

queñas válvulas colocadas en el cuerpo de bomba esplican el mecanismo del pulverizador; la primera se abre del receptáculo al cuerpo de bomba y permite la entrada del líquido en esta, y la segunda situada

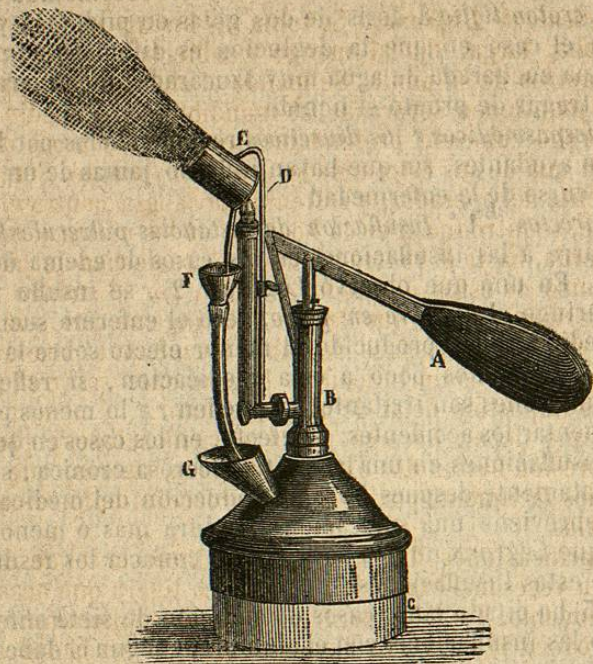


Fig. 4.—Pulverizador de Mathieu.—C, receptáculo de cristal.—G, embudo para la introducción del líquido.—B, cuerpo de bomba.—A, palanca para hacer mover el pistón.—D, chorro de líquido que va á chocar contra la pared superior del tubo.—E, F, pequeño embudo que conduce á G el líquido sobrante.

en el orificio inferior del conducto de salida se abre del cuerpo de bomba á aquel conducto.

La cauterización con la solución de nitrato de plata (1 gramo ó mas por 20 gramos de agua) le ha parecido á Sestier que ha obrado en tres casos de un modo ventajoso. La hemos practicado en un caso en que los accesos eran muy pronunciados y desaparecieron en cuarenta y ocho horas. El enfermo era un tísico.

Incisión, escarificación y dislaceración del rodete edematoso. Lisfranc (1) fué el primero que concibió la idea de hacer salir por medio de incisiones mas ó menos numerosas el líquido seroso ó sero-purulento que ingurgita el tejido sub-mucoso de la laringe, y cita este ciru-

(1) Lisfranc, *Mem. sur l'ang. laryng. œd.* (*Journ. gén. de méd.*, t. LXXXIII, 1823.)

jano cinco casos en los que se obtuvo por esta operación un alivio inmediato, y mas tarde una curación completa. En un sexto caso se ha practicado repetidas veces á intervalos variados, y solo obró como paliativo: habia lesiones profundas de la laringe, que llegaron al fin á causar la muerte del enfermo. Hé aquí cómo Lisfranc practicaba las escarificaciones.

Procedimiento de Lisfranc. Se toma un bisturi un poco corvo, de hoja estrecha, larga, fija al mango y cubierta con una cinta hasta 3 ó 4 milímetros de su punta. Se manda al enfermo que abra bien la boca, y se mantienen separadas las mandíbulas por medio de un pedazo de corcho colocado profundamente entre los arcos dentarios y sostenido en una de sus estremidades por un ayudante. Sentado el enfermo enfrente del operador, y sostenida la cabeza contra el pecho de un ayudante, se introducen en la boca los dedos índice y medio de la mano izquierda, hasta el rodete edematoso; se desliza de plano el bisturi por encima de estos dos dedos, cogido por el mango como una pluma de escribir, y luego que llega á la laringe se dirige el corte hácia delante y arriba, y despues de haber levantado el mango se le va bajando poco á poco comprimiéndole ligeramente sobre la punta. De este modo es imposible dejar de abrir el tumor.

