

precedida de sofocación, ni ningún síntoma precursor; el tercero, relativo á un hombre de cincuenta años, con lesiones cicatriciales extensas, consecutivas á una pericondritis antigua: en éste, la muerte sobrevino sin disnea previa, y el enfermo cayó como herido por un rayo, cuando estaba orinando antes de acostarse; finalmente, el cuarto, hombre de treinta años, con estrechez sífilítica infranqueable, á quien el Dr. C. Monod había hecho la tirotomía algunos meses antes de su muerte, y llevaba desde dos años antes una cánula traqueal, se estaba tratando en el hospital de San Antonio, clínica del Dr. Monod, cuando de repente murió en medio de la sala del hospital, donde jugaba con otros compañeros.

La patogenia de estas muertes fulminantes, es todavía hipotética. El doctor Botey, que no ha observado más que cancerosos y un tuberculoso, cree que la muerte se explica por una alteración del nervio recurrente, consecutiva á lesiones de los ganglios peritráqueo-laríngeos; pero esta opinión, fundada en una sola autopsia personal, me parece poco sostenible, no sólo porque las autopsias de los enfermos que han fallecido así pueden ser negativas, sino también por lo poco frecuente de la muerte repentina en los individuos que padecen lesiones del recurrente. La autopsia del último de los enfermos que acabo de citar, fue hecha con gran cuidado por el mismo Monod, dando resultados negativos en absoluto; el encéfalo y el bulbo, lo mismo que los órganos torácicos, no presentaban ninguna lesión capaz de explicar la muerte; los recurrentes estaban intactos, y sólo en la laringe se veía una estrechez intrínseca, con considerable engrosamiento del gatillo cricóideo. Parece, pues, lícito pensar que, en tales casos, *el enfermo muere por su bulbo*, y que la muerte es un fenómeno inhibitorio que parte de la laringe, pero de la laringe misma, y no de sus nervios aferentes. Estos hechos son comparables á los obtenidos experimentalmente por Brown-Séguar, quien comprobó la pérdida del conocimiento y hasta la muerte inmediata en los animales, dándoles un golpe más ó menos violento al nivel de la laringe en la región cervical anterior, y ha asignado, precisamente, á esos fenómenos la misma patogenia que acabo de indicar; patogenia aplicable también á las observaciones de muerte repentina determinada por una presión, no muy fuerte, del cuello (sin estrangulación, ni siquiera equimosis), bien en las riñas, bien durante los ejercicios de lucha; estos hechos son muy conocidos de los médicos legistas. Sin embargo, importa consignar que en los sujetos que padecen lesiones crónicas laríngeas graves, llega la muerte repentina sin que sea posible sospechar su causa determinante inmediata, y sin que la preceda ningún signo de irritación laríngea, ni el menor acceso de tos; el enfermo cae de repente y muere, siendo imposible sospechar por qué la muerte sobreviene en ese momento, mejor que en otro (1).

Por el contrario, en los casos de vértigo laríngeo de Charcot, al ictus precede constantemente una sensación de irritación en la laringe, y el enfermo cae después de haber comenzado á toser. El principio de los accidentes es sin duda laríngeo, y el ictus sólo puede explicarse por una reacción bulbar inhibitoria; pero el origen de la perturbación sensitiva laríngea, es problemático ó desconocido en la mayor parte de los casos. Las observaciones publicadas,

(1) Compárense estos hechos con algunos de los que cita Brissaud en su Memoria acerca de « L'angor pectoris et l'angoisse lanyngée (*Tribune médicale*, 1890).

