

hubiera presentado, si el niño no hubiera fatigado inútilmente su voz. La afección es excepcional en los viejos. La gran mayoría de enfermos de esta índole, corresponden á la edad adulta; aunque la laringitis crónica es más frecuente en los hombres, no puede decirse que el sexo influye mucho en este sentido; tal diferencia se debe, sin duda, á que los hombres se dedican á ocupaciones ó á un género de vida que los expone más á la acción de las causas determinantes, antes mencionadas; pero si la mujer se encontrase en condiciones análogas, contraería la afección con igual facilidad; así, la laringitis es bastante común en ciertos medios femeninos en que obran las causas de la enfermedad, por ejemplo, en las mujeres públicas, á quienes su género de vida expone á los enfriamientos, á las consecuencias de la embriaguez, del abuso del tabaco, etcétera. Los excesos venéreos desempeñan también importante papel en estos casos. La influencia de aquellos sobre el aparato vocal, es evidente en muchos sujetos; así, algunos cantantes, no pueden pasar de ciertos límites, sin perder momentáneamente parte de la voz; esta es entonces menos segura, menos extensa, quizá alterada en su timbre, en ocasiones sobreviene una ronquera más ó menos pronunciada, debida á fenómenos congestivos, con ó sin parestias musculares.

**SINTOMATOLOGÍA.**—La sintomatología de la laringitis crónica, es muy limitada. El dolor es las más veces nulo ó bien se limita á sensaciones vagas de irritación intra-laríngea, cuando el enfermo ha hablado más que de ordinario. Estas sensaciones no suelen ser bastante intensas para provocar tos, ó por lo menos, para determinar verdaderos accesos. Si el enfermo tose, débese en la mayoría de casos á la traqueitis ó á la bronquitis crónica que no es raro que acompañe á la afección laríngea de la misma naturaleza. La laringitis sólo hace toser cuando se acumulan las mucosidades en la laringe, cesa después de su expulsión, y únicamente llega á adquirir cierta frecuencia é intensidad en las laringitis *secas*, cuando las secreciones concretas y adherentes obran á la manera de cuerpos extraños. Ya he dicho que en tales casos, la acumulación de dichas masas de moco seco en las cuerdas vocales y debajo de ellas podía producir accidentes disnéicos, caracterizados por violentos accesos de espasmo glótico. También se han visto trastornos respiratorios en ciertos casos de laringitis hipertróficas, pero las observaciones de este género, son excepcionales.

La expresión sintomática constante de la laringitis crónica, es la alteración de la voz. Pero esta alteración es muy variable. Puede manifestarse con carácter intermitente: ora aparece tan sólo por la mañana, y se disipa cuando el enfermo ha expulsado las concreciones acumuladas en el orificio laríngeo y la mucosa ha perdido la sequedad, recobrando las condiciones ordinarias; ora falta en absoluto por la mañana al levantarse y durante las horas siguientes, para aparecer cuando el enfermo ha hecho un uso más ó menos repetido y prolongado de la voz. Muchos sujetos no se ponen roncos hasta por la noche, después de haber tenido voz normal durante el día. Finalmente, otros enronquecen cuando hablan más que de ordinario ó después de haber fumado. Pero esto solo ocurre en la laringitis ligera. Si es algo acentuada, la ronquera llega á ser permanente, y aunque aumente en determinados momentos, no desaparece nunca. La disfonía puede presentar todos los grados posibles, y variar desde una voz «velada» ó «cubierta», hasta la ronquera más pronunciada.

La afonía completa es rara; puede sobrevenir en algunos momentos (especialmente en la laringitis seca), pero casi nunca llega á ser permanente.