Al principio deben hacerse pocas escarificaciones, porque empleando la presión bastan dos ó tres incisiones ligeras, que se multiplican despues fácilmente por el mismo procedimiento, si se conceptúan necesarias.

Estas escarificaciones, dice Lisfranc, producen la salida del humor infiltrado, y á veces una exudación sanguínea ligera que ocasiona una depleción saludable. Tambien contribuye mucho á disminuir el tumor la tos que provoca la caída de algunas gotas de serosidad en la laringe.

Los resultados inmediatos de estas escarificaciones pueden ser contrariados por una inflamación mas ó menos intensa que produzcan en la laringe y partes inmediatas, en cuyo caso se deben emplear las emisiones sanguíneas generales y locales que hacen desaparecer muy pronto esta inflamación traumática.

Antes de entrar en algunas consideraciones acerca de la operación propuesta por Lisfranc, vamos á esponer las modificaciones que á la misma ha hecho Legroux. Segun nos dice este autor, el recuerdo del hecho siguiente, que Marjolin refirió en sus lecciones, le sugirió la idea de intentar la dislaceración de la membrana mucosa. En un caso de angina edematosa empleó Marjolin, para rasgar la mucosa hinchada, un pedazo largo de raíz de altea que introdujo en la faringe hasta el exófago, y con la cual practicó movimientos de arriba abajo, y por consiguiente rozamientos sobre estos órganos. Esta operación obtuvo el mejor resultado. Hé aquí el procedimiento de Legroux:

Procedimiento de Legroux. «Corto, dice, la estremidad libre de la uña, de mi dedo índice, de modo que forme puntas agudas, y rasgo

hasta donde me es posible, la mucosa hinchada. Despues de esta operacion sale una gran cantidad de mucosidades.»

Legroux cita casos en que esta maniobra produjo un alivio casi instantáneo.

¿En qué consiste que despues de los hechos que acabamos de referir, las escarificaciones y la dislaceracion del rodete edematoso se hallan tan poco recomendadas? Debemos primero buscar la causa en la dificultad que se presenta frecuentemente de distinguir el rodete mismo, y otra razon es que detiene en general á los prácticos la persuacion en que están de que estas escarificaciones y rasgaduras solo producen la salida de una pequenísima cantidad de líquido infiltrado, aun en los casos en que el rodete es mas accesible.

La primera objeccion exige algunas esplicaciones. Es indudable que no siempre se puede reconocer el rodete, puesto que como lo ha demostrado Cruveilhier, la tumefaccion puede residir en la parte inferior de la laringe; pero este no es un motivo para rechazar este método curativo, sino para reconocer que solo es aplicable á cierto número de casos. En una palabra, se le debe intentar siempre que se perciba claramente el rodete edematoso.

En cuanto á la segunda objeccion, me parece mas teórica que práctica. Se han referido los esperimentos de Bayle, que hallaba dificultad en esprimir algunas gotas de serosidad de estos rodetes despues de divididos, y de aqui se concluye que la operacion de que nos ocupamos debe producir poquísimo efecto; pero las observaciones positivas que citan Lisfranc y Legroux, deben animar á los prácticos á seguir su ejemplo cuando se hallan en circunstancias semejantes.

Resta ahora la dificultad de la operacion. Es cierto que en algunos casos es muy difícil introducir el instrumento cortante hasta la abertura de la laringe, y esta consideracion hará que tal vez se prefiera el procedimiento adoptado por Legroux, y que ya habia indicado Lisfranc, cuando decia: «tal vez las uñas largas y cortantes bastarian para abrir el tumor.» Pero tambien puede temerse que estas rasgaduras y dislaceraciones de un tejido ya afectado, lleguen á ocasionar una inflamacion mas intensa que las simples escarificaciones. Hay pues, segun acabamos de ver, en esta cuestion de terapéutica, lo mismo que en tantas otras, problemas muy difíciles de resolver, y acerca de cuyo valor la observacion exacta decidirá. Nos contentaremos pues con añadir que los hechos de Legroux no son tan concluyentes como parece á primera vista, porque se han empleado al mismo tiempo que la dislaceracion de los rodetes vejigatorios anchos, cuyo medio ya sabemos que posee una actividad incontestable.

