

vocales inferiores, sonrosadas ó rojas, pero no hinchadas, están reforzadas en toda su longitud de un reborde fusiforme, rojo y tenso, que forma eminencia por debajo y adentro de su borde libre. Este reborde desaparece, cubierto por las verdaderas cuerdas, durante la fonación; pero mientras se realiza la inspiración, es muy visible, y de sus mayores ó menores dimensiones, depende el grado de la estenosis laríngea. La existencia y sitio de esta tumefacción (que ha sido observada con el laringoscopio por Massei, Landgraf, Moldenhauër, Krieg y otros, y que yo mismo he podido ver hace poco en un niño de seis años, que padecía laringitis estridulosa) explican bien la escasa importancia de la alteración de la voz y la persistencia de la sonoridad de la tos en esta enfermedad. También permiten comprender la dificultad que el sujeto experimenta para respirar cuando se agita un poco, en vez de permanecer en reposo. Pero ¿de qué dependen los paroxismos disnéicos, casi siempre nocturnos, que padecen los enfermitos? Se les ha atribuído á aumentos pasajeros de la tumefacción de la mucosa; pero tal explicación, es poco verosímil. La teoría de Niemeyer, que los creía debidos á la estenosis mecánica determinada por la acumulación de moco en el orificio glótico, es aún menos satisfactorio. En realidad, estos paroxismos de disnea son debidos á accesos de espasmo glótico dependientes de la irritación local de la mucosa laríngea; y es probable que si se producen principalmente por la noche, es porque la congestión de las partes, lo mismo que su sequedad, aumenta por el decúbito; además, el niño respira con la boca abierta y no puede regularizar su respiración durante el sueño, como lo hace en estado de vigilia. Por lo demás, como ya dije al tratar del crup, las lesiones laríngeas que tienen su asiento en la región infraglótica de la laringe y en la parte superior de esta región, producen espasmo de la glotis y lo provocan con mucha más facilidad que las que residen en las cuerdas vocales ó en las partes inmediatas. Este es un hecho de observación que no pretendo explicar, pero que, en realidad, es positivo. Nada tiene, pues, de extraño, que la variedad de laringitis que nos ocupa se complique con accesos de espasmo glótico, y que éstos falten cuando la región infraglótica de la laringe está sana ó poco atacada por la inflamación, cual sucede en ciertos casos de laringitis catarral difusa.

Cuando la laringitis infraglótica aguda ataca al adulto, provoca síntomas idénticos que en el niño. A menudo adquiere caracteres graves y llega á ser alarmante; pero, sin embargo, casi siempre cura sin necesidad de recurrir á la traqueotomía. Lo mismo que en el niño, está expuesta á recidivas, no siendo raro que un mismo sujeto padezca esa laringitis dos años seguidos y hasta con dos ó tres años de intervalo, como sucedió en una mujer de treinta y dos años, á la que pude observar su tercer ataque. Esta identidad de fenómenos en los adultos y en los niños, demuestra que los síntomas característicos de la afección son debidos á su sitio especial, y que sería inexacto considerar la laringitis estridulosa como una laringitis aguda vulgar, que sólo produce perturbaciones disnéicas en los niños por el escaso volumen de su laringe y la falta de glotis intercartilaginosa. Esta opinión, está en pugna con las observaciones laringoscópicas y debe ser abandonada en absoluto.

D. LARINGITIS HEMORRÁGICA.—No debe designarse con este nombre, más que á la laringitis aguda acompañada de hemorragias que se producen

debajo de la mucosa y en la superficie de la laringe; si las roturas vasculares no van acompañadas de inflamación aguda de la membrana, se trata de una *hemorragia laríngea* y no de una *laringitis hemorrágica*. Verdad es que se han descrito erróneamente con este último nombre, algunos casos que hubieran merecido mejor la clasificación precedente; pero, por otra parte, existen bastantes observaciones bien recogidas, y cuya precisión permite considerar como hecho adquirido, la existencia de una laringitis aguda de forma hemorrágica; afección rara, pero con síntomas y evolución bastante marcados, para justificar una descripción especial.

