

## 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

más pronunciadas las lesiones del epitelio y de la capa subepitelial y dan origen á alteraciones extensas ó limitadas, con caracteres especiales. Finalmente, puede suceder que las modificaciones secretorias, después de haber constituido durante mucho tiempo el fenómeno dominante, termine por la atrofia sucesiva de las glándulas y al propio tiempo por la de la misma mucosa. Estas diferentes variedades de *laringitis crónicas*, suelen recibir los nombres de *catarrales*, *hipertróficas* ó *atróficas*, según los casos.

La terapéutica médica es impotente contra la mayor parte de estas afecciones: sólo algunas formas, en las cuales las perturbaciones secretorias constituyen el síntoma dominante, pueden modificarse de un modo favorable por el tratamiento termal, y, en particular, por ciertas aguas sulfurosas; las demás, únicamente mejoran ó curan por las intervenciones directas y localizadas que entran en el dominio de la cirugía laringoscópica. Sin embargo, se presentan con demasiada frecuencia á la observación del médico, para que podamos olvidarlas en absoluto; así, dedicaremos á su estudio la última parte del presente capítulo. En los capítulos siguientes, que terminarán el artículo, describiremos la sífilis y la tisis laríngea.

## I

## Laringitis catarrales agudas.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La inflamación catarral aguda de la mucosa de la laringe acompaña casi siempre á las de las fosas nasales y de la faringe nasal, y su etiología se confunde con la de la coriza aguda. Figuran, pues, como principales causas determinantes, la acción del frío, la del polvo, vapores ó humos ácidos é irritantes, la ingestión de ciertos medicamentos (ioduros, etcétera); como causas predisponentes, la influencia del temperamento linfático en los sujetos jóvenes, la de la coriza y del catarro naso-faríngeo crónicos, etc. La laringitis catarral debe ser considerada casi siempre, en estos diversos casos, como una inflamación propagada, más bien que primitiva, y rara vez llega á adquirir notable intensidad.

La obstrucción nasal, cualquiera que sea su causa, predispone siempre á las laringitis, exponiendo la laringe al contacto de un aire que no ha podido, al atravesar las fosas nasales, filtrarse, humedecerse y equilibrar su temperatura con la de las vías aéreas, en las cuales penetra. Esta causa se hace sentir, en su grado máximo, en los individuos obligados por su profesión á un uso constante y prolongado de la voz. Pero es de notar, que todos los individuos predispuestos á la laringitis, en virtud de las condiciones antes expuestas, padecen catarros agudos de la laringe, más bien molestos por su frecuencia, que por su intensidad. Si la predisposición está relacionada con condiciones locales de la laringe ó del aparato bronco-pulmonar, no son raras las manifestaciones agudas intensas de la laringitis catarral. Esto es lo que suele observarse en los cantantes, cómicos, oradores, voceadores de profesión (comerciantes ambulantes, vendedores de periódicos, etc.), en los sífilíticos recién atacados de lesiones secundarias, en los individuos que padecen ciertas formas de bronquitis

crónicas, y en los tísicos que todavía no padecen lesiones tuberculosas de la laringe.

El tipo de la laringitis aguda intensa es la *laringitis a crapula*, en cuya génesis el enfriamiento desempeña un papel inconstante, ó por lo menos secundario. La afección ataca á ciertos individuos que, después de haber pasado muchas horas en cafés ó tabernas, en medio de una atmósfera pesada, cargada de vapores de alcohol y humo de tabaco, donde están bebiendo, fumando, cantando ó gritando, se enfrían quizás al salir, ó se exponen á bruscos cambios de temperatura, pasando de una á otra taberna, se acuestan medio borrachos y despiertan afónicos, con sensación de ardor en la laringe, como si padecieran una laringitis aguda intensa. El accidente termina por la curación, y es aislado, si el enfermo no vuelve á abusar de las bebidas; pero si los excesos se repiten, la resolución es incompleta y se declara la laringitis crónica.

