

rápida ha sido la marcha del edema. Si éste se ha desarrollado de una manera lenta y progresiva, pueden aquellos síntomas faltar durante algún tiempo, aunque el orificio glótico sea mucho más estrecho que en circunstancias ordinarias (Charazac). Sin embargo, en un momento dado, cuando progresa la estenosis local, sobreviene la disnea; ésta se revela por el cuadro sintomático que ya expusimos al hablar del crup (1): estridor inspiratorio primero, y después en ambos tiempos, siendo mayor durante la inspiración, *tiro*, y, finalmente, síntomas de asfixia. Se manifiesta por accesos de sofocación que duran algunos minutos, más frecuentes por la noche, separados por períodos de calma y cada vez más próximos. Si no interviene oportunamente el médico, el enfermo sucumbe en un acceso de sofocación, á menudo con convulsiones generalizadas; otras veces la asfixia se hace progresiva y el paciente muere en un estado comatoso. En los casos felices, si la estenosis glótica va retrocediendo, los accesos disminuyen en frecuencia é intensidad, y poco á poco se restablece la respiración; pero cuando han llegado á aparecer los accidentes disnéicos paroxísticos, es raro que cesen espontáneamente, y muchas veces sólo la traqueotomía puede salvar la vida á los enfermos.

El curso de la afección es variable en los diferentes casos y también según la causa. Por lo general, el edema se desarrolla de un modo lento y progresivo, y los accidentes disnéicos pueden tardar algunos días y hasta no manifestarse nunca. Pero, en otros casos, la infiltración serosa progresa con tan extraordinaria rapidez, que en pocas horas se halla comprometida la existencia del enfermo; estos edemas súbitos se observan en los sujetos debilitados y caquéticos, en los que padecen enfermedad de Bright, etc. Pero los que toman más rápido incremento, en términos que algunas veces siguen un curso fulminante, son los edemas quirúrgicos, que se desarrollan después de una herida penetrante del cuello, de una quemadura de la laringe (agua hirviendo, aire muy caliente en los incendios, etc.), ó de un cuerpo extraño puntiagudo clavado en la cavidad laríngea. Los edemas tóxicos debidos á la ingestión del ioduro de potasio tienen también á veces un curso bastante rápido, pero, por fortuna, casi siempre disminuyen muy pronto, apenas se suspende la administración del medicamento. La urticaria edematosa puede invadir la laringe con extraordinaria rapidez; pero suele desaparecer antes de haber comprometido seriamente la vida.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.—El estudio sintomático que precede, basta para comprender que el diagnóstico del edema de la glotis no puede establecerse sin previo reconocimiento laringoscópico. Una vez comprobada la existencia del edema, habrá que determinar sus causas y averiguar si el edema es debido á una lesión ó á una enfermedad, reciente ó antigua, de la laringe misma, á una lesión de los órganos inmediatos ó á una enfermedad hidropígena cualquiera. No puedo estudiar detenidamente este diagnóstico diferencial, porque para ello sería preciso pasar revista, no sólo á toda la patología faringo-laríngea, sino también á gran parte de la patología médica. Me limitaré á insistir acerca de algunos puntos que tienen gran importancia práctica. Ante todo, debo consignar que, dado el número, relativamente corto de casos en que el edema de la glotis puede producir una obliteración mecáni-

(1) Véase t. III, pág. 228 y siguientes.

ca de las vías aéreas, el médico no está nunca autorizado para atribuir, ni aun en hipótesis, á una infiltración serosa periglótica los accidentes disnéicos de origen laríngeo; salvo los casos en que lo justifique la comprobación de un flemón suprahióideo, ó también periamigdalino ó laterofaríngeo, con edema del velo palatino y de la úvula, desarrollado antes de que apareciera la disnea. Aun en tales circunstancias, no es inútil aplicar el espejo laríngeo, único que permitirá averiguar si la disnea es debida al desarrollo exagerado y al sitio (infraglótico) de la infiltración laríngea, ó á espasmos glóticos. Deprimiendo bien la base de la lengua con la espátula, es fácil, durante un esfuerzo de vómito, ver la epiglotis y también la parte superior de los ligamentos ariepiglóticos cuando están muy hinchados; pero se sabe cuán frecuente es ver enormes infiltraciones de estas regiones que no dan origen á ningún accidente disnéico; por lo tanto, importa averiguar si las regiones más profundas han sido también invadidas por el edema, ó si están sanas, para explicar de ese modo el mecanismo de las perturbaciones respiratorias. Por lo demás, es imprudente provocar esfuerzos de vómito en tales casos, porque podrían ocasionar accesos de sofocación; la exploración digital, cuyos resultados son muy problemáticos, debe rechazarse en absoluto de la práctica. Convendrá asimismo no recurrir al examen laringoscópico sin haber pulverizado antes cierta cantidad de una disolución fuerte de cocaína en el fondo de la garganta, para facilitar este examen y hacer que el enfermo lo soporte mejor.