La laringitis hemorrágica es una afección propia de la edad adulta, que suele atacar á los sujetos vigorosos más bien que á los débiles, y muchas veces invade á los que han padecido antes inflamaciones laríngeas diversas. Se la ha visto sobrevenir en un gran número de casos, al presentarse un ataque agudo, en enfermos de laringitis aguda de forma seca. Se ha observado asimismo en los tísicos y también en los cantantes, por la fatiga exagerada de la voz. Las mujeres están más expuestas á contraer esta afección durante el embarazo, que en las épocas ordinarias; pero aunque otra cosa se haya dicho, las estadísticas no prueban que el sexo femenino esté más predispuesto que el masculino. La patogenia de la hemorragia es todavía poco conocida; quizá deba ser considerada como complicación de una laringitis catarral aguda intensa que solo aparece cuando los enfermos presentan, al mismo tiempo que una exageración de la tensión sanguínea, cierta fragilidad particular de los vasos laríngeos, congénita ó adquirida.

Los síntomas sólo difieren de los de una laringitis aguda ordinaria, porque al cuadro clínico de ésta se unen los rasgos propios de la hemorragia laríngea. Esta sobreviene por ataques sucesivos, y á menudo solo aparece cuando la laringitis ha alcanzado su completo desarrollo; el enfermo sufre un acceso de tos, seguido de hemotísis, generalmente poco abundante. Después arroja, con ciertos intervalos y durante algunas horas, coágulos cuya presencia en la superficie de la mucosa laríngea determina una agravación de la ronquera, y al cabo de un tiempo variable, otro acceso de tos provoca la expulsión de cierta cantidad de sangre fluída.

El examen laringoscópico, practicado en el intervalo de las hemotísis, demuestra que la laringe presenta los signos de una inflamación catarral intensa, y, además, permite encontrar sobre las cuerdas vocales y las bandas ventriculares, coágulos negruzcos, adherentes, casi siempre de pequeñas dimensiones, pero numerosos y abundantes en el ángulo anterior y bordes libres de las cuerdas vocales. A veces existen también estos coágulos en la región infraglótica de la laringe y en las paredes de la tráquea; en tal caso, su acumulación determina una ligera disnea, continúa, y accesos intermitentes de espasmo glótico. En otros casos, además de los coágulos libres y también sin que haya habido verdadera hemotísis, puede verse, en las cuerdas vocales, en las cuerdas falsas, en la cara laríngea de la epiglotis ó bien en la pared infraglótica de la laringe, equimosis de extensión variable, azuladas ó negruzcas que dan origen á tumefacciones circunscritas más ó menos considerables. Una vez limpia la laringe de esos coágulos por medio de pulverizaciones repetidas ó mejor con un pincel empapado en agua tibia (previa pulverización de la parte con

una disolución de cocaína), es fácil encontrar, en la mayor parte de los casos, el punto ó puntos de partida de la hemorragia, los cuales se encuentran casi siempre en las caras superiores de las cuerdas vocales. Las hemorragias desaparecen á los pocos días, y la duración de la enfermedad no es mayor que la de una laringitis aguda de mediana intensidad.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de la *laringitis catarral aguda difusa* es siempre favorable bajo todos conceptos, si se la combate con acierto y el paciente se cuida bien. Pero si el enfermo continúa exponiéndose al frío, fatiga su laringe esforzándose en hablar, si la irrita con el tabaco, la afección podrá desviarse de su curso regular y pasará al estado crónico. Lo mismo sucede cuando, bajo la influencia repetida de las causas que determinaron las primeras manifestaciones, los ataques de laringitis aguda se suceden con intervalos muy próximos. Entonces, la resolución es incompleta, en la mucosa laríngea aparecen lesiones permanentes, y queda una laringitis crónica, rebelde y tenaz.

