

pecho. Vauthier ha percibido un *ruido de sierra*, y Gendron y Hache han notado una *prolongacion* de la espiracion, siendo este segundo tiempo de la respiracion igual al primero. Gendron insiste, y con razon, en este signo que anuncia que la falsa membrana invade la laringe, y el cual antes de este autor no habia llamado bastante la atencion de los observadores. Vauthier ha hallado la inspiracion larga y la espiracion sibilante; y este mismo práctico ha demostrado que cuando la afeccion ha llegado á su mayor desarrollo puede la auscultacion comprometer la existencia en ciertos momentos, lo cual debe hacer al médico sumamente cauto. En cuanto á la estension de la falsa membrana á los bronquios, este autor dice formalmente, que ni él, Blache, Vigla y Roger, han podido reconocerla por medio de la auscultacion. Rilliet y Barthez no han sido tampoco más afortunados.

En el principio de la enfermedad, la *espectoracion* es nula ó compuesta de esputos blancos con muchas burbujas de aire y evidentemente mucosos; mas tarde, y en cierto número de casos, se presentan mucosidades filamentosas, viscosas y abundantes, y rara vez la materia espectorada tiene aspecto puriforme. Pero el único signo positivo y el mas importante del diagnóstico es la presencia ó ausencia de *falsas membranas* en medio de las materias espectoradas: sin embargo de que no existan, no se deduce que la enfermedad que se tiene á la vista no sea el verdadero crup, porque de cincuenta y seis casos, cuyos síntomas han sido observados con toda atencion, en veinte y seis ha demostrado la autopsia la presencia de la falsa membrana, sin que se hubiese podido descubrir antes el menor vestigio de ella ni en el producto de la espectoracion ni en el vómito. Creo sí que en cierto número de casos ha habido espulsion de algunos fragmentos de falsas membranas que no han sido apreciados; pero siempre deben quedar otros muchos en que no haya sucedido esto.

Unas veces las falsas membranas espelidas tienen la forma de *tubos*, y presentan con mayor ó menor exactitud la conformacion de la parte superior de las vias aéreas; otras consisten en pedazos bastante grandes, gruesos, blancos ó ligeramente estriados de sangre y con tendencia á enroscarse; algunas, en fin, son fragmentos irregulares, poco considerables, que se distinguen sobre todo por su tenacidad. En los niños ya crecidos, algunas veces se desprende y arroja la falsa membrana por los solos esfuerzos de la tos; pero en el mayor número de casos se agregan á estos esfuerzos vómitos, provocados ó por los mismos esfuerzos de tos ó por la sensacion que el productor morboso determina en la faringe, ó finalmente, por los vomitivos que se administran como medios curativos.

A todos estos síntomas locales debemos añadir la *tumefaccion de los gánglios linfáticos del cuello*, sobre la cual Bretonneau ha insistido, y con tanta razon. Se presenta debajo de la mandibula inferior y especialmente de su ángulo, unas veces desde el principio de la enfermedad y otras cuando ya los síntomas han adquirido cierta intensidad,

un tumor mas ó menos estenso, resistente, sensible á la presion, y en el cual se reconoce fácilmente la tumefaccion de los gánglios. Pero esta tumefaccion ¿pertenece en realidad á la laringitis pseudo-membranosa? Indudablemente no, porque aparece principalmente cuando la concrecion morbosa invade la faringe, y hasta puede suponerse que en los casos en que no se ha observado eran de crup primitivo, es decir, que en la laringitis pseudo-membranosa habia empezado por la laringe. Sin embargo, la observacion no ha puesto todavía el hecho fuera de duda; y como quiera que sea, puesto que en el mayor número de casos la inflamacion diftérica invade primero la faringe, puede colocarse la tumefaccion dolorosa de los gánglios del cuello entre los síntomas de la invasion del crup. No obstante, es cierto que en algunas epidemias rara vez se presenta esta tumefaccion, porque Vauthier solo la ha observado en un caso entre treinta y siete, y Ruzf por el contrario la ha visto constantemente.