Procedimiento de Gordon-Buck (1). Este procedimiento tiene mucha analogia con el de Lisfranc, solo que el cirujano americano se sirve de un bisturi de hoja estrecha, romo en su estremidad y doblado

(1) Gordon-Buck, *Transaction of med. American associat; y Bulletin gen. de Ther.* 15 Marzo, 1860.

en ángulo casi recto en su quinto anterior. El feliz resultado obtenido por Leon Sorbetz (1) se debió al mismo medio.

Escarificador de Sestier (2). Sestier propone dos nuevos instrumentos. El primero que llama *escarificador de hoja de mirto*, tiene un vástago fijo sobre un mango y su estremidad encorvada termina en el sentido de su corvadura en una lámina cortante en forma de hoja de mirto con el corte lateral. Esta hoja introducida en el orificio superior de la laringe puede obrar en ciertos casos y de una sola vez sobre los dos rodetes; sirve tambien para escarificar la epiglotis y los repliegues glosa-epiglóticos.

El segundo instrumento al que Sestier llama *preso-escarificador* es una pinza de ramas entrecruzadas en cada estremidad, dobladas en ángulo ligeramente obtuso y con los bocados triangulares redondeados que es la forma que tienen los ligamentos ariteno-epiglóticos; en la cara interna de los bocados hay cuatro pequeñas hojas de una línea próximamente de elevacion y dentadas para coger mas bien punzando que cortando: un tope colocado en la inmediacion de los bocados los mantiene fijos á una pequeña distancia entre sí oponiéndose á que los ligamentos se cojan ó dividan de parte á parte.

Para servirse de este instrumento se coloca el enfermo en puente de una ventana sostenida la cabeza contra una almohada ó mejor sobre el pecho de un ayudante.

Las mandíbulas deben estar ligeramente separadas y sostenidas por medio de una cuña de madera ó de corcho; el operador coloca el indicador izquierdo sobre la línea media de la base de la lengua, que deprime fuertemente. Se introduce cerrado el instrumento; su estremidad rodea y eleva la epiglotis; entonces dirigiendo los bocados en sentido vertical se entreabre la pinza y guiándose por el indicador izquierdo y por las relaciones de las partes entre sí, se introduce uno de los bocados en el orificio superior de la laringe, y se cierra mas ó menos la pinza segun el espesor y resistencia del tejido infiltrado. Estos dos últimos tiempos de la operacion deben ejecutarse con prontitud. Cuando se ha verificado la operacion en un rodete se pasa al otro.

Por medio del presa-escarificador se practican muchas incisiones que actúan sobre toda la altura y anchura de los rodetes, distantes una cantidad conocida, bastante profundas y actuando á la par sobre las dos caras esterna é interna del rodete.

Se ejerce á la par una presion mas ó menos fuerte sobre ambos lados del rodete en el momento que se le incinde, además se obra rápidamente, sin correr el peligro de interesar otras partes que la epiglotis y los repliegues ariteno-epiglóticos; tampoco hay temor en virtud del tope á pasarlos completamente ni debe temerse una fácil hemorragia (3).

(1) Leon Sorbetz, *Gazette des hop.* 1863, p. 447.

(2) Sestier, *Loc. cit.*, p. 315.

(3) Sestier, *Loc. cit.*, p. 315.

