

He tenido ocasión de desarrollar dos veces esta opinión (1), fundada en 15 casos personales, que pude estudiar durante algún tiempo: tres de los enfermos, eran tuberculosos; otros tres, hombres de cincuenta á sesenta años, en los cuales me fué completamente imposible fijar la etiología ni aún probable de la afección, y todos los demás tabéticos. La observación de uno de estos últimos enfermos, llena de interés, sirvió de base á una comunicación que leí en la Sociedad de laringología de París (2); se refiere á un tabético, de treinta y cinco años, enfermo de esta forma de parálisis laríngea, traqueotomizado, y á quien C. Monod, siguiendo mis deseos, reseccó 1 1/2 centímetros del recurrente izquierdo (el más asequible), por debajo de la arteria tiroidea inferior (3). El paciente curó por completo de la operación, pero *la imagen laringoscópica no se modificó nada, las cuerdas vocales continuaron, no sólo en posición mediana, sino también igualmente tensas*; y como se resistió á llevar la cánula, falleció algún tiempo después, á consecuencia de un acceso de sofocación. La autopsia fué bastante incompleta; sin embargo, pudo separarse la laringe y ver que *no existía ninguna lesión de la mucosa, ni de las articulaciones crico-aritenóideas*, siendo de lamentar que, por un error de técnica, no se llegara á hacer un perfecto examen microscópico de los músculos y de los filetes nerviosos. De todos modos, es evidente que si este paciente hubiese tenido, ora una parálisis de los crico-aritenóideos posteriores, miopática ó de otra índole, ora una contracción generalizada de los aductores de las cuerdas vocales, la resección de un nervio recurrente hubiese determinado en el acto, como esperábamos Monod y yo, una hemiplejía laríngea total del lado operado. ¿Por qué no sobrevino ésta? No veo más explicación posible de este hecho, que la contracción del músculo ari-aritenóideo, la cual sobrevino bajo la acción del nervio laríngeo superior del mismo lado, y quizás también, en parte, del otro nervio recurrente. Mientras sólo existía esta contracción, el enfermo respiraba aún; cuando sobrevenia, además, el espasmo de los crico-tiroideos y de los aductores laterales, apareció la disnea paroxística.

En algunos de esos enfermos que viven más ó menos tiempo en tales condiciones, sin que sea necesaria la traqueotomía (hecho menos raro de lo que á primera vista pudiera creerse), llega un momento en el cual pueden observarse, objetivamente, modificaciones favorables de la laringe, coincidiendo con una disminución progresiva de la disnea. Las cuerdas vocales se atrofian, se adelgazan, su borde libre se torna cóncavo, la hendidura glótica se ensancha y tiende á hacerse elíptica; más tarde, el aritenoides, contraído, cede un poco; el aspecto de la laringe, se parece al de la parálisis recurrente bilateral. A medida que mejora la respiración, se altera más la voz, pero subsiste, aunque ronca y débil, sin apagarse por completo.

(1) *Archives de laryngologie*, pág. 308 y 309, 1890, y *Note sur le contracture du muscle ariaryténoïdien*; C. R. de la Soc. de laryngologie de Paris, y *Archives de laryngologie*, 1892.

(2) *Contribution à l'étude des stenoses laryngées névropathiques*, C. R. de la Soc. de laryngologie de Paris, 1861, y *Archives de laryngologie*, 1892.

(3) Este nervio fué examinado por Alberto Gombault, que encontró en él alteraciones muy evidentes.