**SIGNOS LARINGOSCÓPICOS.**—El examen objetivo de las lesiones locales que presentan los enfermos de inflamación crónica de la mucosa laríngea, da resultados muy diversos en los diferentes casos que se presentan á la observación clínica. Para que el estudio de estas variedades de aspecto pueda hacerse con algún fruto, hay que establecer una clasificación, agrupando aquellos hechos cuya analogía es evidente. Así, por ejemplo, pueden reunirse en un solo grupo los casos en los cuales el fenómeno dominante parece ser la alteración de la secreción, grupo que comprenderá la mayor parte de las laringitis recientes y leves y algunas laringitis antiguas y graves, colocando aparte los casos en que la hipertrofia, difusa ó circunscrita, de la mucosa laríngea, se presenta con caracteres bastante marcados para que no se confunda con una simple tumefacción inflamatoria y adquiera desde entonces importancia primordial. La gran mayoría de los casos graves, la mayor parte de los casos antiguos, entran en este grupo; por lo demás, todos los que lo componen, aun los más leves, únicamente pueden, como veremos luego, mejorar ó curar por la intervención quirúrgica. Dividiremos, pues, las laringitis crónicas en *laringitis catarrales* y *laringitis hipertróficas*. El estudio de las lesiones histológicas que presentan, confirmará los datos que suministra la observación de los enfermos y demostrará que ambas formas son, en realidad, *anatomo-clínicas*. A la vez que las lesiones propias de una ú otra de estas formas, ciertos enfermos pueden presentar erosiones ó ulceraciones de la mucosa: estudiaremos más adelante estos casos con el nombre de *variedades ulcerosas*.

**1.º FORMAS CATARRALES.**—En los casos recientes y leves, el examen de la laringe demuestra que sus lesiones son poco pronunciadas. La mucosa de la epiglotis y la de todo el vestíbulo laríngeo, incluyendo la región aritenóidea y las bandas ventriculares, presenta una rubicundez algo oscura, más evidente en estas últimas. La membrana, ligeramente hinchada, presenta un aspecto de lija más ó menos notable, y parece más húmeda que en estado normal. La epiglotis se halla surcada á menudo por arborizaciones vasculares, pero es menos roja que las partes subyacentes, aunque ha engrosado casi siempre. Las cuerdas vocales inferiores están surcadas también por líneas vasculares dilatadas, paralelas á su dirección. Han perdido su color blanco y nacarado, se tornan grisáceas, su aspecto es deslustrado, húmedo y parecen relajadas; pero generalmente sólo son sonrosadas en sus bordes libres, y sobre todo, por detrás. La cavidad de la laringe contiene mucosidades en proporción variable. En las bandas ventriculares y en la entrada de los ventrículos de Morgagni, en la cara superior de las cuerdas y en la región interaritenóidea, el moco está dispuesto en pequeñas masas globulosas, de color grisáceo, y á veces en líneas filamentosas. Pero en gran número de casos leves, las secreciones se observan principalmente en las cuerdas vocales, bajo la forma de pequeñas masas de color blanco mate ó de mallas del mismo color, que pasan como puentes de una cuerda á otra por encima de la cavidad de la laringe. En los casos más intensos, las cuerdas vocales inferiores aparecen sonrosadas ó rojas, ora en toda la extensión de cada una de ellas, ora en una extensión variable de una ó ambas. En tales circunstancias, su tumefac-

ción es ordinariamente más pronunciada, lo mismo que en las demás partes de la laringe. Pero las secreciones pueden no ser más abundantes, y aún serlo menos, que en las condiciones anteriores. Tales son las lesiones de la *laringitis catarral crónica simple*, más ó menos pronunciadas, pero siempre las mismas. Cuando se hace ejecutar al enfermo esfuerzos de fonación, examinándole con el espejo laríngeo, se ve que las secreciones tiemblan bajo la influencia de las vibraciones de las cuerdas. En gran número de casos existen paresias de los músculos adductores, y á menudo la tensión vocal es insuficiente. Estos desórdenes motores contribuyen, en gran parte, á la alteración de la voz.

Me abstengo de describir aquí los signos de la *laringitis catarral crónica seca*, de la que ya hablé en el Tomo III de esta obra, y volví á ocuparme al estudiar el ozena. Lublinski propuso, para esta forma, el nombre de *laringitis crónica atrófica*, que todavía no parece bastante justificado por las investigaciones histológicas.

