hácia la parte esterna de la epiglottis, y cuando su estremidad ha atravesado este opérculo, se la conduce hácia adentro, de modo que el pulpejo vaya á parar sobre la abertura de la laringe. Esta maniobra debe hacerse con rapidez á fin de no aumentar con ella la sufocacion.

Algunas veces es muy difícil llegar hasta la laringe, porque no puede el enfermo abrir bien la boca, lo cual sucede principalmente cuando hay una gran inflamacion de la faringe, como en uno de los casos que cita Bouillaud.

Exploracion laringoscópica. A la exploracion por el tacto es menester añadir hoy la exploracion por medio del laringoscopio de la que se deducen datos preciosos. Turck, Czermack, Gibb, describen la figura de las infiltraciones ariteno-epiglóticas representadas por el espejo laringeo.

Diagnóstico diferencial. Las enfermedades con las cuales pudiera confundirse la laringitis seroso-purulenta, son casi las mismas que pueden equivocarse con la laringitis aguda intensa. Vamos á examinarlas sucesivamente.

En la *laringitis aguda simple* hallamos un gran número de síntomas de la laringitis seroso-purulenta aguda; sin embargo, hay en esta última una dificultad en la respiracion mucho más marcada, y los ronquidos guturales, el rozamiento y los ruidos particulares que presenta en la inspiracion, no se manifiestan en tan alto grado en la laringitis simple aguda. Las accesiones de sufocacion son mucho más intensas y más marcadas. Si se hace la *auscultacion* en los diversos puntos del pecho, se nota que á pesar de los grandes esfuerzos de inspiracion apenas penetra el aire en el pulmon, y falta en efecto por completo ó casi enteramente el murmullo respiratorio. Finalmente, si se puede comprobar por el tacto la existencia de los rodetes edematosos, quedan desvanecidas todas las dudas.

La *laringitis crónica simple* ó *ulcerosa* no puede confundirse con la

enfermedad que nos ocupa á pesar de la alteracion de la voz. En la primera es poco considerable la disnea y no hay accesos de sufocacion. En la segunda cuando se presentan estos sintomas con gran intensidad, es porque la enfermedad termina por el edema de la glotis.

La *laringitis estridulosa* apenas ataca mas que á los niños, al paso que la que estamos tratando ejerce sus estragos en los adultos. La primera deja entre los accesos de sufocacion intervalos en los cuales los sintomas son muy ligeros y apenas está alterada la voz; estos signos bastan para distinguir las dos enfermedades.

La *laringitis pseudo-membranosa* no es tampoco mas difícil de distinguir; su existencia casi exclusivamente reducida á los niños y la presencia de la falsa membrana en la mucosa faringea, bastan comunmente para esclarecer el diagnóstico.

Por los conmemorativos podremos distinguir la afeccion que nos ocupa de la presencia de un cuerpo extraño introducido en las vias aéreas.

Quedan ahora las afecciones que ocasionan accesos de sufocacion, pero que no tienen su asiento en la laringe.

En un caso citado por Bayle y recogido por Cayol, se tomó un aneurisma de la aorta por un edema de la glotis. ¿Cómo podríamos establecer el diagnóstico en un caso semejante si volviese á presentarse? Los sintomas que aparecian en el enfermo eran los siguientes: voz ronca, respiracion difícil y ruidosa, silbido á cada inspiracion, dolor ligero en la laringe, tos y expectoracion de gran cantidad de materias viscosas y filamentosas. Ciertamente que habia en este caso algunos sintomas que podian inducir á error, tanto mas cuanto que el enfermo, que se quejaba á menudo de la laringe, habia padecido enfermedades venéreas. Pero mas tarde el analisis de la observacion demostró: primero, que el dolor de la laringe no era constante; segundo, que aun cuando la disnea aumentaba por momentos no habia habido verdaderas accesiones de sufocacion; y tercero, que la voz no estaba tan alterada como en el edema de la glotis. Estos signos serian pues suficientes, y si se añade á ellos el exámen de la laringe por el tacto á fin de descubrir el rodete, así como la auscultacion y la percusion torácicas, llegaria á obtenerse necesariamente un diagnóstico positivo.