#### Paresias de los músculos de la laringe.

La descripción sintomática que acabo de presentar á mis lectores, aunque más complicada y menos clara de lo que yo hubiera querido, dista, sin embargo, mucho de corresponder á todos los casos que se presentan á nuestra observación. En efecto, apenas se refiere más que á las parálisis completas de los diversos músculos ó de los diferentes grupos musculares, sin tener en cuenta los estados simplemente paréticos, aislados ó asociados, ni los que coinciden con parálisis completas ó contracciones de uno ó ambos lados, etc. En realidad, pues, resulta incompleta é insuficiente; pero es menos esquemática que todas las descripciones clásicas. Ofrece sobre ellas la ventaja de no tener en cuenta más que los signos laringoscópicos objetivos y los síntomas asociados; relegando á segundo término la interpretación patológica de esos signos, y evitando tomar por base teorías inciertas ó hipotéticas acerca de la mecánica de los músculos de la laringe y su inervación motora. La insuficiencia de nuestros conocimientos acerca de la fisiología normal y patológica del aparato motor laríngeo neuromuscular se hará muy evidente, después del estudio que vamos á emprender; estudio árduo, pero que, iniciándonos algo en lo referente á los caracteres objetivos, curso y pronóstico particulares de las laringoplegias por causas diversas, formará un útil complemento de la exposición sintomática que vamos á hacer, y extenderá, agrupándolos lógicamente en nuestro ánimo, los conocimientos clínicos que poseemos acerca de estas cuestiones.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — Lo mismo que todas las demás parálisis motoras, las laringoplegias pueden dividirse en dos grandes grupos: las *parálisis de origen nervioso* y las *de origen muscular ó miopáticas*. El primer grupo, que es el más importante, puede también subdividirse en dos clases secundarias: *parálisis nerviosas motoras de origen central* y *parálisis nerviosas motoras de origen periférico*.

Estudiaremos, pues, sucesivamente las diversas condiciones patológicas capaces de interesar los centros nerviosos cerebrales y bulbares, los nervios espinal y neumogástrico desde sus orígenes intracranianos hasta los nervios laríngeos, y estos mismos nervios, así como sus ramificaciones terminales, de modo que determinen la aparición de una parálisis motora de la laringe. Como lo hicimos al estudiar los síntomas, dividiremos nuestro estudio etiológico y patológico en dos partes, relativa la primera á las laringoplegias unilaterales y la segunda á las parálisis laríngeas bilaterales. Terminaremos por decir algunas palabras acerca de las lesiones musculares primitivas capaces de determinar laringoplegias miopáticas, cuestión poco conocida todavía.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LAS PARÁLISIS LARÍNGEAS  
DE ORIGEN NERVIOSO

A. — Parálisis unilaterales (1).

1.º *Hemiplejias laríngeas de origen central* (2). — a. *Parálisis de origen cerebral*. — Hasta aquí, los hechos de parálisis laríngeas de origen cerebral han sido muy raros. Antes que Revillard, Garel y los demás autores citados en la nota que antecede, hubiesen publicado sus observaciones, no se encontraban en la ciencia más que relaciones de autopsias de enfermos que presentaron trastornos de la voz, pero que en vida no fueron examinados al laringoscopio (Andral, Foville, A. Duval, y P. Broca, de Beurmann, L. Ronci, Seguin, Kast, etc.), ú observaciones de enfermos hemipléjicos por lesiones cerebrales examinados al laringoscopio, pero sin relaciones de autopsia (Lewin, Delavan, Cartaz, Gerhard, Löri, Garel, etc.). La mayor parte de las observaciones correspondientes á la primera categoría, se refieren á enfermos afectados de hemorragia ó reblandecimientos más ó menos extensos, con residencia únicamente en la substancia blanca ó al propio tiempo en la corteza y regiones subyacentes,

(1) Consúltese la tesis de Moncorge, Études sur les laryngoplégies unilaterales. Lyon, 1890.

(2) La cuestión de los centros motores de la laringe, es todavía tan poco conocida y tan controvertida, que me parece conveniente indicar aquí sus principales rasgos. Antes de estudiar los efectos de las lesiones de esos centros y las parálisis laríngeas que de ellas resultan, creo indispensable saber dónde residen esos centros y cuáles son las funciones especiales que les están encomendadas.

