

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

han visto á veces (Schnitzler) verdaderas sensaciones de dolor (anestesia dolorosa). Los accesos de tos, por penetración de fragmentos alimenticios en las vías aéreas, sólo se observan cuando á la anestesia de la mucosa se unen desórdenes de la motilidad (parálisis ó pasesias) de los músculos de la faringe y de los constrictores del vestíbulo laríngeo.

La exploración directa de las regiones anestesiadas, hecha con un estilete ó una pinza laríngea de pequeño volumen, al mismo tiempo que se aplica el espejo laringoscópico, permite demostrar que puede tocarse, pellizcarse ó atraerse la mucosa, sin que el enfermo lo note y sin que esas maniobras provoquen fenómenos reflejos. La aplicación de tópicos irritantes ó cáusticos, también pasa inadvertida. Respecto á las sensaciones de temperatura, pueden estar abolidas ó continuar sin modificación alguna: á veces hay analgesia, sin anestesia propiamente dicha.

ETIOLOGÍA. — Una de las causas más frecuentes de la anestesia laríngea, es el histerismo. Muchas histéricas (uno entre seis, según Thaon) (1), con ó sin desórdenes motores laríngeos, presentan, al mismo tiempo que placas de anestesia cutánea, frecuentes sobre todo delante del cuello (Thaon), una notable disminución de la sensibilidad de la epiglotis y del vestíbulo; pero este último fenómeno, no es tan constante como creyó Chairou. En tales condiciones, no se observa la hemianestesia de la laringe (Thaon, Lichtwitz). En las histéricas hemianestésicas, Lichtwitz encontró generalmente sana la laringe; mientras que, en el caso contrario, estaba comprometida la sensibilidad de toda la entrada de la laringe, en ambos lados. He visto la anestesia generalizada (supra é infraglótica) y bilateral de la laringe, acompañando á la de la faringe, en dos enfermos de mutismo histérico con parálisis completa de los músculos constrictores de la glotis y conservación de las funciones respiratorias de los crico-aritenóideos posteriores. En uno de aquellos casos (una joven), la anestesia era incompleta; en el segundo (hombre) era absoluta. No había perturbaciones de la deglución: los enfermos no tosían, ni se atragantaban nunca.

Se ha visto también la anestesia laríngea bilateral en los epilépticos, durante los ataques, y algún tiempo después de estos. Se observa asimismo en los enfermos de parálisis bulbar avanzada, y en los paralíticos generales, al llegar el período de demencia, como lo ha comprobado Lennox-Browne es constante en los diversos estados asfíxicos, en que la sangre contiene ácido carbónico en exceso.

La hemianestesia se manifiesta, al mismo tiempo que la parálisis motora correspondiente de la laringe, en los sujetos que padecen lesiones cerebrales en foco (Ott, Löri). Se observa también en los individuos con parálisis periféricas del recurrente (Ziemssen), y entonces se limita á la región infraglótica de la laringe del lado enfermo. Sobreviene asimismo á consecuencia de la intoxicación saturnina.

Una de las causas más frecuentes de anestesia de origen periférico, es la difteria. La anestesia laríngea post-diftérica, es á veces bilateral, pero, en tales casos, uno de los lados está siempre más comprometido que el otro; con mayor frecuencia es unilateral, manifestándose en el lado que fué más invadido

(1) Thaon, L'hystérie et le larynx, *Annales des maladies de l'oreille*, etc., 1881. (Comunicación al Congreso internacional de laringología de Milán). — Lichtwitz, Tesis citada.

por la angina (Ziemssen). Sólo interesa la parte superior de la laringe, continuando intacta la sensibilidad de la región infraglótica. Al propio tiempo que la laringe, están insensibles la faringe y el velo del paladar, en el mismo lado ó en su totalidad. Estos desórdenes de la sensibilidad nunca son aislados; pues siempre existen á la vez trastornos motores (parálisis ó pasesias). En la laringe, los músculos invadidos son los inervados exclusivamente por el nervio laríngeo superior, es decir, el crico-tiróideo y el tiro-ari-epiglótico. De aquí resulta, que la laringe está imperfectamente cerrada durante la deglución (lo cual es algo difícil al mismo tiempo por los desórdenes motores de la faringe) y que las partículas alimenticias, y sobre todo los líquidos, penetran en la región infraglótica sensible de la laringe, y ocasionan violentos accesos de tos.

CURSO Y PRONÓSTICO. — El curso y duración de la anestesia laríngea histérica son muy variables, como en todas las demás manifestaciones de la misma enfermedad. En las anestias dependientes de lesiones nerviosas centrales ó periféricas, varían según las afecciones causales. Respecto á la anestesia diftérica, rara vez dura más de cinco á ocho semanas cuando se le abandona á sí misma, y puede curar más pronto, si se la trata de un modo conveniente.