Procedimiento é instrumento de Mandl (1). El instrumento (fig. 5) se compone de una cánula curva de extremidad olivar y de un vástago que á su extremo tiene una hoja; la parte olivar está provista de cuatro hendiduras de modo que pueda alojar la hoja en cada una de ellas. Cuando se dirige el instrumento hácia adelante se hace salir la hoja cortante por la extremidad olivar y haciendo girar el mango se

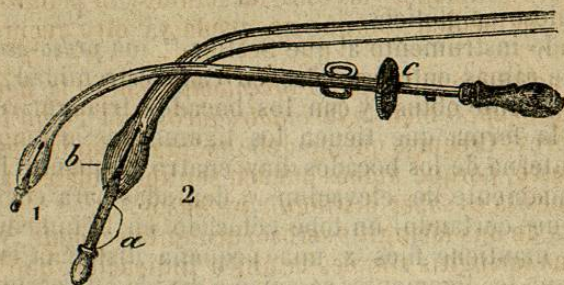


Fig. 5.—P, cánula de extremidad olivar.—e, vástago que tiene la hoja a en su extremidad.—b, hendiduras por las que ha de pasar la hoja.—c, rodete que tiene cuatro orificios que corresponden á las hendiduras de la extremidad olivar.

ejecuta su movimiento de rotacion para escarificar varios puntos sucesivamente. La rodela C lleva en su cara esterna cuatro agujeros correspondientes á las hendiduras de la extremidad, de modo que por medio de un pequeño boton colocado en el vástago cerca del mango y correspondiente á la parte saliente de la hoja, el operador sigue del modo mas exacto el punto sobre que opera y la hendidura en que hace entrar la hoja cortante.

Laringotraqueotomía. Es ya muy antigua la idea de recurrir á esta operacion en la laringitis edematosa, y no puede dudarse que muchos casos de angina en los cuales se ha aconsejado antes de ahora la traqueotomía, eran indudablemente laringitis edematosas. Pero apenas podemos hacer remontar á mas allá de Desault (1) la aplicacion metódica de esta operacion á los casos de que estamos tratando. Despues de este autor han puesto en práctica este medio muchos cirujanos franceses con éxito vario, y recientemente Trousseau y Belloc han hecho la traqueotomía en casos muy graves, y aun cuando no han logrado salvar á los enfermos, han conseguido casi siempre prolongar su existencia. Lawrence, Miller, Purdon, Bricheateau, A. Lefevre, Robert y Charcellay no han dudado apelar á esta operacion, y estos últimos han citado casos de curaciones en sugetos que indudablemente hubieran sucumbido si no se hubiera abierto un paso libre al aire. El hecho

(1) Mandl, *Gazette des hopitaux*, 1862, p. 313.

(2) Desault, *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 236, Paris, 1801.

que refiere Charcellay (1) es sobre todo de los mas notables. Era un enfermo que padecia un edema de la glotis causado por la ingestion del ácido sulfúrico, y en el cual se habia practicado la traqueotomía, habiéndose obtenido á los veintinueve dias la cicatrizacion completa. En seguida cometió el enfermo una imprudencia, se reprodujeron los sintomas, y Charcellay no dudó en practicar segunda vez la operacion sobre la cicatriz antigua y obtuvo la curacion radical.

La abertura de la laringe y de la tráquea se practicará cuando han sido ineficaces los demás medios, y particularmente los vejigatorios anchos, el tártaro estibiado y las escarificaciones. El peligro de la asfisia debe decidir al médico, porque no queda ya otro recurso de salvacion.

¿Debe practicarse la simple *traqueotomía*, como la hemos descrito en el artículo *Crup*, ó bien la *laringotraqueotomía* como lo han hecho algunos autores? Creemos que no debe adoptarse uno de estos métodos y escluir el otro, porque ambos pueden ser aplicables, y lo que únicamente se necesita es saber distinguir los casos.

Si se trata de una laringitis serosopurulenta reciente, y á la que ha precedido una laringitis simple, la única indicacion que hay que llenar es abrir paso artificial al aire, y para esto basta la traqueotomía. Si por el contrario es una laringitis ulcerosa crónica, que ha terminado por el edema de la glotis, puede lograrse un doble objeto haciendo la laringotraqueotomía, á saber: restablecer el paso del aire y poder aplicar al órgano enfermo tópicos activos. Si se creyera necesaria esta operacion, deberia practicarse del modo siguiente:

Laringotraqueotomía. Dispuesto todo lo mismo que para la traqueotomía, se hace partir la incision cutánea desde el borde inferior del cartilago tiroides y se la prolonga hasta dos pulgadas mas abajo. Se pone al descubierto el espacio cricotiroideo, la parte media del cartilago cricoides y los primeros anillos de la tráquea, cubiertos en general por el istmo del cuerpo tiroides; se corta la membrana cricotiroidea por encima y cerca del borde superior del cartilago, á fin de evitar la arteria que la cubre, y penetrando de este modo en el tubo aéreo, se cortan de arriba abajo las partes ya descubiertas separándose lo menos posible de la línea media.