La función de la laringe es doble: como órgano respiratorio, está encargado de mantener abierta la entrada de las vías aéreas, y desempeñada esa función sin que el sujeto tenga de ello conocimiento; como órgano vocal, realiza la fonación, fenómeno connexo, ó por lo menos muy parecido al lenguaje articulado, acto voluntario y consciente. Durante mucho tiempo, se creyó que á cada una de esas funciones correspondía un aparato muscular distinto, estando encomendadas las funciones respiratorias á los dilatadores (músculos respiradores), y las funciones fonadoras á los constrictores (músculos vocales). Claudio Bernard fué el primero en combatir esa teoría, que después han destruido en definitiva otros interesantes trabajos, entre ellos los de Jalenffy, acerca del papel de los crico-aritenóideos posteriores en la fonación. Según Cl. Bernard, la doble adaptación funcional de la laringe, corresponde no á una disgregación de su aparato muscular, sino á la especialización de sus conductores nerviosos; de experimento célebre sacó la conclusión de que el nervio espinal presidía á la innervación vocal y el nervio neumogástrico á la innervación respiratoria. Aunque esta opinión de C. Bernard contiene sin duda una parte de verdad mucho mayor que las emitidas después por Schech y Grabower, dicho autor fué demasiado absoluto al sostener que los dos modos de innervación de la laringe proceden *siempre* del espinal, y el segundo *siempre* del neumogástrico; hoy parece muy probable que la doble adaptación funcional de la laringe, no corresponde más íntimamente á la especialización de sus nervios que á la disgregación paralela de su aparato muscular, y que lo que distingue la función vocal, de la función respiratoria, es tan sólo la diversidad de su origen central. La primera, acto cerebral, está regida por un centro motor cortical; la segunda, fenómeno bulbar, depende de un centro situado en la substancia gris de la médula oblongada.

La substancia gris del bulbo ha sido considerada, durante mucho tiempo, como punto de partida exclusivo de todas las acciones musculares de la laringe. Hoy se admite más bien que el *centro laringeo bulbar* es, sobre todo, un centro respiratorio, y que cuando, en casos excepcionales, es capaz de realizar un fenómeno vocal, se trata de un grito inconsciente, de un movimiento reflejo. El ejercicio de la fonación, propiamente dicha, voluntaria y consciente, está encomendado al *centro laringeo cortical*. Entrevista por Ferrier y Duret, la situación de este centro fué localizada en el perro, por H. Krause y por G. Masini, en la región antero-externa del *gyrus* prefrontal, y á pesar de los resultados contradictorios obtenidos por F. Franck, casi todos los autores han admitido las anteriores conclusiones. Dichos experimentos los han repetido en el mono Semon y Horsley, deduciendo que existía, en efecto, en este animal un centro cortical de los movimientos vocales de la laringe, localizado en la parte anterior del pie de la circunvolución frontal ascendente; que este centro era doble, es decir, que existía uno en

habiendo presentado los enfermos síntomas complejos. Lo mismo sucede con las observaciones referentes á individuos que padecen tumores cerebrales (gliomas, gliosarcomas, ó también gomas sífilíticas) y publicadas por diferentes autores (Krausse, Sokoloff, Löri, etc.). Esta escasez de documentos prueba, evidentemente, que la inmensa mayoría de los hemipléjicos con trastornos de la palabra y de la voz, no fueron examinados al laringoscopio durante la vida, lo mismo que los individuos que padecieron diversas afecciones cerebrales ó bulbares. Pero hoy que la cuestión del centro motor laríngeo cortical está planteada, es lícito esperar que se multipliquen las observaciones anatómo-clínicas.

No insisto aquí sobre el asiento de las lesiones, remitiéndome respecto de este asunto á la nota de la página precedente. Por lo que á su resultado incumbe, se ha notado una parálisis de la cuerda vocal del lado opuesto á la lesión: parálisis total según unos, parálisis sólo de los abducto-constrictores según otros, estando la cuerda en abducción más ó menos completa, según los casos.

b. *Parálisis de origen bulbar*. — Aunque poco numerosas todavía las observaciones completas de parálisis laríngeas de origen bulbar, debidas á lesiones primitivas de la médula oblongada, son, sin embargo, algo menos raras que las precedentes, pero tendremos ocasión bien pronto de ocuparnos de ellas, con motivo de la etiología de las parálisis laríngeas bilaterales.

cada lado, y que la acción de cada uno de ellos era bilateral; de suerte, que la ablación de un sólo centro, no producía ningún efecto sobre la fonación.