Es muy probable que si se hubiesen tomado todas estas precauciones se hubieran evitado algunos errores que se hallan en los autores. Debemos no obstante convenir en que puede haber casos de difícil diagnóstico cuando cirujanos distinguidos se decidieron á practicar la traqueotomia en enfermos que lo que tenian era un aneurisma de la aorta, y hasta ha habido un caso (1), en que el operador tuvo la desgracia de abrir el tumor aneurismático.

En el caso en que habia simultáneamente un aneurisma de la aorta é infiltracion de los repliegues ariteno-epiglóticos, los sintomas

(1) Véase Cheyne, loc. cit.

del edema de la glotis podrian absorber por completo la atencion, tal es lo que refiere Dauvergne (1) de Tolon: «Todos los sintomas del edema de la glotis existian y cuando todo estaba preparado para hacer la traqueotomia, sucumbió el enfermo repentinamente. Se demostró por la autopsia la rotura de un aneurisma de la aorta. La infiltracion sanguinea era muy considerable sobre la pared lateral izquierda, y desde este punto se estendia hasta el repliegue ariteno-epiglótico izquierdo; el tejido celular sub-mucoso estaba infiltrado de sangre en este limite y distendido en forma de cresta de gallo. De una coloracion morada ocupaba toda la longitud del repliegue de centimetro y medio de altura, movable por su base y podia moverse durante la inspiracion sobre la abertura de la laringe á modo de válvula y oponerse á la entrada del aire en el pecho: de aquí los sintomas observados en el último tiempo de su existencia.»

El exámen de las observaciones que hemos reunido para nuestra memoria (véanse pág. 372 y siguientes) nos ha demostrado que un absceso de la pared posterior de la faringe, y hasta la simple infiltracion purulenta de esta parte, podian hacer creer la existencia de un edema de la glotis, habiendo sido tan grande la semejanza de los sintomas en casos de esta especie, que se ha llegado á practicar la traqueotomia. Así resulta de una de las observaciones que hemos citado (2). El doctor Sime (3) practicó la operacion y con ella se obtuvo un alivio inmediato; pero á los pocos dias murió el enfermo y solo se halló una infiltracion purulenta de la faringe, y la laringe estaba enteramente sana.

En los casos citados por Balloc (4), Priou (5) y Carmichael (6) habia un absceso considerable.

Como acabamos de indicar, los sintomas son en estos casos parecidos á los del edema de la glotis, y solo por la inspeccion y por el tacto se puede llegar á formar el diagnóstico. Cuando hay absceso se percibe en el fondo de la faringe un tumor, que por el tacto se reconoce que es fluctuante, al mismo tiempo que nos aseguramos de que no hay rodete ariteno-epiglótico. Si es una infiltracion, este último sintoma es el verdaderamente útil; mas sin embargo, se puede apreciar por la vista la inflamacion de la faringe.

(1) Dauvergne, Gazette medicale de Paris, 15 de julio, 1852.

(2) Valleix, loc. cit., ob. II, p. 465.

(3) Véase Med. chir. Review, abril, 1841.

(4) Ballot, Observations d'asphyxie par la va peur du charbon, et reflexions sur le mode d'action de l'air froid generalement conseillé pour combattre cet acciden. (Archiv. gén. de méd., 1.^a série, t. XXI, p. 564).

(5) Priou, Séances de l'Acad. de méd., 1830.

(6) Carmichael, Edimburg. med. chir. Trans., 1820.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° Signos distintivos del edema de la glotis y de la laringitis aguda simple.