Tal es el procedimiento que se sigue en la actualidad. Boyer empezaba la incision del conducto aéreo por la tráquea, y despues la prolongaba de abajo arriba hasta que cortase el cartilago cricoides. Pero aquí no tiene importancia como en la traqueotomía el abrir el tubo aéreo por abajo, porque como hay mas espacio, no hay riesgo de interesar, obrando de otro modo al prolongar la incision, los vasos gruesos situados en el vértice del pecho.

Despues de la curacion se seguirá la misma conducta que dejamos prescrita al tratar de la traqueotomía. No obstante, si se quiere apli-

(1) Charcellay, *Mém. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire* (véase *Bull. de thér.* 20 de Abril de 1849).

car medicamentos activos á la parte interna de la laringe, se debe esperar á que se hayan disipado los primeros accidentes de la operacion, y en seguida por medio de un pincel de hilas fijo á un mango, ó mejor con un pedazo de esponja sujeto á una ballena, se dirige al interior de la laringe uno de los varios cáusticos que hemos indicado en el artículo *Laringitis simple crónica*. No debe sin embargo creerse que se puede llegar siempre con facilidad al sitio de la enfermedad, porque muy á menudo las lesiones están fuera del alcance de nuestros instrumentos. En un caso que refiero en mis investigaciones y que se debe á Trousseau (1), se practicó la operacion estando el enfermo sentado, y sobrevino un síncope que fué muy pronto mortal: así no se debe elegir nunca esta posicion.

En ningun caso deben descuidarse despues de la operacion los medios que se crean capaces de hacer desaparecer la laringitis serosa ó seroso-purulenta, y no se tratará de ayudar á la cicatrizacion de la herida del conducto aéreo hasta despues de que se haya probado por repetidos ensayos que queda ya restablecido el paso del aire.

A veces queda despues de la operacion y cuando la cicatriz es perfecta, una abertura permanente que hace comunicar directamente la tráquea con el aire exterior, cuyo inconveniente puede remediarse por medio de la sutura, despues de haber refrescado los bordes de la abertura, ó si no prestan bastante los tejidos, se toma un colgajo de las partes próximas, como lo ha hecho una vez Velpeau con éxito feliz. Pero es tan poco lo que incomoda esta fistula á los enfermos, que algunos no quieren someterse á la operacion, como ha observado una vez Bricheateau, y por otra parte no es tampoco mas que un inconveniente ligero y que no merece detenernos por mas tiempo.

Casimiro Broussais (2) ha citado un caso en que despues de abierto el conducto aéreo se presentaron dos rodetes edematosos que obstruian la parte inferior de la laringe: se hizo la escision de estos rodetes y la operacion tuvo un éxito completamente feliz.

Resúmen, prescripciones. Presentaremos algunas prescripciones principales, aplicables á los casos de edema de la glotis desarrollado en el curso de la laringitis ulcerosa crónica.

Prescripcion I.

LARINGITIS EDEMATOSA AGUDA.

1.º Para bebida, infusion de flor de sauco, dulcificada con jarabe de altea.

2.º Una sangría del brazo de 500 gramos, que se repetirá por la tarde, si el enfermo es robusto; al mismo tiempo 25 ó 30 sanguijuelas á las partes laterales del cuello.

(1) Valleix, *Loc. cit.*, p. 187.

(2) Casimiro Broussais, *Annales de la med. physiol.*, febrero de 1829.

3.º Un vejigatorio ancho á la parte anterior del cuello, desde la parte superior de la laringe hasta el esternon.