Las causas bajo cuya influencia suelen desarrollarse las laringitis agudas intensas, explican que sean éstas más comunes en el hombre, que en la mujer y en los jóvenes adultos más, que en los niños ó los viejos. Pero las laringitis ligeras son casi tan frecuentes en los adolescentes de uno y otro sexo, como en los adultos. En igualdad de circunstancias, la afección es más común en los climas variables, en las estaciones frías y en tiempo húmedo, que en condiciones contrarias.

La patogenia de la laringitis catarral, no difiere mucho de la que se observa en las diversas inflamaciones agudas superficiales de las membranas mucosas expuestas al contacto del aire. La afección se desarrolla por la acción de los micro-organismos flogógenos que suelen habitar en la garganta, ó que llegan accidentalmente á ese punto con el aire respiratorio; microbios inofensivos cuando la mucosa laríngea se encuentra en condiciones de resistencia y vitalidad normales, y que se hacen patógenos cuando se modifican más ó menos esas condiciones. La disminución de la vitalidad y de la actividad celulares de todo el organismo, que se observa bajo la influencia de perturbaciones graves del estado general, debidas á ciertas enfermedades crónicas (tuberculosis, etc.) ó á ciertas enfermedades agudas (fiebre tifoidea, gripe, etc.), explica la facilidad con que sobrevienen en tales casos, bajo la influencia de causas extrínsecas insignificantes, las diversas afecciones catarrales agudas, y la tendencia á interesar, de un modo secundario, los tejidos subyacentes á las membranas mucosas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Como la laringitis aguda simple no suele determinar la muerte del enfermo, es difícil estudiar anatómicamente las lesiones que la caracterizan. Las alteraciones macroscópicas superficiales que pueden encontrarse en el enfermo, serán descritas al hablar de los síntomas, por lo cual parece inútil mencionarlas aquí. Respecto á las lesiones histológicas estudiadas en enfermos de laringitis secundarias á enfermedades generales (fiebres eruptivas, fiebre tifoidea, etc.), son las propias de las inflamaciones superficiales de las membranas mucosas: proliferación y descamación de los epitelios, infiltración del corion por los elementos linfáticos y los glóbulos rojos, dilatación hiperémica de los vasos capilares, etc.

SINTOMATOLOGÍA. — Los síntomas de laringitis catarral aguda, no tan sólo varían según la intensidad del proceso inflamatorio, sino también según el

sitio que éste interesa. En efecto, al lado de las laringitis agudas *difusas*, que son las más comunes, hay laringitis *circunscritas*, con caracteres clínicos particulares. Estas últimas tienen fisonomía especial cuando la inflamación, muy intensa en cierta región limitada del órgano, es poco marcada en los demás puntos: esto no es nada raro. Así, puede verse la inflamación localizada á la epiglotis, *epiglotitis aguda*; otras veces se manifiesta en la porción infra-glótica de la laringe y adquiere allí extraordinaria intensidad, mientras que la epiglotis, el vestíbulo y aun las cuerdas vocales, hasta su borde libre, apenas presentan más que un ligero estado catarral: esto constituye la *laringitis aguda infra-glótica*, bastante común en la primera parte de la segunda infancia. Describiré sucesivamente esas diversas formas clínicas de laringitis aguda.

En ciertos casos, la laringitis aguda puede dar origen á extravasaciones sanguíneas bastante importantes, para constituir verdaderas hemorragias submucosas ó superficiales. Esta forma, muy rara, ha recibido el nombre de *laringitis hemorrágica*.