EDEMA DE LA GLOTIS.	LARINGITIS AGUDA SIMPLE.
Accesos de disnea muy intensos.	Accesos de disnea menos manifiestos é intensos.
Ronquidos guturales; ruido de frotacion, inspiracion aguda muy marcada.	Respiracion mas ó menos fuerte, pero sin ruidos particulares.
Murmullo respiratorio muy débil y casi nulo en todos los puntos del pecho.	Murmullo respiratorio mas ó menos fuerte.
Se percibe por el tacto un rodete en la parte superior de la laringe (signo patognomónico).	No hay rodete prominente en la parte superior de la laringe.

2.° Signos distintivos del edema de la glotis y del crup falso.

EDEMA DE LA GLOTIS.	CRUP FALSO.
Casi nunca ataca mas que á los adultos.	Casi nunca ataca mas que á los niños.
Entre los accesos de sufocacion, sintomas bastante intensos.	Entre los accesos, sintomas ligeros.
Voz siempre muy alterada en todo el curso de la afeccion.	Voz muy poco alterada en los intervalos de los accesos.

3.° Signos distintivos del edema de la glotis y del crup.

EDEMA DE LA GLOTIS.	CRUP.
Ataca á los adultos.	Ataca principalmente á los niños.
Espectoracion mucosa, mucoso-purulenta ó saniosa.	Por lo comun fragmentos de falsa membrana en la materia de la espectoracion.
Faringe en estado normal ó tan solo inflamada y ulcerada.	Las mas veces falsas membranas en la faringe.

Debemos aplicar á todos estos diagnósticos diferenciales una observacion general, relativa al edema de la glotis, provocado por los progresos de una inflamacion ulcerosa crónica, y es que basta por si solo el curso de la enfermedad para disipar todas las dudas. Asi, pues, cuando en una afeccion de la laringe que ha presentado durante un espacio de tiempo mas ó menos largo los sintomas descritos en el articulo *Laringitis ulcerosa*, sobrevienen accesos de sufocacion y todos

los accidentes que dejamos espuestos, debe diagnosticarse una laringitis edematosa ó sero-purulenta, escluyendo todas las demás afecciones que acabamos de mencionar.

4.° Signos distintivos del edema de la glotis y del aneurisma de la aorta.

EDEMA DE LA GLOTIS.	ANEURISMA DE LA AORTA.
Dolor constante en la faringe.	Dolor ligero en la laringe y no constante.
Accesos de sufocacion bien manifiestos.	Disnea continua, que aumenta tan solo por intervalos.
Voz muy alterada; grandes esfuerzos para hacerse oír.	Voz muy poco alterada; solo un poco de ronquera.
A la auscultacion y á la percusion no hay ningun signo de aneurisma de la aorta.	Por la auscultacion y á la percusion se reconoce los signos de un aneurisma de la aorta que comprime la tráquea.

5.° Signos distintivos del edema de la glotis y del absceso faringeo.

EDEMA DE LA GLOTIS.	ABCESO FARÍNGEO.
No hay tumor fluctuante en la faringe.	Tumor fluctuante en la pared posterior de la faringe.
Rodetes aritenoepiglóticos.	No hay rodetes aritenoepiglóticos.

La falta de los rodetes es el único signo importante que sirve para distinguir la *infiltracion purulenta* de las paredes de la faringe del edema de la glotis.

Edema latente. (1) Por nuestras investigaciones acerca de esta enfermedad hemos adquirido la conviccion de que el edema de la glotis puede existir en estado latente; Louis (2) ha citado algunos hechos de este género. En tales casos los enfermos están completamente estenuados y los accesos de sufocacion se pierden en medio de los sintomas de la agonía. Asi, pues, el diagnóstico no tiene una verdadera importancia.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es generalmente muy grave, puesto que en treinta y nueve casos que tengo á la vista, solo se han obtenido nueve curaciones, proporcion que debe todavia disminuirse mucho si se reflexiona que en enfermedades de esta especie hay gran prisa en publicar los casos de curacion, y los funestos quedan por lo comun sepultados en el silencio.

(1) Valleix, *Loc. cit.*, p. 171.