El pronóstico de la *epiglottitis catarral*, es muy benigno; trátase, las más de las veces, de una afección accidental y sin consecuencias.

Respecto al de la *laringitis estridulosa*, también es favorable, en la mayor parte de los casos. Sin embargo, puede llegar á ser grave cuando los accesos de espasmo glótico se hacen amenazadores por sí mismos, por su intensidad y duración. La muerte por sofocación, es muy rara; pero, en ciertos casos, sólo ha podido evitarse, recurriendo á la traqueotomía. Importa consignar, que estos casos son excepcionales; cuando la laringitis estridulosa amenaza la existencia, débese esto á las complicaciones bronco-pulmonares que suelen acompañarla. En un gran número de casos se ha visto la laringitis rubeólica bajo la forma de laringitis estridulosa grave; en tales casos, el diagnóstico con el crup puede ser muy difícil, y el pronóstico será siempre reservado, porque á los accidentes laríngeos suelen seguir bronco-neumonías fatales.

El pronóstico de la *laringitis hemorrágica* está, las más de las veces, exento de gravedad, á menos que la afección se presente en el curso de una enfermedad general grave (viruela, leucemia, escorbuto, etc.); entonces, el pronóstico dependerá mucho más de la enfermedad causal, que de la complicación laríngea.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de la laringitis catarral aguda exige imperiosamente el empleo del laringoscopio. Nunca se dejará de recurrir á este instrumento cuando lo permita la edad del paciente; gracias á este medio, se evitará muchas veces confundir con una laringitis aguda ó subaguda simple una lesión específica sifilítica ó tuberculosa, ó bien una *parálisis laríngea de principio brusco*. La anamnesia, el curso de los accidentes, el aspecto laringoscópico, permiten á menudo formular un diagnóstico preciso; pero siempre debe pensarse en eliminar la *laringitis sifilítica* secundaria eritematosa; como la tos falta muchas veces en la laringitis simple, la tarea del médico será difícil, si se trata de un sifilítico que no presente lesiones bronco-faríngeas, y en el cual hayan pasado inadvertidos los accidentes guturales. La comprobación de los indicios de una sífilis reciente, y el aspecto rojo-oscuro, como aterciopelado, de las cuerdas vocales y del vestíbulo laríngeo, deben hacernos pensar en la laringitis sifilítica eritematosa. Por otra parte, las laringitis agudas simples no son más raras en los sifilíticos, y á menudo presentan aspecto poco distinto del de la laringitis específica; de suerte que el diagnóstico puede lle-

gar á ofrecer serias dificultades. El tratamiento específico resuelve pronto la duda, sirviendo como piedra de toque en la mayor parte de estos casos: en la laringitis sifilítica, el tratamiento mixto da origen, en pocos días, á una mejoría manifiesta; mientras que, en el caso contrario, se agrava el estado de la laringe, bajo la influencia del ioduro de potasio. Importa también consignar aquí, que muchos casos de laringitis simple, que sobrevienen en los sifilíticos durante el período secundario, son en realidad verdaderas manifestaciones de iodismo; lo mejor que puede hacerse, en tales casos, es suprimir el medicamento y reemplazar el tratamiento mixto por el tratamiento mercurial simple.

No me ocuparé aquí del diagnóstico diferencial de la *laringitis tuberculosa* aguda, cuestión que trataremos más adelante. Respecto al diagnóstico del *crup*, ha sido estudiado con todos sus detalles en el volumen anterior de esta obra; entonces pudiéronse ver las dificultades que le rodean en ciertos casos, cuando se trata de distinguir una laringitis espasmódica simple de una laringitis diftérica, de curso anormal.