Hasta ahora, las observaciones clínicas están de acuerdo, sólo en parte, con los resultados experimentales de los autores ingleses. Son, por lo demás, muy escasos todavía, porque es difícil darse cuenta de los casos complejos, los más numerosos, en los cuales la afonía se ha confundido con la afasia y fenómenos paráliticos diversos; y además, los hechos no pueden tener valor, si no cuando la autopsia viene á completar la historia clínica del enfermo. Las observaciones más importantes son las de Rebillard, Garel, Garel y Dor, Münzer, Rosbach, Déjerine y Eisenlohr. Una de las observaciones de Garel y las dos de Déjerine, parecen ser decisivas y demostrar, anatómo-clínicamente, la existencia del centro cortical y su localización en el hombre; la segunda observación de Garel y la de Eisenlohr completan las precedentes, dando á conocer el trayecto intra-cerebral de las fibras que emanan de este centro. Garel y Dor creen poder deducir de sus observaciones que existe, en cada lado del cerebro, un centro motor cortical laríngeo, que reside al nivel del pie de la tercera circunvolución frontal y del surco que la separa de la frontal ascendente; que las fibras que emanan de este centro pasan al nivel de la parte externa de la rodilla de la cápsula interna, formando en el segmento geniculado un manajo independiente del de la afasia y del del hipogloso, y que la acción de este centro es cruzada; de suerte que su destrucción, produce la parálisis total de la cuerda vocal del lado opuesto. Las observaciones de Déjerine y Eisenlohr confirman en gran parte estas conclusiones, y responden á las objeciones hechas á Garel por Semon y Horsley, que atribuían los síntomas observados por el médico de Lyon á lesiones bulbares desconocidas. Empero, la cuestión ha menester aún nuevas investigaciones. Pero es verosímil que, gracias al método anatómo-clínico, pueda resolverse por completo, porque la fonación consciente del hombre es un acto muy análogo al del lenguaje articulado, para que la fisiología experimental pueda jamás dar á este asunto datos equivalentes á los de la observación clínica completada por la autopsia. Para los detalles sobre este asunto y las indicaciones bibliográficas, consúltese el artículo de Raugé: *Los dos modos de actividad de la laringe y su doble innervación central* (*Revue critique*. — *Arch. de physiologie*, 1892, núm. 4). Importa además observar, que si el centro laringeo bulbar es el de la respiración refleja, inconsciente, no es muy verosímil que sea también el centro de la respiración voluntaria. Esta se ejerce cuando el hombre tiene necesidad, para la ejecución inmediata de un acto determinado, de poner en juego sus funciones respiratorias, propiamente dichas. Me explicaré: así como, durante la fonación, no le basta poner en acción los músculos laríngeos aductores y extensores, sino que necesita además regular convenientemente la espiración; del mismo modo, antes de la fonación, le es preciso, por una amplia inspiración, asegurar una provisión de aire convenientemente «espirable». ¿Estas amplias espiraciones voluntarias, precediendo la fonación ó el esfuerzo, no tendrán otro origen que las amplias inspiraciones hechas inconsciente y forzosamente durante una marcha rápida, una carrera, etcétera, etc?

En la *parálisis labio-gloso laríngea de Duchenne*, que da más generalmente origen á una paresia laríngea bilateral progresiva, se encuentra á veces la paresia más acentuada en un lado (Löri); y Eisenlohr, Schreider y Krause han citado casos de hemiplegia laríngea en la *hemiparálisis bulbar crónica*. En la *parálisis bulbar apoplectiforme*, se observará, según Gottstein y Eisenlohr, poco después de los accidentes, ya la parálisis sólo de los adductores, ya la parálisis completa de los recurrentes. En el caso que observé y que dejo citado más arriba (pág. 101), la hemiplegia laríngea era evidentemente hemilateral y completa.

Algunas hemiplejias laríngeas *sifilíticas* reconocen por causa, lesiones bulbares; dependen muy probablemente de alteraciones vasculares específicas. Tales son los casos en que la parálisis laríngea coincide con una *hemiatrofia del mismo lado de la lengua* (Pal, R. Leudet) (1) y el que yo mismo publiqué (2), en el cual había á la vez hemiatrofia laríngea y hemiatrofia de la lengua. En este caso, la parálisis laríngea era inapreciable, porque la cuerda vocal había permanecido móvil y se colocaba en la línea media durante la fonación, pero la atrofia de los músculos de toda la mitad izquierda de la laringe estaba muy acentuada, así como la de la mitad correspondiente de la lengua.