El pronóstico de la anestesia histérica es benigno, y el de la anestesia de origen cerebral, bulbar ó periférica ligeramente variable, según los casos, pero siempre grave. En cuanto á la anestesia diftérica, sólo adquiere gravedad por los accidentes á que se hallan expuestos los enfermos por existir, al mismo tiempo que la anestesia, parálisis motoras que comprometen la deglución. Pero en tales condiciones, puede amenazar seriamente la existencia; en efecto, ciertos enfermos tienen violentos accesos de tos y de sofocación cada vez que intentan beber ó comer, por lo cual llega quizá á ser imposible la alimentación. Otros individuos padecen bronconeumonías infecciosas, debidas á la penetración de las substancias alimenticias en la profundidad del árbol aéreo.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. — En la generalidad de los casos, el médico sólo puede sospechar la anestesia laríngea, si no recurre á la exploración directa para establecer el diagnóstico. En los histéricos y los hemiplégicos esta demostración no tiene gran importancia práctica, pero no sucede lo mismo en los enfermos de parálisis diftérica.

Nunca se dejará de pensar en la anestesia laríngea, cuando el médico se encuentre en presencia de enfermos que tengan desórdenes apreciables de la deglución y de la voz, con accesos de tos repetidos, al mismo tiempo que una paresia diftérica de la faringe. Si la exploración permite reconocer que la mucosa del vestíbulo laríngeo está insensible, se recurrirá inmediatamente, y sin vacilar, á la alimentación artificial con la sonda esofágica; esta se introducirá con todas las precauciones necesarias para convencerse de que ha llegado al esófago y no á la laringe. Además, se instituirá un tratamiento electroterápico (faradización interna, colocando cada uno de los polos del electrodo-faríngeo en una de las canales faringo-laríngeas). Al cabo de algunos días, podrá asociarse á este tratamiento la administración de la estriquina, á dosis crecientes (5 á 8 y hasta 12 miligramos por día), teniendo cuidado de interrumpir en el acto el uso del medicamento si sobrevinieran accidentes de intoxicación. La estriquina y la electrización, prestarán también buenos servicios en el trata-

miento de la anestesia histérica; en efecto, cuando bajo la influencia de este tratamiento dirigido contra las parálisis vocales, vuelve la voz, suele reaparecer al mismo tiempo la sensibilidad.

§ 2. — HIPERESTESIA

La hiperestesia de la mucosa laríngea, se observa ante todo en las histéricas y en ciertos neuróticos. Según Gottstein, sobreviene en ocasiones bajo la influencia de la dentición, de las reglas ó del embarazo, desapareciendo después. Se ha visto á menudo al principio de la tisis pulmonar, aun cuando en la laringe no había más lesión que la anemia. Lennox-Browne, Juracz y Gottstein, atribuyen gran valor diagnóstico á la hiperestesia en los casos dudosos, sobre todo, cuando coincide con parestesias de la laringe; el último de dichos autores, dice que puede ser el signo precursor de una tuberculosis pulmonar que se desarrollará mucho tiempo después.

La hiperestesia se halla caracterizada por un notable aumento de la excitabilidad refleja; la menor partícula alimenticia que penetra en el vestíbulo de la laringe ocasiona una tos por accesos ó el espasmo de la glotis. Algunas veces el enfermo no puede respirar con la boca abierta sin que en la laringe experimente cierta sensación de frío, muy molesta. Otras veces la palabra llega á producir sensaciones dolorosas, y hay histéricas que guardan constante silencio para evitar los dolores laríngeos (*fonofobia* de Thaon). La hiperestesia laríngea va á menudo acompañada de parestesias, y á veces de neuralgias.

El diagnóstico de hiperestesia laríngea sólo se halla justificado, cuando los síntomas que quedan expuestos no coinciden con ninguna lesión objetiva apreciable por el examen laringoscópico. En efecto, no puede llamarse hiperestesia, la hiperalgesia causada por el catarro; como tampoco, es anestesia la disminución de sensibilidad que acompaña á ciertas fases de la tuberculosis, y sobre todo de la sífilis laríngea.

El pronóstico debe ser reservado, en ocasiones, por la posibilidad de una tisis en incubación; siempre será más favorable en las histéricas y en las embarazadas. En este último caso, la afección no es susceptible de tratamiento. Por el contrario, los neuróticos deben someterse á la hidroterapia y á los bromuros, aunque los resultados obtenidos podrán ser poco duraderos, porque la afección es rebelde y expuesta á recidivas.