2.º FORMAS HIPERTRÓFICAS. — Es raro que la hipertrofia de la mucosa laríngea, circunscrita, diseminada ó más ó menos difusa, falte por completo (es decir, que no sea apreciable objetivamente) en el catarro crónico de la laringe, cuando se remonta á alguna fecha y es un poco pronunciado. Existe siempre cierto grado de tumefacción, y cuando ésta dura algún tiempo, determina lesiones persistentes de la mucosa y su hiperplasia epitelial y conjuntiva. Pero en muchos casos, estas alteraciones son poco evidentes, aunque las perturbaciones secretorias sean muy pronunciadas. Del mismo modo, cuando las lesiones hipertróficas llaman desde luego la atención por su claridad, sin más que reconocer la parte con el espejo laríngeo, es raro que no existan á la vez las lesiones ordinarias del catarro difuso; pero en este último caso (y éste es un punto acerca del cual conviene insistir), las perturbaciones secretorias pueden ser ó parecer insignificantes, presentándose con mucha menor intensidad que en aquellos sujetos en quienes parece constituyen, por sí solos, toda la enfermedad. Estos casos parece que justifican, hasta cierto punto, la división de las laringitis crónicas en «catarrales» é «hipertróficas», por más que la coexistencia habitual de las lesiones glandular y epiteliales con las del corion mucoso, parece que condenan dicha división como más esquemática que real.

Sea como quiera, colocándonos exclusivamente en el punto de vista del estudio analítico de los signos laringoscópicos, podemos comprobar, por la observación, la existencia de lesiones hipertróficas variables, según su sitio y extensión y también según el grado que alcanzan: estudiaremos, primero, las hipertrófias circunscritas, localizadas ó diseminadas, y después, las hipertrofias difusas de la mucosa laríngea.

La forma más típica de hipertrofia circunscrita y localizada (1) es la estudiada tan perfectamente por Stork, y después por Frankel, Wagner (de Lille) y otros. Stork designó tales lesiones con el nombre de *nódulos de los cantantes*, adoptado por Wagner, pero que no debe tomarse al pie de la letra, porque la afección puede resultar tanto de las fatigas de la voz hablada, como de la voz cantada. Se caracteriza por la presencia, en el borde libre de las cuerdas vocales inferiores y en la unión del tercio anterior con el tercio medio, de dos nódulos simétricos, cuyas dimensiones varían entre las de una cabeza de

(1) Wagner, Des nodules des cordes vocales, *Revue de laryngologie*, 1888.

alfiler y las de un grano de mijo ó quizás algo más. Estos nódulos, redondeados ó algo terminados en punta, son ordinariamente de color grisáceo ó á veces un poco sonrosado. Se oponen á la aproximación normal de las cuerdas vocales, se yuxtaponen por su superficie interna durante la fonación, y entonces dividen, propiamente dicho, la hendidura glótica en dos segmentos desiguales. Al principio determinan ciertas perturbaciones de la voz cantada, de las cuales no debo ocuparme aquí, y después la ronquera constante de la voz hablada. En ocasiones, uno de los nódulos es más voluminoso que el otro; en ciertos casos, sólo existe uno de ellos; pero cuando hay uno en cada lado, aparecen colocados casi constantemente uno enfrente del otro.

Estos nódulos pueden constituir la única lesión hipertrófica apreciable en la laringe, que, aparte de ellos, apenas padece un catarro difuso más ó menos insignificante; á la vez, algunos sujetos presentan en la mucosa del vestíbulo, en la cara lingual de la epiglotis, en los dos tercios anteriores de las cuerdas vocales (cuya coloración es sonrosada, más ó menos difusa), eminencias redondeadas ú ovals de color rojizo. En tales casos, los nódulos son voluminosos y del mismo color. Estas elevaciones, de superficie lisa y aterciopelada, son más ó menos notables, numerosas y próximas entre sí. En la cara superior de las cuerdas vocales inferiores pueden ser más evidentes que en los demás puntos de la mucosa laríngea, y aunque sólo forman un ligero relieve, dan á las cuerdas vocales un aspecto abollado particular. El tercio posterior de las cuerdas, desde el proceso vocal, suele tener color rojo uniforme y estar ligeramente engrosado; la mucosa inter-aritenóidea presenta un ligero aspecto de lija, pero la característica de esta forma consiste en dar origen á elevaciones hipertróficas diseminadas, cuya aparición ha sido posterior á la de los nódulos de Störk, y que, en la mayor parte de los casos, son más abundantes en la parte anterior de la mucosa periglótica que de la región posterior, inter-aritenóidea, de la laringe.