A. LARINGITIS CATARRAL AGUDA DIFUSA. — La forma intensa de esta afección, generalmente primitiva, suele tener, casi siempre, un principio brusco. Si las causas que la han producido han obrado durante algún tiempo, la manifestación hiperémica activa se acentúa con extraordinaria rapidez y aparecen los síntomas propios de ese estado. Por lo común, faltan los fenómenos generales ó son pasajeros: se limitan á un ligero malestar, algunos escalofríos y rara vez un poco de fiebre. Localmente, siente el enfermo sudor, sequedad y calor extraordinarios en la laringe; el paso del aire inspirado, cuando la respiración se verifica por la boca, es penoso y produce una sensación de quemadura y provoca accesos de tos. Esta es seca, ronca, dolorosa, y el enfermo hace todo lo posible para evitarla, por temor á la molesta sensación de picadura que cada uno de sus accesos determinan en la laringe. Sin embargo, por lo general no dura mucho tiempo, cuando la inflamación permanece circunscrita á la laringe y respeta la tráquea y los bronquios. Disminuye á los dos ó tres días, sin haber sido nunca muy frecuente, y á la vez se hace menos seca y menos molesta. La voz está alterada desde el principio: es ronca, disminuía en su tonalidad y muy á menudo desaparece por completo. Por lo demás, como la fonación es dolorosa y causa mucha fatiga, el enfermo evita hacer todo esfuerzo vocal; es decir, que, aun cuando no esté afónico, habla en voz baja y cuchichea.

El examen laringoscópico, hecho en el momento en que el catarro, propiamente dicho, ha cedido á la hiperemia, demuestra que la mucosa laríngea ofrece una rubicundez intensa y generalizada. Dicha rubicundez no interesa tan sólo la cara posterior de la epiglotis, el vestíbulo y las bandas ventriculares, que presentan color rojo obscuro, están hinchadas de un modo uniforme y tienen aspecto de lija y barnizado, sino también las cuerdas vocales inferiores. Estas, en toda su extensión, presentan color rojo vivo de carmín uniforme, y se destacan, por su aspecto mate y deslustrado, en medio de las partes inmediatas. El aspecto de lija de la mucosa del vestíbulo, se debe á la tumefacción de las glándulas, y su brillo á la capa de moco, primero transparente y después opalino, que la cubre. No tarda en aumentar la secreción, que á los pocos días tiene un color gris amarillento y se presenta bajo la forma

de pequeños grupos filamentosos que cubren en algunos puntos las bandas ventriculares; parece que salen de los ventrículos de Morgagni, y á menudo ocupan también la región interaritenóidea. Aparte de estas porciones de moco, suelen verse en la mucosa vestibular placas blanquecinas, delgadas, algo opalinas, casi siempre de escasas dimensiones, formadas de células epiteliales descamadas. Su caída apenas da origen á erosiones, propiamente dichas, excepto en los orificios glandulares y en la parte posterior de la cavidad laríngea, donde á veces se perciben erosiones algo extensas en los casos de mayor intensidad.

El examen laringoscópico, permite comprender el mecanismo de la disfonía. Esta puede reconocer por causa la tumefacción de la mucosa interaritenóidea, ó la acumulación de mucosidades en esta región; pero depende, sobre todo, de los desórdenes paréticos musculares que ya mencioné al estudiar las parálisis laríngeas.

La abundancia de la secreción es siempre mediana, y la expectoración es escasa, si no existe traqueo-bronquitis concomitante. La tos y las sensaciones dolorosas, que solo en casos excepcionales determinan cierto grado de disfagia, se disipan con gran rapidez, y al cabo de una semana han desaparecido por completo. La rubicundez disminuye también; abandona, en primer término, las cuerdas vocales inferiores, que toman color gris, persistiendo tan solo el color sonrosado en los bordes libres y por detrás; el moco vuelve á ser opalino y menos espeso, y los síntomas del catarro desaparecen poco á poco. Las perturbaciones de la voz son más persistentes que los otros síntomas, en términos, que á veces dura todavía la ronquera al fin de la segunda semana, pero también se disipa progresivamente. La duración total de la enfermedad, es de quince á veinte días.

En las formas subagudas, aparecen todos los síntomas más ó menos atenuados, y la evolución suele ser mucho más rápida, no pasando quizá de una semana. Por el contrario, en otros casos persiste la inflamación, sin dejar de ser ligera, y puede durar tres ó cinco semanas, antes de desaparecer por completo.