Accesiones del crup. De repente, y las mas veces sin causa conocida, la dificultad de respirar y la opresion aumentan considerablemente; la voz y la tos ofrecen en su mas alto grado los caracteres que dejamos indicados; el silbido de la inspiracion se oye desde lejos, y se manifiesta una gran ansiedad. Entonces es cuando el niño se lleva la mano al cuello, como para arrancar de esta parte el cuerpo extraño que le sofoca; cuando se sienta de repente inclina la cabeza hácia atrás para facilitar los movimientos inspiratorios, y presenta los síntomas terribles de una asfixia inminente. No es raro observar que el acceso, que á veces dura de media á algunas horas, termina por la espectoracion de un tubo pseudo-membranoso, de algunos fragmentos costrosos, ó simplemente de mucosidades espesas, viscosas y filamentosas. Despues de la accesion, el niño fatigado queda sumergido en un abatimiento ó soñolencia, y continúan, aunque con menos intensidad, todos los síntomas que hemos descrito anteriormente.

Se admite generalmente que la *cara* abotagada y violada en las accesiones, queda pálida mientras dura la calma, lo cual efectivamente es cierto en el mayor número de casos: sin embargo, he hallado en dos observaciones que la cara ha permanecido notablemente pálida durante todo el tiempo de la enfermedad; pero estos casos son puramente escepcionales. Durante el acceso, los labios se ponen lividos, y los ojos brillantes y huraños, espresan un pavor profundo, mientras que en el periodo de calma, los labios están pálidos y la vista abatida.

En la mayor violencia de las accesiones es tambien cuando se observa la *agitacion convulsiva* de algunos niños: los miembros se ponen rígidos, y á veces el enfermo se arroja de la cama creyendo hallar así el aire que le falta, ó bien se agarra á un cuerpo sólido para favorecer sus grandes esfuerzos inspiratorios.

La *calentura*, que tanto importa estudiar en esta enfermedad, acompaña á todos estos síntomas desde su aparacion, y en seguida ha-

ce rápidos progresos, y la piel cálida y seca fuera de las accesiones, se cubre á menudo durante estas de un sudor mas ó menos abundante. El pulso es acelerado, duro y resistente: Hache y Vauthier le han visto llegar á 160 pulsaciones y Caillau (1) á 180, pudiendo todavía presentar mayor frecuencia durante los accesos, si bien entonces se hace pequeño, contraído y difícil de apreciar. Algunos autores, y en particular Desessartz (2), han dicho que en ciertos casos vuelve el pulso al estado normal en los intervalos de las accesiones; pero si leemos atentamente sus escritos, pronto nos convenceremos de que los casos de que hablan pertenecen á la laringitis estridula.

El movimiento febril tiene en la laringitis pseudo-membranosa exacerbaciones mas ó menos marcadas; pero es constante y se manifiesta por síntomas evidentes en todo el curso de la enfermedad.

Absorbida la atención de los observadores por los síntomas principales, se ha descuidado bastante el estudio del estado de las funciones digestivas. Caillau dice que la lengua está rubicunda por los bordes, que la sed moderada en algunos enfermos, es grande en otros; que la deglución, en un principio fácil, llega á hacerse mas tarde difícil, especialmente cuando la enfermedad es mortal; que hay casi siempre arcadas y vómitos, y que en un niño se ha observado una evacuación por el ano de una materia ácre y ténue que le escoriaba. Indudablemente en este último caso habia una de esas *difteritis generales*, tan bien estudiadas por Bretonneau, y las falsas membranas ocupaban el ano. Los síntomas que refiere Caillau se presentan en bastantes casos, pero no son constantes: así es que Hache no ha visto la rubicundez de la lengua, solo ha notado la sed intensa en un caso, y no ha observado los síntomas abdominales. «Se ha notado, dice Brichteau en su interesante trabajo acerca del crup, como un fenómeno singular, que en medio de estos accesos formidables la deglución se efectuaba fácilmente y con libertad.» El hecho es exacto; pero tan solo en algunos casos particulares, y no en la generalidad, porque la dificultad en la deglución está formalmente comprobada en la mayoría de las observaciones. La falta de esta dificultad de deglución ¿se halla tan solo en el crup limitada á la faringe, ó en la laringitis estridulosa? Las observaciones no dicen nada sobre este particular.

Es de notar que en medio de estos accidentes tan terribles la *inteligencia* permanece intacta: tal es á lo menos lo que han notado todos los observadores.