Así como los nódulos de Störk son más comunes en la mujer que en el hombre, dichas eminencias diseminadas, son también más frecuentes en ella; según mi experiencia personal, las institutrices, los profesores de canto y los artistas líricos, son los más expuestos á padecerlas, sin que por eso estén exentos los individuos que por su profesión se hallan obligados á ejercitar mucho la voz, hablada ó cantada. Los nódulos y las eminencias diseminadas se ven también, con bastante frecuencia, en los niños y niñas, y á veces antes de que muden la voz. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, los sujetos enfermos lo son á consecuencia de fatigas profesionales, y facilitan este resultado las lesiones nasales y faríngeas.

Considero esta forma de laringitis crónica distinta por completo de la siguiente, que, en la mayoría de los casos, es consecutiva á los excesos alcohólicos, al abuso del tabaco, factores etiológicos casi necesarios aquí y más constantes que las fatigas de la voz, aun cuando faltan casi siempre en las condiciones precedentes. Las lesiones pueden ser, como en el caso anterior, localizadas y circunscritas; ó bien no diseminadas, pero extendidas á gran parte de la laringe y hasta difusas. Cuando es circunscrita, la hipertrofia tiene su asiento en la parte posterior de las cuerdas, en las apófisis vocales, y se presenta bajo la forma de un engrosamiento oval ó ligeramente piriforme de la

región interna del vértice del aritenóides, siguiendo su dirección, y apareciendo más ó menos deprimido en su centro. Los límites de la depresión central son salientes, y en ocasiones esta elevación tiene la forma de arista, rodeada por una zona de color rosa; pero rara vez se encuentran elevaciones vegetantes aisladas. Estas lesiones, estudiadas por Schötz, y que Störk llama «tumores catarrales», son casi siempre bilaterales y simétricas. Si son algo pronunciadas, velan la voz ó determinan una ronquera permanente.

Por lo general existe, al mismo tiempo que ellas, un grado mayor ó menor de engrosamiento de la mucosa inter-aritenóidea; pero, aunque otra cosa se haya dicho, no creo exacto considerar este fenómeno como lesión siempre secundaria á la primera y que indique una alteración más profunda de la mucosa laríngea, un grado más avanzado de la enfermedad; porque puede existir sin que las lesiones apofisarias sean bien apreciables, del mismo modo que las apófisis pueden aparecer muy salientes, sin que el engrosamiento inter-aritenóideo presente un grado suficiente para percibirlo con claridad. La hipertrofia inter-aritenóidea tan sólo se observa en casos excepcionales, bajo la forma de una capa difusa, que únicamente está plegada en el momento de la adducción vocal. Por el contrario, se halla caracterizada por la presencia de masas mamelonadas, desiguales, á menudo vegetantes, de aspecto liso en ciertos puntos; deslustrada, verrugosa y hasta polipoide en otros. Cuando dichas producciones coinciden con las anteriores, y tienen su asiento entre los aritenóideos, al nivel del plano antero-posterior de las cuerdas vocales, se oponen á su aproximación y determinan una ronquera siempre marcada, á veces excesiva. Pero en muchos casos, las eminencias ó elevaciones hipertróficas ocupan un punto superior, y entonces pueden alcanzar notables proporciones, sin que el enfermo tenga una ronquera apreciable. Varía mucho la extensión de dichas lesiones: en los casos más pronunciados, llegan á invadir toda la región posterior del vestíbulo laríngeo y de las cuerdas vocales.