apenas difieren entre sí; casi siempre se trata de hombres adultos, vigorosos y bien constituídos; algunas veces, aunque no siempre, son gotosos, sanguíneos ú obesos. En ciertos casos, ha habido bronquitis agudas, bronquitis crónicas, enfisema, asma; en otros, existía una faringitis crónica. La laringe está sana siempre ó sólo presenta alteraciones superficiales é insignificantes. El curso de la afección, es muy inconstante; el primer acceso no es jamás solo, pero la frecuencia de los accesos consecutivos y el intervalo que los separa, son muy variables. Ciertos enfermos observan que, en un momento dado, los accesos se repiten con cortos intervalos, varias veces al día en algunos casos, después se alejan, y por último, desaparecen. Otros sólo tienen dos ó tres accesos en un año, y al cabo de dos ó tres años quedan curados. Finalmente, algunos no padecen más que tres ó cuatro ataques en toda su vida, y el intervalo que los separa puede ser de varios años. Los accesos suelen sobrevenir sin causa determinante apreciable; á veces parecen provocados por la impresión del frío y la permanencia en una atmósfera muy caliente ó cargada de polvo ó de humo de tabaco.

Salvo los casos en que el vértigo laríngeo aparece como síntoma de la tabes en su principio, el pronóstico es siempre favorable, porque los accidentes son pasajeros y no tienen más peligro que las lesiones que pueda causarse el individuo al caer. Por lo demás, la enfermedad cura muchas veces de un modo espontáneo. En algunos sujetos, la desaparición de los accesos fue favorecida, al parecer, por el tratamiento de las lesiones faríngeas ó de las bronquitis que antes existían, pero sería ilusorio fiar en los resultados de una terapéutica que ha de ser empírica en todos los casos (1).

(1) En los tres últimos años, he tenido ocasión de observar, personalmente, cinco enfermos de *vértigo laríngeo de Charcot*, lo cual, teniendo en cuenta la rareza de la afección, constituye una serie importante. En todos estos casos, los accesos se manifestaban de un modo siempre idéntico: cosquilleo en la laringe, tosecilla poco marcada, rubicundez de la cara, más ó menos considerable; caída al suelo con pérdida del conocimiento, retorno inmediato y completo al estado normal.

OBSERVACIÓN I.—Hombre de setenta y dos años, enviado por el Dr. Monod. Acaba de tener un acceso de vértigo á la puerta de un café. Es la tercera vez que le ocurre esto, desde hace treinta y cinco años; los accesos anteriores guardaron un intervalo de quince á dieciocho años; fueron análogos al presente, y se manifestaron en condiciones completamente idénticas, es decir, cuando el enfermo tomaba café después de haber comido. La caída fué siempre completa, aun cuando estaba sentado, y el sujeto recobraba el conocimiento cuando le levantaban los que habían visto el accidente. No sintió nunca la menor molestia después de los accesos, que fueron limitados y transitorios. La salud de este individuo es buena, á pesar de su edad avanzada; bebe y fuma con moderación, sin exceso. Examen clínico negativo. Nariz, faringe y laringe, sanas por completo; tocando el vestibulo laríngeo y las regiones inmediatas con una sonda, no se provocan reflejos exagerados.

OBSERVACIÓN II.—Hombre de cincuenta y tres años, enviado por el Dr. Grenier. Buena salud habitual; examen clínico completo, negativo; orinas normales, ningún síntoma de tabes ú otra afección nerviosa; sin antecedentes de alcoholismo, ni tabaquismo; á veces, bebe licores más de lo ordinario, y entonces arroja pituitas matinales durante algunos días. En 1888, bronquitis, que dejan como consecuencia accesos de tos seca. Después, con cinco ó seis días de intervalo, y estando en la mesa, sobrevienen dos accesos de vértigo laríngeo, con caída. La segunda vez, cae sobre el ángulo de la chimenea, y se hiere en la cabeza. No hubo otro acceso en el año siguiente. En Noviembre de 1889, ligera bronquitis y el 10 del mismo mes, en el momento en que se le creía curado, sobreviene un nuevo ataque de vértigo laríngeo, también durante la comida. Su mujer tiene tiempo para sostenerle; el enfermo queda sentado, y en seguida recobra el conocimiento, sin darse cuenta de lo que le había pasado, como ocurrió las dos veces anteriores. Su mujer pudo ver que el enfermo se ponía muy encarnado, pero que no hubo palidez consecutiva de la cara, ni tampoco convulsiones. Desde entonces, no se ha presentado ningún nuevo acceso, aunque el enfermo tiene tendencia á toser fácilmente. No hay la menor lesión de la faringe, ni de la laringe. Desviación traumática del tabique nasal, desde la infancia.