Crup en el adulto. En los adultos es mas constante que en los niños que la enfermedad empiece por dolor de garganta y dificultad de deglutir, resultados de la inflamación diftérica de la faringe. Cuando la falsa membrana ha invadido la laringe, hay dolor, disnea, ansiedad y una alteración notable de la voz; pero según lo ha demostrado

(1) Caillau, *Mémoire sur le croup*, p. 22, Burdeos, 1812.

(2) Desessartz, *Mémoire sur le croup*, p. 26, Paris, 1808.

Louis (1), rara vez se presentan accesos de sufocación, aun en las últimas horas de la existencia, particularidad que confirma las observaciones de crup en los adultos, recogidas por Horteloup (2), Filleau y Engaz (3), Charcellay (4), H. Lynch, W. Dawson, Lewis (5), Renard (6) y Gandy (7). Otro tanto debemos decir de la falta frecuente de la respiración sibilante en los adultos que ha notado con mucha atención Louis. En efecto, resulta que de nueve observaciones tomadas de los autores que acabo de citar, solo en tres ha habido la respiración sibilosa, que nunca se ha presentado hasta bastante tarde y en un caso la víspera de la muerte. Tales son las diferencias que merecen especial mención, y á las cuales debo añadir que Louis cree, y esta opinión es muy admisible, que la menor intensidad de algunos síntomas debe atribuirse al estado de enfermedad en que se hallan los adultos atacados del crup.

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

El crup es una enfermedad esencialmente aguda y cuyo curso es siempre mas ó menos rápido, y ya hemos dicho que presentaba exacerbaciones violentas á las cuales se ha dado el nombre de *accesos*. Estos *accesos* han llamado mucho la atención de los autores, que están conformes en considerarlos como mas frecuentes por la tarde y la noche que durante el dia; en efecto, en once casos en que su aparición ha sido manifiesta, se ha dicho que en diez de ellos habia tenido lugar principalmente por la noche. La invasión del acceso se presenta por lo comun durante el sueño, en cuyo caso despierta el niño de una manera espantosa y acometido de una opresión imprevista, espresa su terror por sus miradas y la contracción de la cara; en seguida se manifiestan todos los síntomas de la accesión con una *intensidad* variable. Comunmente la primera es menos violenta que la segunda, y así sucesivamente, hasta que la enfermedad llega á su último término, porque entonces la sufocación, la ansiedad y todos los signos de la asfixia se hacen casi continuos; y no tan solo es difícil establecer diferencia en las accesiones, sino que hasta cuesta trabajo conocer cuando verdaderamente se presentan estas. Estos accesos de sufocación son mucho mas raros y menos marcados en los adultos que en los niños.

Se ha dividido el curso de la enfermedad en dos, tres y hasta cinco periodos. Guersant, que admite tres, hace de la *invasión* el primer

(1) Louis, *Parallèle du croup chez l'enfant et chez l'adulte*. (*Mémoires*, etc., p. 242).

(2) Horteloup, *Obr. de croup chez l'adulte*. Thèse, Paris, 1828.

(3) Filleau y Engaz, *Croup chez l'adulte*. (*Journ. de méd.*, t. XIV, p. 139).

(4) Charcellay, *Rec. des trav. de la Soc. d'Indre et Loire*, y *Bull. de therap.*, 30 abril, 1859.

(5) Lewis, *The lancet*, vol. I, p. 70 y 409.

(6) Renard, *Bibl. méd.*, t. XLVII, p. 75.

(7) Gandy, *Bibl. méd.*, t. XXVI.

periodo, y en seguida divide en dos el resto de la afección. Es indudable que hay algunas modificaciones en la fisonomía de esta enfermedad, según que se la considere en una época mas ó menos avanzada de su curso; pero me parece que estas modificaciones no están bastante caracterizadas para motivar una división sistemática.

Según los autores, la *duración* de la laringitis pseudo-membranosa es de tres á doce dias. En los adultos que ha observado Louis, sobrevino la muerte del sétimo al octavo día, y del tercero al noveno en los casos cuyas historias han recogido Horteloup, Filleau y Lynch. Los hechos que se hallan fuera de estos límites deben considerarse como excepcionales.