En el adulto, he indicado ya como causa de error la *laringitis seca*, la cual puede presentar ataques subagudos, con acumulación de secreciones infra-glóticas que dan origen á accesos espasmódicos. Tampoco deben confundirse con una falsa membrana diftérica las manchas grises formadas por una capa de células epiteliales descamadas, que se observan en el catarro agudo simple. En los casos dudosos, se recurrirá (si el médico está habituado al empleo de los instrumentos laríngeos) á la exploración directa con un estilete cubierto con un poco de algodón hidrófilo seco. Las masas epiteliales se desprenden con gran facilidad; su adherencia es nula, y, pasando ligeramente el algodón por aquel punto, se ve que la mucosa subyacente no aparece sanguinolenta, ni es más roja que la de las partes inmediatas. En los casos en que existe una falsa membrana diftérica, la adherencia es siempre bastante marcada y el exudado se desprende por colgajos, dejando al descubierto una superficie roja y que á menudo sangra.

Importa, sin embargo, pensar en una causa de error, y no confundir con una difteria en su principio, teniendo en cuenta los signos que acabo de recordar, la laringitis *herpética*. En efecto, la angina herpética, según dice C. Fernet (1), puede interesar la laringe, dando origen á algunas vesículas: grupos de vesículas blanquecinas ó amarillentas, y más tarde á una pequeña falsa membrana. Mayer-Huni, Stepanoff, Beregszaszi, Massei, Schrötter y otros laringólogos, han observado también casos de este género. El curso de la afección, la coexistencia de lesiones herpéticas en la faringe, la falta de reproducción de la membrana después de su ablación, y finalmente, el examen bacterioscópico, si es preciso, asegurarán el diagnóstico.

La *laringitis hemorrágica* debe distinguirse de la *hemotisis*: el examen laringoscópico no siempre basta para establecer con certeza el diagnóstico. A menudo, para averiguar el punto de partida de la hemorragia, es preciso recurrir á la exploración directa y limpiar la laringe con el estilete porta-algodón. No debe olvidarse que la sangre puede proceder á la vez de la laringe y de la tráquea (*laringo-traqueitis hemorrágica*).

(1) C. Fernet, *Herpés laryngé*, *Comptes rendus de la Société clinique y France médicale*, 1879.

Las *parálisis laríngeas* se reconocerán desde luego con el laringoscopio, y por eso no diremos aquí nada más acerca de su diagnóstico; ni tampoco hablaremos de los *edemas* inflamatorios ó de otra índole, cuyos síntomas pueden simular una laringitis catarral, pero cuyos signos laringoscópicos son característicos.

TRATAMIENTO. — El de la laringitis catarral aguda varía, según la causa de la afección. Cuando ésta es consecutiva ó acompaña á una coriza aguda, su tratamiento se confunde con el del constipado: el reposo, el benzoato de sosa al interior, la permanencia en una habitación cuya temperatura sea constante, los pediluvios muy calientes y el silencio, sobre todo, constituyen esa sencilla terapéutica. Independientemente del benzoato de sosa, ó bien para reemplazarle en los enfermos que lo soportan mal ó no obtienen resultado, se darán los balsámicos: jarabe de Tolú, de abeto; y los opiáceos: jarabe de codeína ó de narceína. El alcoholaturo de raíces de acónito, prescrito con cierta prudencia, puede ser útil: á veces calma como por encanto la tos, aun cuando ésta dependa de una traqueo-bronquitis concomitante y no de la misma laringitis. La utilidad de los sudoríficos, me parece dudosa.

Cuando la laringitis sucede á excesos alcohólicos, asociados á fatigas de la voz y al abuso simultáneo del humo de tabaco, todos esos medios son casi ineficaces. Bastará prescribir el reposo y silencio absolutos; se procurará descongestionar la laringe por medio de pediluvios muy calientes y sinapismos colocados por delante del cuello, y calmar la irritación, merced á las inhalaciones de vapor de agua. Los baños de vapor y de aire caliente, pueden prestar entonces buenos servicios, obrando como derivativos.