OBSERVACIÓN III.—Hombre de cincuenta y un años, enviado por el Dr. Guillot (de Lisy). Sangui-



## CAPITULO III

## LARINGITIS

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN. — Desígnanse con el nombre común de *laringitis*, las inflamaciones de la laringe. Como todas las demás, son específicas ó no específicas, agudas ó crónicas.

En este capítulo sólo estudiaremos las laringitis no específicas, que son las que interesan principalmente al médico; pero importa antes conocer con exactitud, las relaciones que éstas tienen con las demás variedades de carácter quirúrgico, así como las diferencias anatómicas que las distinguen.

Comenzaremos por describir las diversas *laringitis agudas*. Demuestra la observación, que la inflamación aguda interesa la laringe en sus diversas partes constitutivas ó se limita á una ó varias de ellas. Dáse el nombre de *laringitis catarral* á la flegmasía limitada á la membrana mucosa, y el de *laringitis flemonosa* á la inflamación del tejido celular submucoso: las inflamaciones del esqueleto laríngeo y de su revestimiento fibroso se llaman *pericondritis* y *condritis laríngeas*. Por último, la inflamación puede invadir antes ó después las articulaciones de la laringe, sobre todo las crico-aritenóideas, determinando en ellas el desarrollo de *artritis simples ó supuradas*.

Las lesiones no específicas, circunscritas á las articulaciones ó á las porciones no articulares de los cartílagos son raras, excepto el pseudo-reumatismo, la fiebre tifoidea, la gripe; aun en estos casos, no siempre deben considerarse como resultado de infecciones secundarias. También es raro que la inflamación

neo, ligeramente obeso. Tuvo cólicos hepáticos, hace algunos años. Orinas normales; ningún signo de tabes. En Noviembre de 1891, adquirió una bronquitis, de cuyas resultas tuvo accesos de tos. Quince días después de aparecer esta bronquitis, primer acceso de vértigo laríngeo, después de comer. Desde entonces, hasta el mes de Enero, 1892, cinco nuevos accesos, siempre á la misma hora, con intervalos casi iguales. Desde Enero á fines de Mayo, en cuya época me encargo del enfermo, no ha habido accesos, pero la tos persiste. Algunos signos de bronquitis; ruidos sibilantes. Nada en la faringe, ligera congestión del vestíbulo de la laringe. Nada en las fosas nasales.

OBSERVACIÓN IV. — Hombre de cincuenta y dos años, enviado por el profesor Bouchard. Buena salud habitual; ningún antecedente hereditario ó personal: ningún signo de tabes, ni de cualquiera otra neuropatía. Gran fumador. Acceso de vértigo laríngeo, hallándose en una reunión cuando el enfermo fumaba un cigarrillo. Después, otros cuatro ó cinco accesos, en el espacio de año y medio, casi siempre cuando el enfermo fumaba ó acababa de fumar. Suspende el fumar después del último acceso. Desde entonces (hace unos dos años), no han reaparecido los accesos. Nada notable en las primeras vías, ni en la laringe.