Las laringitis crónicas hipertróficas antiguas y muy avanzadas, dan origen á lesiones difusas de la laringe: toda la mucosa se engruesa y adquiere aspecto velloso; existe al mismo tiempo una tumefacción generalizada; la epiglotis, los ligamentos ariepiglóticos, las cuerdas superiores, toman parte en este proceso, en un grado casi uniforme. Desde aquel momento, es difícil comprender la marcha probable que ha debido seguir la afección para llegar á este grado extremo; pero, en los casos de mediana intensidad, el aspecto de las lesiones, cuando han comenzado por nódulos, es bastante diferente del que presentan cuando han comenzado por la región inter-aritenóidea: así, es fácil atribuirles sin dificultad á una ú otra de estas dos formas clínicas.

3.º **VARIETADES ULCEROSAS.** — Algunos autores, entre ellos Schrötter, niegan que la laringitis sea nunca capaz de determinar ulceraciones de la mucosa. Creen que la comprobación de ulceraciones en tales casos, demuestra la existencia de lesiones específicas, tuberculosas ó sifilíticas, ó bien que, cuando se ven lesiones de aspecto ulceroso, trátase, en realidad, de masas de células epiteliales descamadas ó de moco, sin pérdida de substancia subyacente.

Por el contrario, Störk, Schmitzler y Heryng (1), consideran la existencia

(1) Heryng, *Revue de laryngologie*, 1.º de Mayo, 1885. Schmitzler, *Congrés intern. de laryng.* de París, 1889.

de ulceraciones catarrales como hecho innegable. Virchow ha apoyado esta misma opinión con toda su autoridad, pero advirtiendo, que la denominación de estas ulceraciones es defectuosa, por lo cual propone llamarlas «erosivas». En realidad, nunca se trata de pérdidas de substancias extensas y profundas, sino de simples erosiones. En ciertos casos, sobre todo, bajo la influencia de brotes subagudos, puede sobrevenir la necrosis de la capa superficial del epitelio engrosado. Resulta de ahí, una mancha, una placa gris ó gris amarillenta y cuando se separa dicha placa con un poco de algodón, aparece la mucosa subyacente de color rojo vivo, y hasta puede sangrar, si el roce ha sido algo considerable. Estas erosiones se ven, ora en la cara superior de las cuerdas vocales, ora en las apófisis vocales, donde parecen rodeadas de un estrecho collar de color rojo, cuando la lesión es muy evidente. En tal caso, es fácil apreciar al mismo tiempo la existencia de una descamación epitelial muy clara, de contornos irregulares, en una parte más ó menos extensa de la región inter-aritenóidea, hipertrofiada en un grado cualquiera. Finalmente, cuando en dicha región existen elevaciones mamelonadas y vegetantes, estas pueden aparecer separadas unas de otras por fisuras ó grietas, que Virchow considera también como lesiones erosivas.

Es raro comprobar estas alteraciones, por el examen laringoscópico, con una claridad suficiente, para que pueda afirmarse que dichas lesiones merecen ser consideradas como ulceraciones, ni aun añadiendo á dicho nombre un epíteto restrictivo y llamándolas ulceraciones erosivas. Pero, aunque el hecho sea raro, no es menos cierto. Por mi parte, he visto presentarse estas erosiones en la apófisis vocal, en la región aritenóidea y también en la cara superior de las cuerdas, hacia la parte anterior, en los que padecen laringitis subagudas y crónicas, y como también he podido comprobar su desaparición espontánea, no puedo en manera alguna admitir que se tratase de ulceraciones específicas. Estos enfermos, no presentaban ningún indicio de sífilis reciente; algunos la habían padecido mucho tiempo antes (lo cual permitía excluir la idea de placas mucosas laríngeas con caracteres anormales); otros tenían lesiones tuberculosas de los pulmones, y tuve que guardar grandes reservas para afirmar la naturaleza de aquellas erosiones; y sin embargo, la limpieza de sus contornos, la exagerada rubicundez de la mucosa limitante, el aspecto aplanado de su superficie, su situación en la cara interna de las cuerdas al nivel de la apófisis vocal, la falta de toda infiltración localizada previa y, por último, la coexistencia de una descamación inter-aritenóidea, de contornos irregulares, me inducen á negar el origen bacilar. Su curación espontánea confirmó mis previsiones, y, cuando aquella faltaba, debíase á las modificaciones que experimentaban en virtud de una auto-inoculación por los bacilos de los esputos. Respecto á las grietas inter-aritenóideas, no creo que puede negarse su existencia en casos de laringitis crónica hipertrófica, absolutamente independiente de la tuberculosis y de la sífilis; las he visto, con toda claridad, en gran número de casos. Se trataba siempre de sujetos que tenían secreciones laríngeas bastante abundantes y adherentes, muy difíciles de separar, aunque se tomaran grandes precauciones y se hicieran pulverizaciones intralaríngeas de cocaína; sobrevinía entonces una exudación sanguínea, que tenía sus puntos de partida en los surcos que separan las elevaciones hipertróficas inter aritenóideas. Pero la