Algunos autores han citado ejemplos de *crup crónico*: así Home (*loc. cit.*) refiere que un niño de cinco años ha padecido, durante un año, una tos con expectoración sanguinolenta, con la cual arrojó en tres ocasiones distintas algunos fragmentos de falsas membranas; y J. Frank dice que ha visto un hombre de treinta años, que después de haber padecido sífilis, tuvo por espacio de tres meses dolores continuos en la laringe, con tos, ronquera, calentura, etc., cuyo estado ha durado hasta que el enfermo arrojó en una accesión fuerte de tos una falsa membrana de 8 centímetros de largo y 5 de ancho. Podríamos citar algunos otros ejemplos parecidos, pero que no son mas concluyentes que estos, á los cuales pueden ponerse serias objeciones. En el caso que cita F. Home, ¿el fragmento arrojado por la tos no podría ser un coágulo descolorido y polipiforme? En el que refiere J. Frank, la falsa membrana que espelió el enfermo, ¿no se habría formado en los últimos tiempos de una laringitis crónica? Estas consideraciones han inclinado á la mayor parte de los médicos á no admitir el crup crónico, contra cuya existencia se han suscitado numerosas dudas; de modo que si una observación mas completa no llega á demostrar lo contrario, los casos de este género deben considerarse como puramente excepcionales (1).

La *terminación* de la enfermedad es muy á menudo funesta, y cuando esto debe suceder cae el niño en un estado de sopor del que le hace salir con frecuencia la sufocación que le atormenta; permanece insensible á cuanto pasa á su alrededor; el pulso, y este es un signo de gran valor, no disminuye ó mas bien aumenta notablemente de frecuencia, al mismo tiempo que se hace pequeño, retraído, filiforme; y por último, perece el enfermo después de una agonía mas ó menos larga, ó bien espira en medio de un acceso violento de sufocación.

Si la terminación es feliz sin que se haya practicado ninguna operación, pierde la tos su aspereza, es menor el silbido de la inspira-

(1) Tampoco creemos que sean mas concluyentes los casos que cita Andral, (*Cliniq. med.*, t. IV, p. 490, 1834); en efecto, se refieren á laringitis pseudo-membranosas que se han presentado en algunos tísicos; ¿pero cuánto tiempo antes de la muerte? Esta es la cuestión, y todo induce á creer que estos casos no se diferencian de los que ha citado Louis.

ción, los esfuerzos del enfermo desprenden con mas facilidad la falsa membrana, el estertor mucoso, que ya no está encubierto por el silbido laringeo, se percibe por medio de la auscultación; los accesos de sufocación van siendo menos intensos, mas raros y llegan á desaparecer; el pulso no se acelera, conserva su fuerza ó la recobra si la habia perdido, y en pocos dias vuelven á su estado normal todas las funciones.

No debe creerse que ha pasado el período agudo del crup hasta que haya desaparecido toda incomodidad. Los accidentes consecutivos al crup son numerosos. Es menester colocar en primera línea la dificultad en la respiración que á veces continúa por mucho tiempo; además las cuerdas vocales pierden en parte su movilidad ó sensibilidad de lo que resulta ser accesos de sufocación, sobre todo durante la ingestión de las bebidas, ó una alteración de la voz que puede ser persistente. Se observan con frecuencia á consecuencia de anginas díféricas, parálisis del velo del paladar, á veces de un solo lado. Se han visto ascender estas parálisis á un lado de la cara y constituir una especie de hemiplegia. En fin, es menester temer accidentes consecutivos á la traqueotomía (véase *Tratamiento*) (1).

Recidivas. Admitidas con facilidad las recidivas por los autores antiguos, se han ocultado á la observación de los prácticos mas notables, tales como Bretonneau, Trousseau y Guersant. Sin embargo, médicos de cuyo talento nadie puede sospechar, han referido ejemplos. Pablo Guersant (2) ha presentado en 1853 observaciones muy curiosas de dos jóvenes operados dos veces con buen éxito. En 1854 Combault y War-mont hicieron la operación de la traqueotomía dos veces en dos meses á una niña de tres años y medio. En 1857 Millard verificó dos veces la operación en una niña de cinco años afectada de crup. Ambas operaciones obtuvieron buen resultado (3).