4.º T. Agua destilada de lechuga. 160 gram.
Tártaro estibiado. 4 decigram.
Jarabe de ipecacuana. 60 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas cada cuarto de hora.

Se pueden disolver, si se cree conveniente, los 40 centigramos de tártaro estibiado en la bebida.

5.º Si se puede llegar hasta el rodete, se debe tratar de cortarle con la punta del bisturí ó rasgarle con la uña cortada en forma de punta aguda.

6.º Dieta absoluta.

Prescripcion II.

EDEMA DE LA GLOTIS DESARROLLADO EN EL CURSO DE UNA LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA.

1.º Para bebida, infusion de violetas azucarada.

2.º Sangrias y sanguijuelas, como en la prescripcion anterior, si el enfermo ha conservado sus fuerzas, y si está muy debilitado por un padecimiento largo, limitarse á 15 ó 20 sanguijuelas.

3.º Vejigatorio del mismo modo que en la prescripcion anterior. O bien

Sinapismos repetidos con frecuencia á la region laringea y partes laterales del cuello.

4.º Fricciones mercuriales con 15, 20 ó 25 gramos de unguento mercurial al vientre, á los muslos y á los brazos hasta que se presente la salivacion.

5.º Vomitivos, escarificaciones, dislaceracion del rodete, como en la prescripcion anterior.

6.º Régimen menós nuevo que en el caso anterior, á menos que los síntomas no adquieran una marcada agudeza.

En la laringitis aguda, como en la crónica, si los medios indicados no producen efecto sensible, si es inminente la sufocacion, se recurrirá á la *laringotomia* ó *langotraqueotomia*, segun los casos.

Tratamiento profiláctico. Se ha visto que los sugetos mas espuestos á la laringitis serosa ó sero-purulenta, eran los convalecientes de enfermedades agudas, y especialmente de las afecciones torácicas y de la fiebre tifoidea, los que tienen tendencia á padecer anginas, y últimamente los que tienen laringitis ulcerosa crónica. Los primeros deben huir con cuidado del frio y la humedad, y los últimos no solo evitar las variaciones bruscas de temperatura, la esposicion á la lluvia, las nieblas, etc., sino tambien separarse de las causas que puedan provocar una irritacion de la laringe, como hemos indicado en el artículo LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA.

Resúmen sumario del tratamiento. 1.º *Laringitis sero-purulenta aguda*. Antiflogísticos enérgicos; revulsivos, vomitivos, escarificaciones, dislaceración del rodete; traqueotomía.

2.º *Laringitis edematosa en el curso de la laringitis ulcerosa crónica*. Antiflogísticos menos enérgicos; revulsivos, vejigatorios, sinapismos, fricciones mercuriales, purgantes; escarificaciones, desgarradura del rodete, traqueotomía ó laringo-traqueotomía; aguas astringentes pulverizadas.

ARTÍCULO IV.

CRUP.

§ I. — Historia.

El crup parece haber sido conocido desde la mas remota antigüedad. Segun Bretonneau, la difteria fué importada de la Grecia por una numerosa sucesion de colonias egipcias, y recibió el nombre de *mal egipcio* ó *egipciaco*. Diez siglos despues describia Areteo la misma enfermedad.

Double (1) y Bretonneau (2) han demostrado que antes que él Bailou, Rosen, Carnevale y principalmente Ghisi, etc., la habian indicado de manera que no se la podia desconocer. Tambien se puede añadir, que en una época remota se tenian ya nociones sobre esta afeccion laríngea, que ha hecho perecer tan gran número de niños; solo que por falta de una observacion completa y exacta, y sobre todo careciendo de las luces anatómico-patológicas, se la confundia muchas veces con la mayor parte de las afecciones que causan la muerte por asfixia. La descripcion trazada por Home (3) es infinitamente superior á la que se habia publicado acerca del mismo asunto.

Pero en 1809 una epidemia de difteritis se estendió por toda la Francia, y Napoleon I abrió un gran concurso, proponiendo premios á las mejores Memorias sobre el crup. Desde esta época la historia del crup tomó un carácter eminentemente científico.