Independientemente de las condiciones debidas á la afección causal y al estado general del paciente, el pronóstico del edema de la glotis varía mucho según el sitio que ocupa. Si es supraglótico, el edema sólo ofrece peligro, salvo los casos extremos, cuando ocupa la región aritenóidea é inmoviliza los cartílagos del mismo nombre; el infraglótico, es siempre temible. En igualdad de circunstancias, el médico tendrá también en cuenta la rapidez con que progresa la infiltración.

El tratamiento varía, según las causas: ora se dirige al edema laríngeo considerado como lesión; ora al síntoma disnea, siendo evidente que éste depende de la infiltración edematosa; varía también según el grado de dicha disnea, la mayor ó menor inminencia del peligro, la violencia ó repetición de los accesos sofocantes, la mayor ó menor intensidad de los síntomas asfíxicos. La abertura quirúrgica de un flemón suprahióideo ó faríngeo, puede hacer que desaparezca con rapidez el edema laríngeo concomitante y alejar todo peligro en pocas horas. Cuando no hay pus reunido en foco, pero existen presunciones acerca de la naturaleza inflamatoria del edema laríngeo, se podrá recurrir al hielo *intus et extra*, ó bien se prescribirá una aplicación de sanguijuelas por delante de la laringe, pediluvios bastante sinapizados, etc. En otros casos (discrasias hidropígenas), se podrán ensayar los purgantes hidragogos (goma gutta coloquintida, jalapa), y el jaborandi (inyecciones subcutáneas de pilocarpina), recomendado por Suarez de Mendoza y por Gottstein, que hablan de casos curados con dicho medicamento. No hablaré de las escarificaciones de la mucosa edematosa, más que para condenarlas; cuando parecen útiles, es porque en realidad se dirigen á una laringitis flegmonosa y no al edema simple. En este último caso, suelen ser inútiles y no pocas veces perjudiciales, aunque se ponga sumo cuidado en esterilizar el instrumento cortante; porque abren una puerta

de entrada á la infección, produciendo una herida que interesa tejidos incapaces de defenderse contra los microbios patógenos que tanto abundan en la región.

Si amenaza la asfixia, se procederá resueltamente á la traqueotomía: demuestra la experiencia, que cuanto más pronto se practica, más probable es salvar al enfermo. El cateterismo permanente (Heryng) ó la intubación de la glotis con los tubos de O'Dwyer (Massei), no creo que puedan sustituir con éxito á la traqueotomía en los casos de este género.

IV

Hemorragias.

No es raro observar hemorragias laríngeas intersticiales, submucosas, algunas veces bastante abundantes para determinar una estenosis glótica grave en ciertas enfermedades infecciosas ó discrásicas: viruela hemorrágica, tifus exantemático, escorbuto, enfermedad de Werlhoff, leucemia.

También pueden sobrevenir equimosis laríngeas, casi siempre de pequeñas dimensiones, principalmente en las cuerdas vocales, á consecuencia de fatigas exageradas de la voz, en los oradores sobre todo y cantantes.