Complicaciones. Es necesario hacer notar primero la aparición de la difteria en muchos puntos del cuerpo, laringe, tráquea, faringe, bronquios, fosas nasales, órganos genitales, ano, á veces en las orejas, comisura de los dedos, en las heridas y úlceras, etc. Estos casos son raros y siempre muy graves. La *angina lardácea* generalmente no suele ser como lo hace notar Millard (4) mas que una complicación del crup, puesto que forma, por decirlo así, parte de la enfermedad, pero añade este autor «pero no es la misma afección maligna con sus primitivos caracteres sobre la que se ha fijado la atención del mundo médico de un modo tan doloroso desde hace muchos años, y que está caracterizado por el espesor y estrema abundancia de las falsas membranas, por el voluminoso infarto ganglionario que invade rápidamente

(1) Véase PARÁLISIS DIFÉRICA.

(2) Paul Guersant, *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1853.

(3) Paul Millet, *Traité de la diphtérie du larynx*, 1863, p. 77.

(4) Millard, *De la tracheotomie dans le cas de crup*. Observaciones recogidas en el hospital de Niños. Tesis, París, 1858.

te las regiones sub-maxilar y parotídea, por una horrible fetidez del aliento, por la coloración blanca mate de la tez, y por último, por los signos de grande postración.» Existe además coriza intensa lardácea que de todas las formas de la difteritis es la más grave según Trousseau (1).

La *bronquitis pseudo-membranosa* es una complicación más frecuente que lo que primero se creyó. Millard (2) cita diez y seis casos recogidos en diez y ocho meses en el hospital de Niños. El diagnóstico de esta enfermedad es sumamente difícil y la curación se consigue rara vez.

La *neumonía* es la complicación más frecuente del crup; y muchos niños que parecían deber curarse, ya porque el crup cediese por sí mismo, ya porque se hubiera practicado la traqueotomía, sucumben á la flegmasia del pulmón. Sestier (3) refiere tres casos interesantes de infiltración laríngea en complicación del crup.

El *enfisema pulmonal* es una complicación tan frecuente que Rilliet y Barthez le han señalado en la mayor parte de las autopsias. El aire contenido en los pulmones por el espasmo de la glotis hace enérgica presión sobre las vesículas pulmonales durante los accesos de sufocación, explicando de este modo la formación del enfisema.

Louis ha encontrado frecuentemente en los adultos inflamaciones más ó menos estensas de la mucosa gástrica é intestinal.

Las fiebres eruptivas, viruela, sarampion y escarlatina, marchan con frecuencia á la par del crup y son en opinión de los autores la causa de hemorragias graves y abundantes.

¿Es necesario colocar la *malignidad* como complicación? Mas justo será decir que hay formas particulares de la enfermedad, y que entre estas formas hay una cuya gravedad no puede explicarse ni por la cantidad ni el sitio de las falsas membranas, ni por la dificultad de la respiración; esta es la forma maligna, séptica, fatalmente mortal y que se anuncia por los signos ordinarios de adinamia y reptencia. Esta forma se observa con más frecuencia cuando reina epidémicamente el sarampion y la escarlatina.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

1.º Se encuentra en la laringe una falsa membrana que tapiza su cavidad; en algunos casos solo existen fragmentos de la falsa membrana en algunos puntos de la mucosa laríngea, y especialmente en la cara posterior del cartilago tiróides.

2.º Es raro que la concreción pseudo-membranosa se limite á la laringe, pues por una parte existe con frecuencia, y á lo menos de un modo parcial en la faringe, y hasta se la ha visto aparecer en las ca-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel Dieu*, Paris, 1865, t. I, p. 360.

(2) Millard, *Loc. cit.*

(3) Sestier, *Traité de l'angine laryngee oedemateuse*.

vidades nasales, y por otra se prolonga á la tráquea á la cual invade por lo comun secundariamente. En los adultos que ha observado Louis (1), la falsa membrana ocupaba después de la muerte todos los órganos de que dejamos hecha mención: otro tanto ha sucedido en casi todos los niños que ha tratado Bretonneau (2). En las observaciones recogidas por Hache solo se han presentado falsas membranas en las amígdalas en la mitad de los casos. Importa mucho hacer notar estas diferencias.