§ 3. — PARESTESIAS

Las parestesias de la mucosa laríngea se observan con gran frecuencia en las histéricas, los neuroasténicos y los hipocóndricos. Estos enfermos experimentan, de tiempo en tiempo y á veces constantemente, sensaciones de quemadura, pinchazos, hormigueo (que les obligan á toser), ó bien de cuerpos extraños. Algunas veces, estas sensaciones resultan, en realidad, de la presencia anterior de un verdadero cuerpo extraño: una espina de pescado, un hueso, una partícula alimenticia, pueden haber permanecido cerca de la laringe algunos

días antes, y sin embargo, continúa la sensación molesta, á pesar de haber sido tragado ó expulsado el cuerpo extraño. Por lo general, no sucede nada de esto, sino que se trata de sensaciones constantes y puramente subjetivas.

Es dudoso que la anemia ó la clorosis solas, puedan determinar las parestesias de la laringe. Cuando existen en tal caso, hay que pensar, como hemos dicho antes, en una pseudo-clorosis, en una anemia bacilar pre-tuberculosa (Lennox-Browne, Juracz, Gottstein).

El diagnóstico exige el empleo del laringoscopio: no debe formularse, sin haber reconocido antes que la laringe está sana. Pero es necesario también saber que ciertas lesiones de la faringe (catarro de la amígdala faríngea ó amigdalitis palatina crónica, hipertrofia de la amígdala lingual, sobre todo), pueden determinar sensaciones análogas. En los hipocóndricos, la neurosis se presenta de un modo especial, que por sí solo ilustrará al médico: los enfermos interpretan las sensaciones subjetivas de que se quejan; por lo general, creen que padecen lesiones graves ó mortales (sífilis, tisis laríngea, cáncer de la laringe), y aunque se intente sacarles de su error, no se consigue convencerles de que sus accidentes son nerviosos.

De cualquier modo, la enfermedad es tenaz y expuesta á recidivas; las curaciones sólo se consiguen cuando se ha podido tratar y curar la lesión faríngea que era causa determinante de los accidentes. Los bromuros, la hidroterapia, la gimnástica, son los agentes terapéuticos más recomendables.

§ 4. — NEURALGIA LARÍNGEA

ETIOLOGÍA. — Las neuralgias de la laringe son mucho menos comunes que las parestesias de la misma región, y no tan raras como creen muchísimos autores. Son más frecuentes en la mujer que en el hombre, y aparecen á menudo en los individuos neuro-artríticos. A veces, se las puede asignar la acción del frío como causa determinante. En otros casos, sobrevienen como fenómeno reflejo doloroso, á consecuencia de afecciones localizadas de la faringe, y sobre todo, de la faringe nasal. La he visto, una vez coincidiendo con la parálisis del recurrente, y creo que se trataba, en este caso, de una neuritis primitiva del tronco del laríngeo inferior, aunque parece más común que la causa resida en el laríngeo superior.

SÍNTOMAS. — La neuralgia laríngea se revela por dolores más ó menos vivos, á veces lancinantes, que sobrevienen por accesos, y casi siempre son unilaterales. El punto de partida del dolor, suelen referirlo los enfermos al asta mayor del hioides; desde allí se irradia hacia la oreja, y más á menudo á lo largo de la laringe y de la tráquea. Los dolores aumentan, de ordinario, bajo la impresión del frío. En ciertos individuos, aumentan, cuando el enfermo habla mucho. La exploración digital, practicada en la piel del cuello y á cierta profundidad, á lo largo de la laringe y de la tráquea, permite, á veces, encontrar un punto doloroso (E. Fränkel), que no coincide con aquel en que el enfermo localiza el origen de sus dolores espontáneos. La presión sobre este punto, molesta al principio, calma el dolor en ciertos sujetos (Morell-Mackenzie). E. Fränkel ha visto que la aplicación de la corriente continua era

muy dolorosa, sobre todo cuando se colocaba el polo negativo en el punto sensible á la presión.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. — El diagnóstico exige una exploración atenta. A veces es difícil distinguir claramente la afección, de una neuralgia de la faringe, aun cuando se examine al enfermo con gran cuidado; sin embargo, á falta de lesiones naso-faríngeas, que puedan hacernos pensar en una neuralgia refleja, esta distinción es importante desde el punto de vista del tratamiento.

La terapéutica será, en lo posible, causal. Así, por ejemplo, en los casos de catarro circunscrito de la amígdala faríngea (angina de Tornwaldt), se tratará, ante todo, la afección de la faringe; de este modo he conseguido algunas curaciones rápidas. En otras condiciones, se recurrirá á la antipirina, la exalgina ó bien el opio asociado al sulfato de quinina, que permiten calmar los dolores. Estos ceden también á las aplicaciones repetidas de compresas empapadas en agua muy caliente (Gottstein). E. Fränkel ha obtenido buenos resultados de las corrientes continuas empleadas diariamente, durante algunos minutos: se aplicaba el catodo á la columna vertebral y el anodo en el punto doloroso, á lo largo del cuello. El uso intra laríngeo de disoluciones astringentes ó calmantes, recomendadas por algunos autores, no me ha dado ningún resultado apreciable. Tampoco he obtenido éxito con las pulverizaciones externas de cloruro de metilo, ni con la congelación que produce este cuerpo, siguiendo el método de Bailly (*stypage*): la mejoría fué nula ó muy pasajera y seguida de una recrudescencia más ó menos marcada de los dolores. Debo advertir, sin embargo, que no he recurrido á dicho medio en bastantes casos, para que pueda condenarle sin reservas; quizás, en otras circunstancias, daría mejores resultados.