Las parálisis laríngeas unilaterales son mucho más frecuentes en las afecciones bulbares secundarias, que en los casos de lesiones primitivas. Faltan casi en la *esclerosis en placas* (un sólo caso de Löri) y son raras en la *atrofia muscular progresiva Aran-Duchenne* (Löri, Koschlakoff). Por el contrario, se observan con bastante frecuencia en la *ataxia locomotriz progresiva*, por poco interés que se ponga en buscarlas, porque muchas veces se trata de la inmovilidad de una cuerda en mediana posición, y los trastornos de la voz faltan casi por completo. Otras veces se encuentra una hemiplegia completa, la cuerda vocal en posición intermedia y totalmente paralizada. En el primer caso, se trata en ciertas ocasiones de un trastorno motor transitorio, que puede desaparecer al cabo de algún tiempo, sin dejar reminiscencias. En uno y en otro caso puede, por el contrario, verse persistir la parálisis y, primero unilateral, llegar á ser bilateral. Estas parálisis pueden coexistir con accidentes laríngeos espasmódicos. A veces se manifiestan totalmente al principio de la afección. A menudo coexisten con accidentes gástricos (Oppenheim). La patogenia de las parálisis tabéticas no está todavía completamente esclarecida; la existencia de laringoplejias transitorias, implica un trastorno puramente funcional en ciertos casos; en otros (Oppenheim, Krauss) se tratará de una neuritis periférica; pero parece muy probable que existan lesiones de los núcleos bulbares, de lo cual dan fe innumerables autopsias (Jean, Landouzy y Déjerine, Kahler, Demange, J. Ross, Oppenheim, Eisenlohr, etc.) (3).

2.º HEMIPLEGIAS LARÍNGEAS DE ORIGEN PERIFÉRICO. — *a. Tumores de la base del cráneo y de la faringe superior.* — Existe cierto número de casos de

(1) *Ann. des mal. de l'oreille*, pág. 613, 1887.

(2) *Archives de laryngologie*, pág. 140, 1889.

(3) En un caso, en la autopsia de un enfermo tabético atacado de parálisis bilateral de los dilatadores, no encontré Oppenheim (*Arch. f. Psych.*, t. xx, fas. 1) ninguna lesión de los núcleos bulbares, ni de los troncos nerviosos; sólo los músculos crico-aritenóideos posteriores estaban degenerados. Como por otra parte, las atrofas musculares de los atáxicos son constantemente lesiones secundarias, hay motivo para preguntarse si esta parálisis laríngea miopática no era independiente de la tabes.

parálisis de una cuerda vocal que reconocen por causa la compresión del espinal en el cráneo, ejercida por tumores intra-craneeanos (Türk, Dufour, Gerhardt, Schech). En todos estos casos, excepto el de Dufour (quiste hidatídico) se trataba de tumores malignos. Los tumores malignos faríngeos, penetrando en el cráneo, han podido producir idénticos resultados.

*b. Traumatismos de los nervios.* — Las observaciones de traumatismos accidentales (secciones completas ó simples heridas) limitados á los nervios laríngeos, faltan en absoluto; pero Solis Cohen ha señalado un caso de herida del nervio pneumogástrico, por instrumento cortante, que produjo una parálisis de la cuerda vocal izquierda en abducción extrema, que el autor considera como una contracción del crico-aritenóideo posterior.

Aparte de los hechos antiguos, referidos por Galien, Ambrosio Paré, Chassignac, de heridas de los nervios laríngeos inferidas por los charlatanes que procedieran á la abertura de abscesos ganglionares cervicales, los casos de traumatismos operatorios son muy raros. Ha podido verse ligado el pneumogástrico con la carótida y lesionado el recurrente izquierdo durante la esofagotomía externa. Krishaber ha referido las observaciones de dos enfermos operados de tiroidectomía, en los cuales fueron resecaos los nervios recurrentes en una gran extensión durante la operación. En el primero de estos casos, el operador, Tillaux, pudo respetar el recurrente derecho, pero no evitar la resección del izquierdo, adherido al tumor; resultó una afonía inmediata, sin ningún trastorno respiratorio. En el segundo, Richelot debió resecar los dos recurrentes. También hubo afonía inmediata, sin trastornos respiratorios apreciables; el examen laringoscópico demostró que las cuerdas vocales estaban absolutamente inmóviles y en semi-abducción, como en un cadáver (1).