3.º La falsa membrana tiene un color blanco agrisado, y algunas veces amarillo ó pardusco y sanioso, cuando ha tomado un aspecto gangrenoso, como en los casos que cita Bretonneau. Su *consistencia* varía, pero ordinariamente es bastante fuerte y puede apreciarse una elasticidad manifiesta tirando suavemente de los fragmentos. Su *grueso* varía también mucho; algunas veces es muy delgada y otras veces llega á adquirir un grosor de 5 milímetros. Cuando no ha sido espulsada durante la vida, dejando así lugar para que se formase otra, es tanto más gruesa, cuanto mayor es su antigüedad, según lo ha demostrado Louis (3). Su *adherencia* varía según los puntos en que se la examina, y también según las circunstancias de la enfermedad y del tratamiento. Unas veces se observan fragmentos membranosos, desprendidos en parte, que nadan en un moco espumoso ó puriforme; otras presenta la falsa membrana cierto grado de adherencia en todos sus puntos, y otras en fin, está adherida en algunas partes y desprendida en otras. El punto donde está más adherida es ordinariamente hacia los ventrículos de la laringe y la parte superior de la tráquea. Cuando la membrana está adherida á la tráquea, presenta en su superficie esterna unos puntos rojos observados por Guersant y Blache, y que son según estos autores, el principio de las líneas vasculares demostradas por las preparaciones de Sæmmerring, lo cual hace que esta falsa membrana se aproxime mucho á las que se organizan en las cavidades serosas; Boudet ha citado un hecho de este género.

4.º Hé aquí los resultados de la análisis química de la falsa membrana: se endurece y encrespa por los ácidos sulfúrico, nítrico é hidrocólico debilitados, y la disuelven el ácido acético, el amoniaco líquido y las soluciones alcalinas. Por la incineración de estas membranas se obtiene sulfato de cal y carbonato de sosa.

5.º La abertura de la glotis está más ó menos completamente obstruida, según el mayor ó menor grueso de la falsa membrana; pero no debe creerse que sea necesaria la oclusión completa de la glotis para causar la muerte, porque en un número bastante considerable de autopsias se ha hallado que esta abertura daba bastante paso al aire á pesar de la existencia de la producción morbosa.

6.º Las falsas membranas examinadas al microscopio presentan

(1) Louis, *Loc. cit.*, 339.

(2) Bretonneau, *Loc. cit.*

(3) Louis, *Loc. cit.*, 239.

todos los caracteres de la fibrina y se encuentran además glóbulos purulentos, cuerpos granulados, gran cantidad en materias grasas, elementos de epitelio de diversos grados de desarrollo, cristales de formas diversas, criptógamos é infusorios; en resúmen, nada específico, nada que pueda hacer distinguir la falsa membrana crupal, de la falsa membrana de la angina pullácea, de la escarlatinosa, de la capa que reviste á un vejigatorio (1).

7.º El estado general pierde á las alteraciones locales. Millard primero y Peter (2) despues han indicado alteraciones de la sangre; se la ha encontrado turbia, como cenagosa de color moreno, análoga al zumo de ciruelas ó á la sepia (3).

§ VII.—**Diagnóstico y pronóstico.**

Antes de entrar en el diagnóstico diferencial del crup, debemos discutir algunas cuestiones interesantes. Ya hemos visto antes que segun las observaciones mas exactas no pueden establecerse diferencias de naturaleza entre la angina faríngea pseudomembranosa y la laringitis de que nos estamos ocupando. En efecto, todo en ellas es comun, excepto el sitio, y además proceden con mucha frecuencia la una de la otra. Esta es una verdad en la actualidad admitida y contra la cual son impotentes las objeciones de algunos autores, aun cuando el mismo Bretonneau cita un gran número de autores, que antes de F. Home habían sospechado la verdad, es preciso reconocer que á sus hábiles investigaciones debemos la demostracion completa, tanto de los caracteres propios de la angina faríngea diftérica, como de su identidad con la angina laringea pseudomembranosa. Sin embargo, Bretonneau, como si temiese ir demasiado lejos, se pregunta si podrian desarrollarse en la laringe concreciones de naturaleza *no diftérica*; pero examinando atentamente los hechos, no tardamos en ver que todas las falsas membranas desarrolladas en la laringe son de la misma naturaleza, y que no hay entre ellas signo distintivo que tenga algun valor. Además esta opinion ha sido perfectamente demostrada por Bricheteau, y así vuelvo á repetir que estas dos enfermedades tan solo se diferencian en el sitio distinto que ocupan. Mas como por una parte la diferencia en el sitio es capital, y por otra puede la difteritis estar limitada á la laringe, el médico, á pesar de reconocer que la angina faríngea y la laringitis pseudomembranosa son de igual naturaleza, y frecuentemente se confunden entre si, debe hacer de ellas dos enfermedades distintas y estudiarlas con cuidado y separadamente.