En ningún caso deberá intentarse el pretendido tratamiento abortivo de la laringitis aguda por las aplicaciones directas de disoluciones astringentes (nitrato de plata, cloruro de zinc) ó las insuflaciones de ciertos polvos (talco y nitrato de plata, etc.). Nunca he visto que estos medios den buen resultado, y muchas veces he comprobado la imposibilidad de usarlos sin provocar violentos accesos de espasmo de la glotis, seguidos á veces de la agravación de los síntomas anteriores. Massei recomienda con entusiasmo, como método abortivo heróico, si se utiliza desde el principio, las pulverizaciones guturales calientes de clorhidrato de amoníaco (2 por 100 de agua destilada), repetidas tres ó cuatro veces al día. Por mi parte, he ensayado este medio en varios casos, sin resultado favorable: lo mismo puedo decir de las aplicaciones locales de disoluciones de cocaína, recomendadas por el mismo autor.

El tratamiento de la laringitis estridulosa, es el mismo que el de la laringitis catarral aguda ordinaria; pero, además, comprende el de los accesos disnéicos que complican la enfermedad. Muchas veces se consigue disminuir la intensidad de estos accesos haciendo que rodee al paciente una atmósfera cargada de vapor de agua: para esto se mantiene en ebullición, día y noche (pero sobre todo por la noche), un recipiente lleno de agua con tintura de benjuí, que se coloca en la alcoba del enfermo. El acceso mismo calma ó se hace más corto, aplicando, en la parte anterior del cuello, compresas de franela empapadas en agua muy caliente, y que se renuevan tan pronto como empiezan á enfriarse. Este medio, recomendado por Graves (quien se servía de una esponja), defendido después por Trousseau y otros muchos clínicos, es sumamente eficaz: su

sencillez, la facilidad con que se ejecuta, su inocuidad, constituyen otras tantas razones para preferirle á las aplicaciones de hielo, que no producen mejores efectos, ni están exentas de inconvenientes. En los casos más graves, cuando los accesos se hacen alarmantes por su intensidad, su frecuencia ó su duración, se obtienen á menudo resultados excelentes inmediatos y duraderos con la aplicación de dos ó tres sanguijuelas delante del cuello. La traqueotomía no es sino muy rara vez necesaria; antes de recurrir á ella y si la asfixia es inmediata, deberá intentarse la intubación de la glotis, que evitará quizá la operación cruenta. Respecto á la dilatación forzada de la laringe (practicada con una pinza laríngea de separación lateral), recomendada hace poco por el doctor C. Paul, quien dice haber conseguido con ella una curación, dudo que su empleo se generalice; y no le considero como una maniobra tan inofensiva (sobre todo, si ha de practicarse á ciegas un médico poco versado en laringoscopia) para que pueda aconsejarse en la práctica, salvo los casos de absoluta necesidad: por ejemplo, cuando falte el arsenal para hacer la intubación de la glotis, y no queda ningún otro recurso antes de hacer la traqueotomía. Aun en esas circunstancias, no debe recurrirse á la pinza laríngea, suponiendo que se tenga á mano uno de estos instrumentos, de dimensiones apropiadas.