OBSERVACIÓN V. — Hombre de cuarenta y dos años, enviado por el profesor Bouchard. Buena salud habitual. Ningún antecedente hereditario notable. Sífilis benigna en 1870, tratada durante seis meses, que no produjo accidentes consecutivos. Según dice, desde hace cuatro años, tose mucho durante el invierno (sobre todo, en Enero y Febrero); por las noches, está tosiendo dos horas, y á caso más, tan pronto como se acuesta. Por vez primera, hace tres semanas, y la segunda vez, hace ocho días, ha tenido ataques típicos de vértigo laríngeo por la noche. Examen del tórax, negativo. Orinas normales. Nada en la nariz, ni en la faringe, si exceptuamos cierto alargamiento é hipertrofia de la úvula. Cuerdas vocales algo sonrosadas. La sonda laríngea no provoca ningún reflejo exagerado. Ningún síntoma permite pensar en la tabes, salvo la falta de los reflejos rotulianos; pero ésta es absoluta. Aunque he perdido de vista al enfermo, creo posible la hipótesis de tabes; se trata, pues, de un caso dudoso.

se generalice á todo el espesor del órgano sin que al mismo tiempo haya sido invadida la faringe, como sucede en los casos, afortunadamente raros, de *flemón difuso* infeccioso de la faringe y de la laringe, acerca de los cuales llamó la atención Sénator hace algunos años, y cuya descripción se hizo al tratar de las anginas. Más á menudo, la inflamación invade el tejido celular submucoso y se desarrolla con intensidad variable, terminando, bien por resolución, bien por supuración, dando origen á una infiltración purulenta más ó menos extensa ó á un absceso circunscrito. Pero estas laringitis flemonosas son casi siempre secundarias y se desarrollan, ya sea en el curso de enfermedades generales infecciosas, ya á consecuencia de lesiones locales ulcerosas, traumáticas ó específicas, que sirven de puerta de entrada á los organismos flogógenos. La laringitis flemonosa primitiva es bastante rara, y las observaciones de este género, designadas por los autores con el nombre de *edema agudo primitivo de la glotis*, pueden ser consideradas, lo mismo que las pericondritis laríngeas primitivas, como hechos casi excepcionales.

En la inmensa mayoría de los casos, la inflamación aguda de la laringe se circunscribe á su capa mucosa, y la ataca con mayor ó menor violencia en una superficie más ó menos extensa, pero sin pasar de ese nivel, excepto en la parte superior de la región infraglotica de la laringe, donde tiende á propagarse al tejido celular subcutáneo, principalmente en los niños, y determina ligera infiltración edematosa y también en la cara lingual de la epiglotis, donde suele suceder lo mismo. Las inflamaciones de la mucosa laríngea presentan, pues, ciertos caracteres particulares, según el sitio que ocupan: en algunas circunstancias adquieren fisonomía especial bajo la influencia de complicaciones eventuales, como las hemorragias submucosas ó superficiales. De aquí resultan diversos tipos anatómicos, que constituyen variedades de una misma especie, la de las *laringitis catarrales agudas*.

Las laringitis catarrales agudas son, entre todas las afecciones inflamatorias que pueden afectar la laringe, las que más interesan al médico. Se presentan á cada paso á su observación; una de sus formas, figura entre las afecciones que más importa conocer en clínica infantil. Merecen, pues, toda nuestra atención, para lo cual las estudiaremos detalladamente, dejando á un lado la historia de las laringitis submucosas, no sólo por su rareza, sino también porque, en realidad, pertenecen al terreno quirúrgico.

Respecto á las inflamaciones crónicas, apenas se observan más que como procesos de evolución lenta en las capas profundas de las paredes laríngeas. Únicamente se ven á este nivel lesiones consecutivas á los procesos agudos, como anquilosis articulares ó engrosamientos fibrosos del tejido conjuntivo submucoso, miositis progresivas, todavía mal conocidas, que se desarrollan después de inflamaciones catarrales anteriores, ó bien alteraciones degenerativas ó debidas á la involución senil, como osificaciones de los cartílagos, ó la atrofia muscular simple, que nada tienen de común con la inflamación crónica. Por el contrario, ésta es muy frecuente en la mucosa laríngea. Unas veces predomina en las glándulas y da origen á perturbaciones secretorias diversas; en otros casos determina lesiones de toda la membrana, y se revela, sobre todo, por una proliferación conjuntiva, que da origen al engrosamiento del corion, á la hipertrofia difusa de la mucosa laríngea. En otros casos, son