B. EPIGLOTITIS. — La situación de la epiglotis explica de qué modo la inflamación catarral aguda suele circunscribirse á ese punto, cuando reconoce por causa la acción irritante local de los licores alcohólicos, la ingestión de líquidos muy fríos ó demasiado calientes, de alimentos cargados de especias, etcétera. En tales casos, se concibe que la flegmasía, en vez de invadir la cara laríngea del órgano, se desarrolle, sobre todo, en su cara lingual y mejor aún en su borde libre. De aquí resulta, que los síntomas son más bien *faríngeos*, que laríngeos; el dolor que produce la deglución, no falta nunca, y es tanto mayor, cuanto más intensa es la inflamación; además, existe una sensación de pinchazos, de quemadura ó de cuerpo extraño, bastante molesta para el enfermo. Las perturbaciones de la voz son nulas, lo mismo que otros síntomas respiratorios de la laringitis ordinaria. Cuando la inflamación adquiere gran intensidad, y sobre todo, cuando resulta de la ingestión de líquidos demasiado calientes, la epiglotis padece una inflamación edematosa. Este accidente no es raro en los países del Norte, sobre todo, en Inglaterra, en los niños que beben en el pico de la tetera, antes de que se haya enfriado bastante la infusión. A menos que haya habido ingestión de un líquido hirviendo, ó de una

disolución cáustica, el edema suele permanecer circunscrito á la epiglotis ; pero, en el caso contrario, puede invadir los repliegues ariepiglóticos y también extenderse á toda la laringe. Los autores ingleses han publicado numerosas observaciones de este género, muchas de ellas terminadas por la muerte. Pero hay que tener en cuenta que, en tales casos, se trataba en realidad de una *quemadura* de la epiglotis y no de una epiglotitis catarral. Esto es un accidente ligero, casi siempre exento de gravedad ; al cabo de pocos días, la rubicundez y tumefacción que revela el laringoscópico van atenuándose, los demás síntomas disminuyen de intensidad y bien pronto desaparecen. La enfermedad no dura más de cuatro á seis días, á lo sumo.

C. LARINGITIS SUBGLÓTICA AGUDA. — La laringitis subglótica aguda, es una afección excepcional en el adulto. Es enfermedad propia de la infancia, y ataca casi exclusivamente á los niños de tres á siete años. Fué descrita por Guersent con el nombre de *pseudo-crup* y sobre todo por Bretonneau, que la llamó *laringitis estridulosa* (1), atribuyendo todos los síntomas á su verdadera causa, la tumefacción de la mucosa laríngea que determina cierta estrechez momentánea del orificio de las vías respiratorias. Es, probablemente, decía Bretonneau, una especie de «romadizo de la glotis». En realidad, la tumefacción no tiene su asiento en los labios de la glotis, sino más bien debajo. El vestíbulo y las cuerdas vocales están también más ó menos acatarrados, pero la inflamación alcanza siempre mayor grado por debajo del borde libre de las cuerdas vocales, y provoca á este nivel, en toda la parte superior de la región infraglótica de la laringe, una tumefacción en forma de reborde saliente, rojo é indurado, cuya base no sigue á las cuerdas vocales en sus movimientos de abducción, y que determine la estrechez constante de la entrada de las vías aéreas.

La etiología especial de la laringitis infraglótica aguda, es todavía muy obscura. Por lo general, parece debida á un enfriamiento ; pero apenas se ve más que como laringitis primitiva ó consecutiva á un catarro nasal ó naso-faríngeo, y no seguido de un catarro bronquial, como inflamación propagada ; las condiciones especiales que se refieren á su sitio, nos son completamente desconocidas y lo único que sabemos, es que esas condiciones existen, sobre todo, en los niños de dos ó tres á siete años, pues en esta edad se observa casi exclusivamente la afección. Los niños escrofulosos ó linfáticos que padecen lesiones nasales (coriza crónica, congestivo ó hipertrófico), catarro crónico ó hipertrofia de la amígdala retro-nasal y de las amígdalas retro-palatina, están mucho más predispuestos á la enfermedad ; sin embargo, importa advertir, que en estos niños suelen confundirse los accesos de espasmo glótico puramente nerviosos, á que están expuestos al menor ataque de coriza, con una verdadera laringitis estridulosa. Su predisposición es, sin embargo, real, pues en dichos enfermitos, lo mismo que en los individuos que padecen obstrucción nasal, son más frecuentes las inflamaciones de las vías aéreas y de la laringe. Quizá se deba á la herencia de estas condiciones predisponentes, el carácter hereditario de la afección ; este hecho es indudable ; todos los días se ven niños con ataques de laringitis estridulosa, y la anamnesis enseña que el padre ó la madre padecieron accidentes análogos durante su infancia.