En efecto, introduciendo en la laringe de un niño una pinza cerrada y separando después sus ramas con fuerza, se corre el riesgo de herir, no sólo la mucosa inflamada, infiltrada, y por lo tanto, más friable, sino también las inserciones de los ligamentos periarticulares y tiro-aritenóideos, comprometiendo la voz para siempre. Si la laringe se libra de estas lesiones, es porque los dientes de la pinza salen de la glotis, deslizándose sobre sus labios en el momento en que está abierta, y, en realidad, la única dilatación producida, es la que resulta de introducir el instrumento cerrado entre las cuerdas vocales. El punto de partida de este tratamiento es la comparación de la glotis con un esfínter, y como los espasmos de los esfínteres cesan bajo la influencia de la dilatación, se supone que el espasmo de la laringe puede combatirse por el mismo medio. Ahora bien, en realidad, la laringe solo puede compararse á un esfínter cuando realiza la oclusión de su vestíbulo por medio de los músculos tiro-ariepiglóticos y otros, que afectan disposición anular, en su región supraglótica; tal sucede, por ejemplo, durante el esfuerzo. Pero en la oclusión laríngea, debida al espasmo de la glotis, estos músculos no intervienen en manera alguna; solo se encuentran próximas y tensas las cuerdas vocales, como puede verse con el espejo laringoscópico. Muchos de los músculos cuya acción sinérgica verifica la oclusión, están situados por fuera del esqueleto cartilaginoso (crico-aritenóideo posterior, ari-aritenóideo transverso, crico-tiróideo), escapan por completo á la acción del dilatador, la cual sólo se deja sentir en las apófisis vocales elásticas, los tiro-aritenóideos y los crico-aritenóideos laterales, á menos que como acabo de decir, llegue á resultar la deformación ó la dilatación del esqueleto cartilaginoso anular; esto no puede conseguirse, ni aun en los niños, sin riesgo de producir fracturas de cartílagos ó, por lo menos, lesiones articulares. En tales condiciones, la curación del espasmo de la glotis por dilatación forzada de la laringe, no puede pasar del terreno teórico. La dilatación es útil tan sólo por su efecto mecánico, que es abrir la glotis y dejar que penetre el aire; para obtener tal resultado, vale más emplear una sonda uretral, de

extremidad roma, y practicar el cateterismo de la laringe, como aconsejaba Desault; porque si se empuja el cateter con suavidad, precisamente á lo largo de la cara laríngea de la epiglotis, y no es aquel de gran calibre, penetra en la laringe sin herirla; y si se mantiene colocada mucho tiempo, detendrá los progresos de la asfixia y hará que desaparezcan los síntomas.

No se deberá, sin embargo, perder un tiempo precioso en tentativas repetidas de este género, si las primeras son infructuosas; vale más abrir la tráquea, que dejar morir á un niño cuya curación está casi asegurada por una operación exenta de gravedad, cuando se practica de un modo regular, siguiendo las reglas antisépticas y se dispensan al niño los cuidados consecutivos médicos que permiten hoy día evitar, con seguridad en tales casos, salvo, excepciones desgraciadas, la aparición de complicaciones bronco-pulmonares de terminación funesta.

El tratamiento de la laringitis hemorrágica se confunde con el de la laringitis aguda, cuando las hemotisis son ligeras y los coágulos traqueo-laríngeos no son bastante abundantes para provocar la disnea. En el caso contrario, se recurrirá con ventaja á las pulverizaciones de disoluciones astringentes (percloruro de hierro, ó mejor aún tanino), para cohibir la hemorragia si se prolonga; á las inhalaciones de vapor de agua ó á las pulverizaciones alcalinas, para favorecer la expulsión de los coágulos sanguíneos.

II

Laringitis crónicas.

ETIOLOGÍA. — Los procesos inflamatorios crónicos de la mucosa laríngea, rara vez lo son desde el principio. En la mayor parte de los casos, suceden á procesos agudos del mismo orden.

Es raro que una laringitis catarral aguda, que sobreviene accidentalmente en un sujeto sano hasta entonces, pase al estado crónico; para ello se necesita que el enfermo descuide todo tratamiento y continúe exponiéndose á las causas que provocaron la laringitis. Pero ciertas laringitis específicas (sarampión, difteria, sífilis secundaria, etc.), pueden ser reemplazadas por una laringitis crónica consecutiva no específica.