ablación de estas elevaciones con la pinza cortante ó el sacabocados, seguida de algunas curas antisépticas, bastaba para conseguir una cicatrización rápida, completa, en diez ó doce días á lo sumo; esto no hubiera ocurrido con tanta facilidad, si se tratara de lesiones específicas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — PATOGENIA Y NATURALEZA DE LAS LESIONES. — Puede decirse que el estudio histológico de las lesiones de la laringitis crónica, no ha terminado todavía; á pesar de los trabajos de Virchow y Reiner, Förster, Cornil y Ranvier, Krishaber y los más recientes de Ziemssen, B. Fränkel, Heymann, Eppinger, Sommerbrodt, Chiari, Hoyer, Schottelius, Orth, Heryng, Kanthak, Luc, O. y G. Masini, P. Tissier (1), Sabrazés y Flèche, no puede decirse que la cuestión esté resuelta. Esto se explica fácilmente, si se tiene en cuenta que la histología normal de la mucosa de la laringe es aún poco conocida, y que su estudio ha dado, á los diversos observadores, conclusiones muy distintas.

Las lesiones glandulares, cuyo estudio debe hacerse en laringes enfermas de catarro crónico ligero, han sido objeto de pocas investigaciones, y éstas apenas se conocen. Heryng admite que, en la región inter-aritenóidea, su hipertrofia va seguida de atrofia consecutiva bastante rápida. Las de los folículos linfáticos, se hallan aún menos bien determinadas; por lo demás, la existencia de los folículos linfáticos de la mucosa laríngea, comprobada por Coyne; ha sido puesta en duda por muchos anatómicos, y ciertos observadores, entre ellos Hoyer y Heryng, admite que estos folículos son el resultado de procesos patológicos. Hasta ahora no ha podido demostrarse la existencia de granulaciones laríngeas análogas á las de la faringe.

Los nódulos de Störk y las eminencias mamelonadas de las cuerdas vocales inferiores, fueron estudiadas por Türk, que confundió unas con otras, designando la afección con el nombre de *corditis tuberosa*. Wedl, que había examinado los fragmentos de ese tejido separados por Türk, lo consideraba como resultado de una proliferación conjuntiva. Störk describió los nódulos como engrosamientos epiteliales que cubrían el tejido conjuntivo y elástico, y Morell-Mackenzie los consideraba como pequeños fibromas. Labus vió, bajo el epitelio engrosado, glándulas mucíparas alteradas, y B. Fränkel cree también que dichos nódulos resultan de una lesión glandular y llega á atribuir al mismo origen las eminencias rojizas de la cara superior de las regiones anteriores de las cuerdas vocales, que á menudo coinciden con ellos. O. Masini ha examinado los nódulos y los ha encontrado constituidos por un engrosamiento del epitelio y del corion mucoso, y G. Masini ha comprobado la existencia de papilas voluminosas debajo del epitelio. Kanthak ha llegado á conclusiones análogas, lo mismo que Sabrazés y Flèche, cuyo trabajo es el más reciente que se ha publicado acerca del particular. Según Virchow, las lesiones de las eminencias de la región anterior de las cuerdas, presentan también esa estructura y no difieren de las de la parte posterior de la laringe, que son las que hemos estudiado hasta ahora.