El único hecho conocido hasta ahora de resección operatoria del recurrente sólo, practicado con el deliberado propósito de determinar una hemiplegia laríngea con posición intermedia de la cuerda vocal correspondiente, es el que há poco publiqué (operación practicada por Ch. Monod) y de que ya he hablado anteriormente (2).

*c. Tumores del cuello.* — Los tumores del cuello susceptibles de provocar más frecuentemente compresiones ó inflamaciones de los nervios recurrentes, son las *alteraciones ganglionares, tuberculosas* las más veces, mucho más raramente *sifilíticas* y los *tumores del cuerpo tiroides*, benignos ó no.

La tuberculosis ganglionar puede, cuando no obra más que por su volumen, dar origen á parálisis curables. A veces se observan también parálisis casi intermitentes, de lo que Waren y Penzoldt han citado casos referentes á enfermos cuya parálisis laríngea disminuía ó se acentuaba, según el estado de repleción ó de vacuidad de los abscesos ganglionares fistulosos que padecían. En otros casos, el proceso ganglionar determina la inflamación crónica de las partes próximas; el tronco nervioso mismo puede estar inflamado ó comprendido en el tejido inodular, cuya compresión ocasiona su degeneración.

Los bocios, cuando su volumen ó su asiento lo permiten, pueden realizar la compresión directa de los nervios laríngeos, sobre todo del recurrente iz-

(1) Krishaber, De l'état de la glotte de l'homme après la résection des récurrents; *Comptes-rendus de la Société de biologie* (séance du 6 Nov., 1880).

(2) Véase pág. 110.

quierdo. El bocio exoftálmico puede producir el mismo resultado, según han visto muchos autores, Garel, entre otros (1). El cáncer del cuerpo tiroides, sobre todo el sarcoma y el carcinoma, determinan con mucha frecuencia laringoplegias, no sólo por compresión y á causa de la rapidez de su marcha, sino también ocasionando la inflamación de vecindad sobre el nervio mismo ó los pequeños ganglios próximos.

d. *Tumores del mediastino.*— Las relaciones de los recurrentes, y sobre todo del recurrente izquierdo, explican con facilidad la frecuencia de las laringoplegias en el caso de *cáncer esofágico*, puesto que el tumor reside muchas veces en el origen de la porción cervical del conducto. Esta frecuencia es muy grande y no es raro ver presentarse la parálisis laríngea desde el principio de la afección, aunque la disfagia sea apenas apreciable.

Los *aneurismas del cayado aórtico*, del *tronco braquio-cefálico*, de la *subclavia*, tienen como consecuencia frecuente parálisis laríngeas por compresión de los recurrentes. En semejante caso, la laringoplegia puede sobrevenir brusca ó progresivamente, desde el principio de la afección vascular, y en caso de ectasia de poco volumen, sin que ningún síntoma, ni signo alguno estetoscópico ó esfigmoscópico, permita atribuir la parálisis á su causa real.

La *adenopatía traqueo-bronquial* simple ó consecutiva á la coqueluche, ó también á las pneumokoniosis (Baumler), puede tener el mismo resultado, pero el hecho es excepcional, aparte de las adenopatías tuberculosas ó cancerosas.

e. *Afecciones torácicas diversas.*— La *pleuresía sero-fibrinosa*, cuando el derrame es muy considerable, determina á veces la parálisis de la cuerda vocal del lado correspondiente (Moser). Según este autor, no se trataría aquí de una parálisis; la cuerda vocal, en posición media, estará simplemente contraída en totalidad, y el autor funda su opinión en el hecho de haber visto á la cuerda vocal adquirir de nuevo su movilidad normal después de la toracentesis, y fijarse otra vez en posición media, cuando se reprodujo el derrame. Unwerricht ha citado un caso de parálisis de una cuerda vocal consecutiva á una *pleuresía hemorrágica carcinomatosa* del mismo lado. En estos diferentes casos, es probable que se trate más bien de distensiones del recurrente debidas al cambio de lugar del corazón y de la aorta por el líquido, que á compresiones del nervio por el líquido mismo. Otro tanto diré de las parálisis laríngeas unilaterales que se han visto (Landgraf) en el curso de la *pericarditis* con derrame.