Respecto á las hemorragias superficiales que dan origen á un flujo sanguíneo algo intenso, es muy raro que aparezcan sin traumatismo profundo de la laringe. Se presentan muy rara vez en el curso de las afecciones ulcerosas específicas, excepto en el cáncer laríngeo; son más comunes en los casos de tumores benignos de estructura vascular (angiomas). En estas últimas condiciones, suelen aparecer las hemorragias después de esfuerzos vocales, ó bien, en la mujer, al aproximarse el período menstrual. Hace pocos años publiqué una observación de hemorragias laríngeas repetidas, las cuales coincidían con la menstruación, en una mujer muy nerviosa y que no padecía ninguna afección laríngea (1); en efecto, examinando la mucosa, sólo se encontraban ligeras arborizaciones vasculares en las cuerdas vocales. El Dr. Compaired (2) publicó después dos casos análogos. Trátase en tales enfermas de hemorragias neuropáticas activas, consecutivas á impulsos vaso-dilatadores, sin inflamación concomitante. Cuando, por el contrario, la hemorragia coincide con una inflamación catarral intensa, no existe una verdadera hemorragia laríngea, sino una *laringitis hemorrágica*, variedad de laringitis aguda que estudiaremos más adelante. Las ligeras hemorragias que se observan á veces en el curso de la coqueluche á consecuencia de los grandes esfuerzos de tos, entran mejor en el cuadro de las hemorragias pasivas.

Los síntomas de las hemorragias espontáneas de la laringe, casi siempre son poco importantes; se limitan á la expectoración de un poco de sangre mezclada con los esputos que suele arrojar el enfermo, á consecuencia de los esfuerzos de tos provocados por el picor que siente en la laringe. El pronóstico no presenta ninguna gravedad; sin embargo, conviene advertir, que las equimosis submucosas de los cantantes, consecutivas al excesivo trabajo de la voz,

(1) Sociedad francesa de laringología, sesión del 10 de Mayo de 1889.

(2) Compaired, *El Siglo Medico*, Enero 1891.

no se absorben siempre, y pueden dar origen á quistes sanguíneos y producciones poliposas.

La hemorragia superficial suele cohibirse por sí sola, y rara vez se ve obligado el médico á recurrir al uso local de los estípticos ó del galvano-cauterio. Las aplicaciones de hielo, *intus et extra*, bastan por lo general. Una vez cohibida la hemorragia, quedan en el punto de partida, y quizá en las regiones inmediatas, algunos coágulos parduzcos, que al cabo de pocos días se desprenden con facilidad. El tratamiento consiste, pues, principalmente en combatir los brotes congestivos, que suelen terminar por la rotura de los vasos. Si se trata de hemorragias catameniales, se procurará regularizar la menstruación y calmar la irritabilidad nerviosa (ejercicio, hidroterapia, bromuros). Cuando la hemorragia, intersticial ó superficial, es consecutiva á esfuerzos vocales, será necesario prescribir al enfermo un reposo absoluto, hasta que desaparezcan por completo los accidentes, ó se haya borrado todo vestigio de la equimosis. Si el derrame hemático ha dado origen á la formación de un verdadero quiste sanguíneo, sólo debe intervenir el cirujano cuando el tumor tienda á permanecer estacionario; en efecto, he visto desaparecer muchos de esos pequeños quistes, de una manera progresiva y espontánea, sin más que el reposo completo de la laringe.

CAPÍTULO II

DESÓRDENES NERVIOSOS

I

Desórdenes sensitivos.

§ 1.— ANESTESIA

SÍNTOMAS.— La anestesia de la mucosa laríngea, puede ser generalizada ó circunscrita. En este último caso ocupa, ora la región supraglótica, ora la infraglótica de la laringe. Es completa ó incompleta (hiperestesia), unilateral ó bilateral. Cuando es bilateral, suele ser más pronunciada en un lado que en el otro.

Los síntomas subjetivos que resultan de la anestesia de la laringe, son casi nulos. En los casos de anestesia de la epiglotis y de los límites del vestíbulo, provocada artificialmente por las aplicaciones locales de cocaína, el enfermo experimenta una sensación de cuerpo extraño, porque la presencia de las partes insensibles es percibida por la mucosa inmediata; pero en las anestias espontáneas, que no se hallan tan circunscritas, suele faltar dicha sensación. Es posible que pueda explicarse, como queda expuesto, cuándo existe en casos de anestesia limitada que ha sobrevenido bruscamente; pero en otras circunstancias debe atribuirse, lo mismo que los hormigueos, pinchazos, etc., que le acompañan, á parestias concomitantes. Aparte de las parestias, se