¿La laringitis aguda simple puede degenerar en laringitis pseudo-

(1) Laboulbène, *Recherches cliniques sur les affections pseudo-membraneuses*. Paris, 1861.

(2) Peter, Tesis de Paris, 1839.

(3) Bretonneau, *Loc. cit.*, p. 281.

membranosa? Estas dos afecciones son de origen distinto: en una y en otra hay, es cierto, inflamacion; pero esta en el crup es de naturaleza enteramente específica. Cuanto acabo de decir respecto á la laringitis simple, se aplica igualmente á la *laringitis estridulosa*, que no es otra cosa, segun ya hemos visto, que una laringitis simple con accesiones muy violentas de sufocacion.

Las enfermedades con las cuales puede á lo menos en ciertas circunstancias confundirse la laringitis pseudomembranosa, tienen su asiento en la faringe, en la laringe, en la tráquea, en los bronquios, y segun algunas observaciones, en la glándula timo.

1.º *Enfermedades que tienen su asiento en la faringe.* Es raro que la angina faríngea simple adquiriera una intensidad tan grande y produzca una dificultad de respirar tan considerable, que pueda ser posible el confundir esta enfermedad y la que nos ocupa: sin embargo, hay casos en que la gran tumefaccion de las amígdalas ocasiona cierto grado de sufocacion y una alteracion notable de la voz, cuyos accidentes se observan principalmente cuando la *amígdalitis* termina por un absceso. Pero no podrán atribuirse á la laringitis pseudomembranosa si se considera que la sufocacion es mas continua, que no hay accesiones bien marcadas, que no se apaga la voz sino que se hace nasal y muy desagradable, que no hay tos, ó hay poca, y que la tumefaccion considerable de las amígdalas fácil de percibir, explica perfectamente la existencia de todos estos síntomas.

Se conocerá si la inflamacion diftérica permanece limitada á la faringe ó ha penetrado en la laringe por la gran sufocacion, por las accesiones, el silbido de la inspiracion, los golpes de tos, y la estincion de la voz que antes no existian, y además, segun los hechos de Gendron y Hache, por la prolongacion notable de la espiracion debida á la obstruccion de la glotis.

2.º *Enfermedades que tienen su asiento en la laringe.* No es tan fácil como podria suponerse el distinguir el erup de la laringitis simple y sobre todo de la laringitis estridulosa; hemos insistido ya sobre estas dificultades y será suficiente el reunir el diagnóstico en el cuadro sinóptico.

Se han indicado cierto número de síntomas para distinguir el *edema de la glotis* del crup; pero distan mucho de tener todos igual valor. Veamos pues cuáles serán los que puedan guiarnos en el diagnóstico: 1.º El edema de la glotis es consecuencia las mas veces, segun lo ha demostrado Trousseau y Belloc (1) y mas recientemente Bricheteau (2), de alguna úlcera antigua de la laringe; así pues los antecedentes servirán de mucho en estos casos. 2.º Cuando el edema de la glotis es el resultado de una inflamacion, se manifiesta ordinariamente en la convalecencia de una enfermedad inflamatoria, como lo ha observado Bayle repetidas veces. 3.º La calentura es por lo comun

(1) Trousseau y Belloc, *Traité de la phthisie laringée*, p. 252 y siguientes.

(2) Bricheteau, *Archiv. gén. de médecine*, 3.ª serie, 1844, t. XII, p. 314.