(2) Louis, *Rech. sur la phthisie*, 2.ª ed., Paris, 1843; y *Rech. sur la f.év. typh.*, 2.ª ed., Paris, 1842.

La enfermedad es mucho menos grave cuando la afeccion que ha dado origen al edema es superficial ó puramente inflamatoria, que cuando es efecto de alteraciones profundas. Así de los nueve casos de curacion que tengo á la vista, hay cinco que han curado sin el auxilio de la traqueotomía, y cuatro de ellos pertenecen evidentemente á la inflamacion simple, y hasta probablemente en el quinto sucederia lo mismo. Por el contrario, en los casos que ha sido necesaria la traqueotomía en tres habia úlceras antiguas. Por regla general, cuanto mas intensa es la inflamacion, es mayor la gravedad del pronóstico.

§ VIII.—Tratamiento.

El tratamiento de una enfermedad tan temible debe ser enérgico. Todos los autores están de acuerdo sobre este punto. ¿A qué medios debemos dar la preferencia? Como en todas las enfermedades muy graves no nos debemos limitar al empleo de un solo medicamento en la laringitis edematosa ó sero-purulenta. Se les suele usar á la par y simultáneamente, por lo cual es muy difícil apreciar la accion propia de cada uno.

Antiflogísticos. En casi todos los casos se ha apelado á la sangría, ya general, ya local, y fácilmente se concibe que debia suceder así en una afeccion, resultado, ó de una flegmasia muy aguda ó de los progresos rápidos de una inflamacion antigua. La sangría general ha sido recomendada principalmente por Bayle y Miller, Cheyne y Legroux. Este último ha empleado las sangrias repetidas al mismo tiempo que las sanguijuelas; pero al mismo tiempo tiene cuidado de advertir que se debe ser muy sóbrio en la aplicacion de este medio cuando se trata á sugetos debilitados, y que es necesario suspenderle cuando á pesar de repetidas sangrias el alivio es poco considerable. Es mas que probable que la sangría tenga su grado de utilidad, pero tambien es cierto que en ningun caso ha bastado por sí sola para obtener la curacion. Es, pues, un medio con el cual solo podrá contarse como un auxiliar de la accion de los demás remedios. ¿Son mas eficaces las *sanguijuelas*? Nada resulta de las observaciones, y ni aun puede saberse si han procurado alguna vez un alivio positivo. Ordinariamente se usan al mismo tiempo que la sangría general, y Bayle aconseja aplicarlas al ano.

Como se ve no consideramos á las emisiones sanguíneas como un medio muy eficaz; pues sin embargo, se nos ha atacado por haberlas aconsejado, aunque con estas restricciones. Pero ya he hecho notar en otro trabajo (1) que basta para que se deba emplear un medio terapéutico que procure un alivio manifiesto.

Revulsivos. Es raro que no se agregue á la accion de la sangría la de los revulsivos, y así se aplican al rededor del cuello vejigatorios y sinapismos, y se hacen en la misma region fricciones irritantes, etc. El

(1) *Loc. cit.*

vejigatorio ha sido aplicado por Bayle, Bouillaud, Patissier, Miller, Beddingfield, etc., quienes emplearon generalmente cantáridas anchas dejándolas fijas. Este es uno de los medios que menos deben descuidarse; pero no por esto puede decirse que haya bastado para curar la enfermedad, porque en ninguna ocasion se ha empleado solo. Por nuestra parte hemos visto dos casos en que habiéndose aplicado un ancho vejigatorio á la parte anterior del cuello, al mismo tiempo que se administraba el emético en lavativa, se disiparon rápidamente todos los accidentes del edema de la glotis. Estos dos casos recayeron en dos mujeres que padecian hacia ya muchos años úlceras evidentes de la laringe. En uno de estos casos, entre otros, la sufocacion, que habia durado casi sin interrupcion veinticuatro horas, llegó á tan alto grado, que se discutió si debia ó no practicarse la traqueotomía. Pero habiéndonos citado Vidal (de Cassis), muchos casos en que con el vejigatorio asociado al emético, se habia obtenido un éxito completamente feliz, hemos empleado esta medicacion que produjo los mejores resultados. El vejigatorio es tambien uno de los medios que mas confianza inspiran á Sestier. Los vejigatorios que han conseguido tan buenos efectos eran de grandes dimensiones y ocupaban la parte anterior y los dos lados del cuello. Algunos médicos creen que vale mas aplicar una cantárida á cada lado del cuello, á fin de dejar libre la region laringea para la traqueotomía, caso que llegase á ser necesaria esta operacion; pero este no es un motivo suficiente, porque la existencia del vejigatorio no constituye en realidad el menor obstáculo, ni impide por consiguiente que se practique esta operacion. Se han colocado tambien los vejigatorios en la nuca, en la parte superior del pecho, á los brazos y á los muslos; pero es dudoso que estos exutorios, y con particularidad los últimos, hayan producido el efecto que de ellos se esperaba.