II -

Desórdenes motores.

§ 1. — PARÁLISIS Y CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA LARINGE

Expondré en un mismo párrafo la historia de las parálisis de los músculos de la laringe y la de sus contracciones, para no salirme, en lo posible, del terreno clínico; relacionando entre sí las descripciones de ciertos desórdenes motores que presentan como carácter común la inacción constante, más ó menos duradera, de los diversos grupos musculares, ó bien de los diversos músculos de las cuerdas vocales ó de una de ellas. Este método tiene en mi sentir, la ventaja de no prejuzgar nada acerca del mecanismo de la impotencia funcional que se va á describir. Ahora bien, como veremos muy pronto, á veces es muy difícil averiguar si la inmovilidad de una cuerda vocal, independiente de lesiones de la articulación crico-aritenóidea, es debida á la parálisis de un grupo muscular mejor que á la contracción del grupo antagonista, ó bien á su contracción ó su parálisis totales. Muchas veces, en la práctica, se observan ciertas imágenes laringoscópicas cuya interpretación ha sido objeto

de discusiones entre los especialistas más autorizados. Los argumentos invocados por una y otra parte tienen casi igual valor, al parecer, y por eso muchas veces es imposible, sobre todo cuando no ha podido seguirse el curso de la afección, formar idea exacta, con pleno conocimiento de causa. Aunque tal ó cual teoría le parezca al observador más fundada y legítima que las demás, éste deberá poner á prueba su prudencia y circunspección, para no adoptar unas ú otras opiniones sino con grandes reservas y siempre á beneficio de inventario.

SINTOMATOLOGÍA. — Dicho esto, podemos comenzar el estudio de los signos laringoscópicos de las parálisis laríngeas, sin temor de que haya torcidas interpretaciones. En primer término, nos ocuparemos en el examen de los signos laringoscópicos de las laringoplegias unilaterales y de las variaciones que presentan según que la impotencia funcional se extienda á todos los músculos ó se limite á algunos de ellos. Estudiaremos después los signos laringoscópicos de las parálisis bilaterales, con arreglo al mismo método. De paso, examinaremos las diversas interpretaciones de que son susceptibles los resultados variables del examen laringoscópico en los diferentes casos, y procuraremos formular una opinión, apoyándonos exclusivamente en los conocimientos que la anatomía y la fisiología nos proporcionan acerca de los diferentes músculos laríngeos, y del papel, complejo y todavía imperfectamente conocido, que desempeñan en el cumplimiento de las funciones vocales y respiratorias. Al propio tiempo, expondremos los signos y síntomas comunes y los que se observan especialmente en las distintas variedades objetivas.

A. — SIGNOS LARINGOSCÓPICOS Y SÍNTOMAS FUNCIONALES DE LAS PARÁLISIS LARÍNGEAS UNILATERALES

Las parálisis laríngeas unilaterales, pueden ser completas ó incompletas (paresias). Apenas me ocuparé más que de los signos de las parálisis completas, signos simplemente atenuados en las paresias, pues, en este último caso, la contractilidad, la motilidad de los músculos, disminuye más ó menos, pero no está abolida, como en el primero. Además, pueden ser totales ó parciales. Siguiendo el estricto significado de las palabras, debería entenderse por «parálisis unilateral total» la parálisis de todos los músculos de un mismo lado y por «parálisis unilateral parcial» la de algunos ó sólo uno de estos músculos. Pero teniendo en cuenta las reservas, antes indicadas, que impone la incertidumbre actual acerca de la interpretación más exacta de los signos laringoscópicos, y la necesidad en que nos encontramos de confundir, bajo el nombre de «parálisis» diversos desórdenes motores (parálisis y contracturas) que se hallan caracterizadas por la inercia funcional, nos vemos obligados á aplicar el nombre de *parálisis unilaterales totales*, á los casos en que existe falta constante y completa de los movimientos activos de una cuerda vocal, lo mismo en los dos tiempos de la respiración que durante la fonación, y las *parálisis unilaterales parciales*, á aquellos en que la inmovilidad no es constante. Estudiaremos, primero, las parálisis parciales y después, las parálisis totales.