(1) Bretonneau, De la Diphthérie, pág. 264 y siguientes, París, 1826. Véase también Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* y los diversos tratados clásicos de patología infantil.

La laringitis estridulosa tiene casi siempre un principio febril ; comienza como un constipado, el niño tiene durante uno ó dos días tos ronca y por accesos, cuando aparecen los *accesos disnéicos* que constituyen el síntoma característico de la enfermedad. Por lo general, al primer acceso precede ligera disnea permanente, cierto estridor inspiratorio sensible, cuando el niño se agita ó hace algún esfuerzo. Este primer acceso comienza las más veces por la noche. El niño se ha acostado tranquilo y quizá se ha dormido muy pronto ; pero á las pocas horas, la respiración es difícil, hay agitación creciente, y la cara se cubre de sudor. Después, repentinamente, el niño despierta sobresaltado, la respiración es fatigosa ; la inspiración es larga, sonora, sibilante, estridulosa, y la espiración entrecortada por accesos de tos molesta, de baja tonalidad, ronca y fuerte. Esta tos, que nunca falta, es un signo de gran valor diagnóstico, porque conserva su timbre mientras dura la afección, en vez de apagarse, como sucede en los casos de crup. Mientras dura el acceso, la agitación es siempre bastante marcada, y la angustia es tanto mayor, cuanto más acentuada la disnea. El pulso es frecuente, la cara bultuosa y cubierta de sudor, la piel está caliente. Al cabo de media hora, una hora, dos horas cuando más, los accesos disnéicos, que se han sucedido casi sin interrupción, suspendidos tan solo durante algunos segundos de calma relativa, y provocados de nuevo por los accesos de tos, concluyen por ceder ; reaparece la calma, la piel se humedece, el pulso se hace más lento y el niño queda dormido. La intensidad de la disnea, es muy variable ; á veces llega á un grado máximo, obligando al niño á dirigir la cabeza hacia atrás y manifestándose síntomas de asfixia incipiente ; pero en la gran mayoría de los casos, faltan estos síntomas graves.

En ocasiones, puede haber varios accesos en una noche y también algunos durante el día. Pero, á menudo, transcurre el día sin más accidentes que un poco de tos y, de cuando en cuando, ligera dificultad respiratoria. La voz continúa siendo sonora, aunque débil, baja y algo ronca. Muchas veces el niño, si su edad le permite quejarse, acusa una sensación de calor constante en la laringe ; cuando tose, siente además ligero dolor y hasta pinchazos en el mismo punto.

Después de haberse manifestado durante dos ó tres noches consecutivas, quizá con intensidad creciente, los accesos nocturnos tienen cada vez menos fuerza, y cesan por completo á los ocho ó diez días. La tos es más blanda y menos frecuente, la voz se aclara y el niño queda curado á los quince días, próximamente. Siempre que se trate de una laringitis estridulosa *verdadera*, la enfermedad dura más de un septenario ; puede pasar de los quince días, según dice Massei, á quien se debe una notable descripción de esta forma de laringitis (1). Las pretendidas laringitis estridulosas de curso rápido, que desaparecen en cuatro ó cinco días, no son más que accesos de espasmo glótico, independientes de toda lesión inflamatoria de la laringe.

Cuando es posible el examen laringoscópico (éste suele ser practicable en los niños de cuatro á siete años), permite reconocer, además de una hipereimia difusa del vestíbulo laríngeo, la existencia de una tumefacción más ó menos evidente de la mucosa de la región infraglótica : á lo largo de las cuerdas

(1) Massei, Patologia e terapia della laringe, t. II, pág. 163 y siguientes.