Los *sinapismos* se han empleado con menos frecuencia, y casi Bayle y Miller son los únicos que citan casos en que se ha hecho uso de este medio como agente principal. En estos casos se observó que la aplicacion de los sinapismos fué seguida de un alivio casi instantáneo, y el que refiere Bayle, cuya observacion pertenece á Merat, presenta sobre todo la particularidad de que el uso de los sinapismos produjo una infiltracion notable de la parte anterior del cuello, y al mismo tiempo una remision manifiesta de todos los síntomas. Los detalles que dá Merat me parecen bastante interesantes para que deba reproducirlos aqui.

«Los dias 1.º, 6, 11 y 24 de agosto se aplicaron sinapismos á la region laringea; el primer dia á la parte media de este órgano, el segundo al lado izquierdo, el tercero al derecho, y el cuarto á la parte inferior. Los dos primeros sinapismos produjeron una tumefaccion notable del tejido celular sub-cutáneo y hasta de la piel, que se puso muy rubicunda, y aun cuando no hubo en este enfermo el menor indicio de edema en los piés ni en las manos, las partes rubicundas se infiltraron de una manera tan manifiesta, que comprimiéndolas con el dedo que-

daba la señal de la presión, y apretando una porción de piel entre los dedos, la serosidad refluía hacia el tejido celular inmediato. El tercer sinapismo produjo ya menos infiltración y el cuarto muy poca. Cada sinapismo estuvo aplicado cinco horas, y según se iban aplicando disminuía la sufocación y remitían los demás síntomas.»

La acción de los sinapismos en este caso es digna indudablemente de llamar la atención; sin embargo, no se les debe dar más importancia de la que en realidad tienen, porque resulta de los pormenores de la observación que la enfermedad no tenía gran intensidad.

Ya hemos dicho que Hutchinson empleaba el *aceite de croton tiglio* en la laringitis; y como muchos casos en que se ha usado este medicamento pueden referirse á la afección de que estamos tratando, no debe echarse en olvido este agente terapéutico (véase pág. 412).

Fricciones mercuriales. Las fricciones mercuriales con tanta frecuencia empleadas en las diversas especies de laringitis, se ha usado también en la edematosa, y particularmente Bricheteau las ha prescrito al mismo tiempo que el emético, y ha continuado con constancia en su aplicación; mas á pesar de haberlas usado hasta la salivación, no parece que hayan producido buen resultado, excepto en un solo caso. Se practican estas fricciones, ya en el cuello, ya en otro punto más ó menos distante. Bricheteau mandaba hacer fricciones al vientre y á los muslos con 25 gramos al día de unguento napolitano.

También se ha dado el mercurio interiormente, empleando por lo común los *calomelanos*. Thompson (1) aconsejó administrar 5 centigramos cada seis ú ocho horas. No conocemos ningún hecho que pruebe de un modo exacto la eficacia de este medio.