Por lo general, el catarro laríngeo crónico solo se manifiesta cuando el enfermo ha padecido antes ataques agudos ó subagudos repetidos. Después de haberse manifestado algunas recidivas, deja de ser completa la resolución, y aparecen lesiones persistentes, adquiriendo la enfermedad carácter lento y continuo. Así nace casi siempre la laringitis crónica en los individuos que padecen coriza ó anginas crónicas. Únicamente deben ser consideradas como laringitis por propagación, cuando se desarrollan al mismo tiempo que las lesiones nasales ó faríngeas; en tal caso, constituyen una localización del catarro difuso de las primeras vías. Pero, aun cuando lo diga Schrötter, no siempre sucede así, y las más veces se desarrolla la laringitis mucho tiempo después que las lesiones nasales ó faríngeas. Por mi parte, no las considero como resultantes de la extensión de las lesiones por continuidad ó contigüidad y creo

que en su génesis corresponde el principal papel á la falta de permeabilidad nasal, que obligando al enfermo á respirar constantemente ó casi siempre por la boca, y sometiendo así su laringe á la acción continua y repetida de un aire cargado de polvillo y gérmenes, á menudo muy frío y demasiado seco, es causa poderosa de laringitis.

Durante mucho tiempo, se ha atribuído un valor exagerado á la prolongación de la úvula, que todavía hoy le conceden algunos médicos. Sin embargo, Gottstein sostiene que la irritación que determina una úvula demasiado larga por su contacto con la epiglotis y los movimientos repetidos de deglución en vacío que resultan, pueden, sin causar la laringitis crónica, al menos sostenerla; dicho autor cita observaciones personales en apoyo de su opinión. Por mi parte, creo que la hipertrofia de la úvula es consecuencia de la angina crónica difusa, que muchas veces coincide con la laringitis crónica y que no influye de un modo especial sobre el desarrollo de esta última. Generalmente, las lesiones de la faringe bucal, lo mismo que las de la laringe, son, si no causadas, por lo menos sostenidas y agravadas por la obstrucción ó la estenosis de la nariz.

Esta última, bastante más común que la hipertrofia de la úvula, en la que padecen enfermedades de la laringe, se observa con gran frecuencia en los que padecen laringitis crónicas llamadas *profesionales*: vendedores de periódicos, cantantes, oradores y predicadores, cómicos, conferenciantes, abogados, profesores, etc., los cuales por sus tareas ordinarias, que les obligan á un uso continuo y prolongado de la voz hablada ó cantada, están expuestos á la fatiga de la laringe y á las congestiones locales que de ella resultan. Sin embargo, aunque frecuentemente en estos casos, las lesiones nasales no son constantes y la laringitis puede desarrollarse desde luego, con carácter de cronicidad, á consecuencia de fatigas corporales prolongadas.

También se observan laringitis crónicas primitivas en los individuos que por su profesión están expuestos á la acción continua, repetida ó prolongada, de los humos ó polvillo de cualquier clase, como los molineros y panaderos, los marmolistas, carboneros, mecánicos, fogoneros, los que permanecen mucho tiempo en almacenes cuyo aire está siempre cargado de polvo ó en talleres llenos de humo, etc.

En la mayoría de los casos, la afección resulta de la asociación de varias causas diferentes, cada una de las cuales contribuye á la génesis del proceso patológico. Se desarrolla con tanta facilidad, como frecuencia, en los grandes fumadores ó en los que abusan del alcohol; en unos y otros, la laringitis puede ser crónica desde luego (1) ó bien consecutiva á laringitis agudas descuidadas ó repetidas.

La laringitis crónica es rara en los niños. Sin embargo, en los de poca edad suele observarse durante el período en que *mudan la voz*. Trátase casi siempre, en tales casos, de colegiales que suelen mezclar sus juegos al aire libre con gritos repetidos, llamadas y conversaciones á grandes distancias, etc., y que continúan haciendo lo mismo, merced á esfuerzos vocales exagerados, á pesar de la ronquera que se manifiesta al mudar la voz, ronquera que no se

(1) Lo mismo que las anginas, las laringitis crónicas *primitivas*, resultan de manifestaciones subagudas, muy ligeras y que pasan inadvertidas, pero constantes.