No creo que se haya consignado, hasta ahora, la parálisis laríngea consecutiva al *cáncer del pulmón* (sin pleuresía concomitante). He observado un caso hace algún tiempo. Se trataba de una señora de setenta y seis años, clienta del profesor Ch. Bouchard, con un cáncer del pulmón izquierdo. La afonía se presentó desde el principio de los accidentes pulmonares (dolores lancinantes, arriba y abajo en el lado izquierdo, tos, esputos, etc.), que databan de cuatro meses cuando examiné á la enferma, que no se alimentaba ya y estaba muy delgada. La cuerda vocal izquierda estaba inmóvil en la posición intermedia; durante la fonación, el aritenoides derecho se ponía en contacto del otro, pero los bordes libres de la cuerdas vocales quedaban cóncavos, no

(1) Moncorgé, Tesis citada. He observado también un caso de hemiplegia laríngea en una mujer que padecía bocio exoftálmico, pero era al propio tiempo tabética.

había ningún signo de tensión, y la enferma estaba afónica. Las cuerdas aparecían perfectamente blancas, sin señal alguna de catarro. No había ganglios, ni cervicales ni subclaviculares, apreciables á la palpación: ¿se trataba, pues de una compresión por una masa ganglionar carcinomatosa, ó más bien de una compresión directa por el vértice del pulmón irregularmente aumentado de volumen? Quizá pudiera defenderse la segunda hipótesis, aunque la lesión residía en el lado izquierdo, porque á la exploración, toda la parte media del pulmón estaba sonora y respiraba, en tanto, que por el contrario, se encontraban dos zonas de macidez sin murmullo vesicular, una, en el vértice del pulmón y por delante hasta dos traveses de dedo por debajo de la clavícula; otra, comprendía una parte de la base. No se hizo la autopsia.

Las hemiplegias laríngeas no son muy raras en el curso de la *tuberculosis pulmonar*. Su patogenia es muchas veces compleja; así que cada una de las opiniones exclusivas, formuladas por los autores respecto de este asunto, encierra alguna parte de verdad. Mandl ha sostenido que las parálisis derechas eran más frecuentes, y explica este hecho por las relaciones del recurrente derecho con el vértice del pulmón congestionado ó infiltrado. Gerhardt culpa sobre todo á la adenopatía bronquial. Gouguenheim cree que los pequeños ganglios traqueo-laríngeos, que con tanto cuidado ha estudiado y descrito, son más susceptibles de producir, por propagación, la perineuritis y la neuritis secundaria, que los gruesos ganglios traqueo-bronquiales. Según Lubet-Barbon (1) y Dutil, se tratará más bien de una neuritis infecciosa idéntica á las descritas por Pitres y Vaillard y Kiener y Poulet, en otras tuberculosis. Estas últimas hipótesis tienen la sanción de la histología patológica. En fin, deben tenerse en cuenta, además, las alteraciones del tejido muscular, sobre las cuales insistiremos después.

f. *Neuritis periféricas primitivas.*— Ya hemos indicado las neuritis periféricas, como causa posible de las parálisis laríngeas de los tuberculosos y de los atáxicos. También necesitamos señalar, entre las parálisis laríngeas procedentes de la misma patogenia, las laringoplegias diftéricas y quizá también ciertas parálisis laríngeas sifilíticas. Es probable que á las neuritis periféricas haya que atribuir las laringoplegias unilaterales que se han observado en algunos casos, consecutivamente á la intoxicación saturnina ó arsenical crónica (Morell Mackenzie).

La existencia de hemiplegias laríngeas, debidas á neuritis primitivas del recurrente (neuritis primitiva *a frigore*, por ejemplo), no está todavía claramente establecida. Sin embargo, puede considerársele como muy probable, Masséi (2), que fué el primero que planteó la cuestión, apoya su hipótesis en algunas observaciones de parálisis laríngeas sobrevenidas en enfermos en los cuales faltaba toda causa capaz de interesar los centros nerviosos ó de comprimir y lesionar el recurrente. Estas bases son evidentemente insuficientes; la falta de necropsia y de examen histológico completo, no autoriza de ningún modo para afirmar que no existe alguna lesión de que el trastorno motor larín-

(1) Véase Lubet Barbon, Étude sur les paralysies des muscles du larynx; Thèse de Paris, pág. 57 y 58, 1887.

(2) Massei, Névrites primitives du tronc du récurrent, Congrès international de laringologie de Paris, 1889.