En un caso en que ciertas cicatrices han hecho creer que había sífilis, Legroux recurrió al *ioduro de potasio*: los síntomas remitieron rápidamente y se obtuvo una curación completa (2). Este hecho no debe ser perdido para el práctico.

Vomitivos. El emético ha sido el que se ha administrado casi exclusivamente en la especie de laringitis de que estamos tratando, y ha sido recomendado en particular por Bayle y Cruveilhier y Legroux. Se ha observado que unido á las fricciones mercuriales ha producido buenos resultados en un caso que cita Bricheteau, y yo he indicado otros en que unido al vejigatorio ha obtenido este medio un éxito completo. Así, pues, el emético es un remedio que no debe descuidarse, sin que por esto quiera decir que se le conceda una influencia tan grande como en el crup, porque aquí no hay falsas membranas que desprender.

Hemos referido (3) además del caso que hemos citado en el que se combinó el emético con el vejigatorio, una segunda observación que

(1) Thompson, *Chron. laryng.*, etc. (*The Lancet*, t. I, p. 543, 1834).
 (2) Legroux, *Bull. gén. de thér.*, abril y noviembre de 1846.
 (3) *Loc. cit.*, p. 180.

prueba los buenos efectos de este tratamiento, en que seguramente desempeña un gran papel el tártaro estibiado.

Purgantes. Sestier (1) alaba los buenos efectos de los purgantes empleados al principio cuando la angina está ligada con el anasarca ó la hidropesía, y después las emisiones sanguíneas y el vomitivo, si la angina edematosa es inflamatoria. Este médico recomienda sobre todo el *aceite de croton tiglio* á dosis de dos gotas en píldoras, y mas si es posible; en el caso en que la deglución es difícil se administra el aceite en una cucharada de agua muy azucarada, ó con jarabe, recomendando tragar de pronto el líquido.

Los *antiespasmódicos* y los *diuréticos* recomendados por Bayle solo obran como ayudantes, sin que hayan influido jamás de un modo notable en el curso de la enfermedad.

Medios directos. 1.º *Insuflación de sustancias pulverulentas.*—Rara vez se recurre á las insuflaciones en los casos de edema de la glotis confirmado. En uno que observó Legroux (2), se insufló varias veces en la laringe el *alumbre en polvo*; pero el enfermo sucumbió sin que este medio hubiese producido el menor efecto sobre la enfermedad. Nos inclinaremos poco á esta medicación, si reflexionamos que las insuflaciones son irritantes, y pueden, á lo menos por el momento, aumentar los accidentes; en efecto, en los casos en que se prescriben las insuflaciones en una laringitis ulcerosa crónica, se observa que inmediatamente después de la introducción del medicamento en la laringe sobreviene una sufocación que dura más ó menos tiempo. Es lástima que Legroux no nos haya dado á conocer los resultados inmediatos de estas insuflaciones.

Sestier (3) ha citado cinco casos de curación de siete enfermos, en los que hizo las insuflaciones con el alumbre, y según él debe emplearse de preferencia este medicamento cuando la angina laríngea es pasiva ó está próxima á este estado.

La dosis del alumbre debe ser de 2 á 4 gramos repetida tres ó cuatro veces al día.

Sin embargo, en el estado actual de la ciencia las insuflaciones de sustancias pulverulentas no pueden inspirar gran confianza.

Trousseau (4) refiere la historia de una mujer afectada de angina laríngea edematosa cuya curación se verificó en cuatro días por las inyecciones de agua pulverizada cargada de tanino en el fondo de la garganta, por medio del pulverizador modificado por Mathieu, aparato muy sencillo y de grande proyección.

Cuando el líquido medicinal se coloca en el recipiente basta hacer mover el pistón para poner el aparato en movimiento y lanzar á la boca ampliamente abierta una espesa nube de sustancia medicinal. Dos pe-

(1) Sestier, *Loc. cit.*, p. 277.

(2) Legroux, *Loc. cit.*, p. 94.

(3) Sestier, *Loc. cit.*, p. 290.

(4) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 1865, t. I, p. 530.