En los casos en que la hipertrofia es poco pronunciada, las últimas elevaciones se hallan constituidas por capas de células epiteliales, de formas diversas.

(1) Véase el trabajo de P. Tissier, « Etude sur les laryngites chroniques », *Annales des maladies de l'oreille*, 1891.

Las más profundas de estas células son poliédricas, y en algunas de ellas pueden verse núcleos que presentan figuras karioquinéticas. La dermis subyacente está poco alterada. Si la hipertrofia es, por el contrario, antigua y muy pronunciada, el corion mucoso, en vez de presentar un simple engrosamiento ó una superficie ligeramente mamelonada, ofrece numerosas papilas, al mismo tiempo que el engrosamiento del epitelio suprayacente es muy notable. El revestimiento se hace epidermoides. Esta transformación dermopapilar de la mucosa, observada primero por Virchow, estudiada después en Alemania por numerosos autores y en Francia por Cornil y Ranvier, y más recientemente por Darier y P. Tissier, parece ser la lesión constante en los casos de hipertrofia de la mucosa de las apófisis vocales y de la región aritenóidea, y se encuentra también en las diversas regiones de la laringe tapizadas en estado normal por un epitelio vibrátil. Sin embargo, parece rara en la superficie de las cuerdas vocales superiores, y excepcional en los ventrículos de Morgagni.

Ya he dicho que las erosiones superficiales que á veces se observan en tales casos, resultan, según Virchow, de la necrosis en masa de la mayor parte de la capa epitelica engrosada. Schottelius, de cuya opinión participa Heryng, atribuye esta necrosis á la isquemia mecánica de la mucosa engrosada, debida á la compresión exagerada en las apófisis vocales y en la región aritenóidea, que experimenta á cada movimiento de adducción vocal. Este mismo autor cree que si dicha descamación produce una erosión verdadera, es por permitir que penetren hasta la capa sub-epitelica los micro-organismos flogógenos y otros que abundan en las secreciones. Su éxtasis, si son abundantes, basta para que se macere y desprenda el epitelio, á falta de lesión de índole nutritiva en la zona inter-aritenóidea, en los surcos de profundidad variable que separan las elevaciones mamelonadas y lobulares de la mucosa.

Virchow designa con el nombre de *paquidermia laríngea*, la transformación dermo-papilar y epidermóidea de la mucosa de la laringe, á la que llama *paquidermia difusa* si se localiza en la mucosa aritenóidea y manifiesta tendencia á propagarse por toda la región posterior, y *verrugosa* si permanece circunscrita, en forma de tumor, lo que sucede cuando se desarrolla en las regiones anteriores de las cuerdas vocales. Estos nombres han sido bien recibidos desde hace algunos años, sobre todo, en Alemania, donde se tiende á emplearlos para designar una forma especial de laringitis crónica, hipertrófica. Los estudios de Virchow, los de Darier, Leroy, Gouguenheim, Tissier y otros autores, demuestran que este concepto de la «paquidermia laríngea» es muy limitado, y que el proceso histológico que la caracteriza, es sólo un modo de reacción de la mucosa laríngea que se observa á consecuencia de cualquier irritación continua, que lo mismo es consecutiva al catarro crónico ordinario, que á las inflamaciones específicas, sífilíticas ó tuberculosas, ó resultado de la irritación producida por el desarrollo de un tumor epiteliomatoso que principia en un punto cualquiera de la laringe. La «paquidermia» es, por lo tanto, sólo una «inflamación crónica» de la mucosa laríngea, resultando la lesión ya del catarro simple, de la tuberculosis, de la sífilis ó del cáncer en el principio de su desarrollo; pero no es una laringitis crónica autónoma. Lejos de suministrar datos positivos sobre la naturaleza de la afección laríngea del enfermo, la comprobación de su forma típica inter-aritenóidea por medio del espejo laringoscópico, obliga las más de