Swilgué (4), Jurine (5), Albers (6), Double, Valentin (7), Vieus-

(1) Double, *Traité du croup*, Paris, 1811.

(2) Bretonneau, *Des inflammat. spécial, du tissu mag. et en particul. de la diphthérie*, Paris, 1826.

(3) Home, *Recherches sur la nature, les causes y le trait. du croup*, Paris, 1809, traduccion de F. Ruete.

(4) Swilgué, *Dissertation sur le croup aigu des enfants*, Paris, 1802.—*Recueil des observations et des faits relatifs au croup*, redactado y publicado por la Facultad de Medicina de Paris, 1808.

(5) Jurine, *Traité du croup*, manuscrito.

(6) J. A. Albers, *Commentation de tracheine infantum vulgo croup vocata*, cui præmium ad imperatore Napoleone propositum ex demidia parte de la tum est. Lipsiæ, 1816, en 4.º

(7) Valentin, *Recherches historiques et pathologiques sur le croup*, Paris, 1812.

seux (1), tomando por base observaciones numerosas y mas completas que las de sus predecesores, vinieron entonces á aclarar muchos puntos oscuros. Sin embargo, todavía quedaba mucho que hacer, como lo ha probado Bretonneau en su excelente *Traité sobre la difteritis*. Esta obra ha derramado la mas viva luz sobre la anatomía patológica del crup, cuya relacion intima con la angina membranosa ha demostrado mucho mejor que lo habian hecho las investigaciones de Ghisi, Carnevale, Jonhston y Double. Por consiguiente, debemos á los trabajos de este médico y á los de Guersant (2) que los han apoyado el grado de precision á que han llegado la patologia y la terapéutica de la laringitis pseudo-membranosa.

Double ha publicado una Memoria muy estensa y bien presentada sobre esta afeccion (3).

Valentin y Bretonneau suministraron tambien datos muy importantes.

Posteriormente Trousseau (4) ha formado y dirigido la opinion sobre esta grave cuestion. Al infatigable celo y á la brillante práctica de Trousseau deben hoy los médicos franceses la marcada superioridad que tienen sobre los extranjeros en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad. A Bretonneau y á Trousseau corresponde el honor de haber propuesto y aplicado los primeros la traqueotomía al tratamiento del crup (5).

§ II.—Definicion, especies, sinonimia y frecuencia.

Definir el crup diciendo que es «una laringitis,» es olvidar que con frecuencia la enfermedad no ataca solo á la laringe, sino que se estiende á las amígdalas, al istmo de las fauces, á las fosas nasales, y á veces á la tráquea y á los bronquios; por lo tanto, no debemos decir que el crup es solamente una laringitis. Es cierto que la sufocacion se produce, sobre todo, porque se obstruye la laringe, y que la difteria laríngea es la mas temible de todas; pero no debe considerarse de un modo aislado. Además, conviene no llamar *laringitis* ó *inflamacion de la laringe* á este estado morbozo, que consiste en la aparicion de falsas membranas que nada tienen de comun con las flegmasias propiamente dichas. Es menester reconocer en la difteritis localizada en la laringe, además, una causa específica susceptible de presentarse en

(1) Vieusseux, *Observations sur le croup (Journal de medecine de Corvisart. t. XII)*.—*Memoire sur le croup ou angine tracheale*, Génova, 1812.

(2) Guersant, *Dictionnaire de medecine*, en 21 vol., art. CROUP, Paris, 1823, t. VI.

(3) Double, *Loc. cit.*, p. 151.

(4) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel Dieu*, 2.ª ed., Paris, 1865, t. I; p. 334.

(5) La discusion de la Academia de Medicina sobre la traqueotomía y el entubamiento de la glotis, en la que tomaron parte Trousseau, Bouvier, Piorry, Malgaigne, Blache, Bouillaud, Delafond, Barth, etc., suministrará sobre este punto datos muy interesantes. (*Bulletin de l'Academie imperiale de medecine*, 1858, t. XXIV, p. 99 á 120.)