

las veces al médico á un estudio anamnésico minucioso y al examen clínico profundo, con los que no siempre le es posible hacer, por exclusión, un diagnóstico exacto y un pronóstico seguro. Por el contrario, cuando se descubren al hacer el examen laringoscópico á la vez que los signos del catarro crónico difuso, la falta en la región aritenóidea de lesiones más acentuadas en este punto que en los restantes, y se comprueba, además, la presencia de los productos de Störk, acompañados de elevaciones granulosas rojizas de la cara superior de las cuerdas, lo mismo delante de los nódulos que más atrás, casi nunca se diagnostica la enfermedad de inflamación crónica sintomática. Indican la naturaleza del padecimiento laríngeo: el aspecto, la disposición, el sitio de las lesiones, la marcha de los accidentes, la edad, el sexo, la profesión del enfermo, el estado de las fosas nasales y de la faringe, etc., bastan para hacer el diagnóstico. En este caso, el diagnóstico reservado es excepcional, mientras que en el anterior, es la regla.

No creo que la legitimidad de estas consideraciones que tienden á diferenciar, desde el punto de vista clínico, la laringitis crónica hipertrófica que principia por la parte anterior, preapofisaria, de la inter-aritenóidea que empieza en la apófisis vocal y detrás de ésta, sea negada por ningún observador experimentado, de práctica bastante antigua ya, para haber podido seguir la observación de sus enfermos, ó de verles con algunos años de intervalo, suficientemente extensa para permitirse comparar el aspecto habitual de las laringitis crónicas hipertróficas que se presentan en gran número á la observación en las consultas públicas, con las que asiste en su práctica particular. Las primeras, son laringitis inter-aritenóideas ó difusas que se observan en hombres casi siempre alcohólicos y fumadores, á veces, pero no siempre, obligados á gritar al aire libre (vendedores ambulantes) ó que respiran un aire cargado de polvos diversos (molineros ó panaderos, mecánicos, aserradores, fogoneeros); las segundas, son laringitis nodulares, en las que el abuso del tabaco, y sobre todo, los excesos alcohólicos, en nada influyen á veces, que se observan de cuando en cuando en los niños y en los colegiales jóvenes en particular, mas rara vez en los hombres (en los que es, por el contrario, muy frecuente el catarro laríngeo sin hipertrofia propiamente dicha), y casi siempre en las mujeres de edad media, institutrices, cómicas, cantantes de profesión ó de afición, ó en las jóvenes cuyos estudios de canto han sido mal dirigidos y han necesitado interrumpirse después de un tiempo variable, á causa de las alteraciones progresivas de su voz.

Para estos tipos clínicos distintos, es preciso nombres diferentes y no veo motivo para no conservar al primero el de *paquidermia laríngea*, exacto desde el punto de vista anatómico, pero á condición de especificar, cuando es posible, la naturaleza de la afección, llamándola paquidermia laríngea *alcohólica* ó *nicotínica*, ó si intervienen en su génesis los polvos, *calicósica*, *antracósica*, etc., como se hace con las neumokoniosis. Sería todavía más ventajoso distinguir las paquidermias *apofisarias*, de las *inter-aritenóideas*, las *verrugosas* (de las mismas regiones) de las *difusas* y éstas de las *generalizadas*.

Respecto al segundo tipo clínico, creo que conviene, para evitar confusiones inevitables, abstenerse, en absoluto, de darle el nombre de *paquidermia verrugosa*, como hace Virchow. Si se hubiera demostrado, lo que no se ha hecho,

que los nódulos pequeños y grises, ó gruesos y rojizos, localizados bien en su punto electivo, debajo ó en el borde libre, bien en la cara superior de las cuerdas vocales, son *siempre* de estructura idéntica á la de las elevaciones paquidérmicas apofisarias ó inter-aritenóides, creo que no merecen un nombre especial. Creo también que se podría, aun conservando el nombre de *nódulos de Störk*, designar los casos en que estos se presenten en forma de elevaciones rojizas gruesas, y á la vez que otras elevaciones de la región periglótica anterior, con los nombres de *corditis* ó de *laringitis nodulares* ó *granulosas* que tienen la ventaja de despertar la idea de elevaciones circunscritas sin prejuzgar su estructura, ni su origen. No dudo que la *laringitis granulosa*, ó «glandulosa» de Mandl, Krishaber y Peter, Massei, B. Fränkel y otros autores, merece un lugar independiente entre las laringitis crónicas; pero, á mi juicio, los autores que la han descrito han ensanchado en demasía su dominio, y al señalar la región aritenóidea como el sitio predilecto de las elevaciones granulosas, han incurrido en un error manifiesto de observación. Respecto al nombre de «glandulosa» creo que es impropio en la actualidad y que los argumentos que invoca B. Fränkel son insuficientes para justificarla, hasta tanto que la histología patológica no confirme sus ideas sobre el origen glandular de la afección.

MARCA Y PRONÓSTICO.—La marcha de la laringitis crónica, lenta y continúa en general, es, no obstante, susceptible de experimentar grandes variaciones, según los casos. Ciertos individuos padecen durante varios años, ó para siempre, un catarro simple de la laringe, que jamás cesa por completo, y está expuesto á exacerbaciones subagudas, que se presentan á intervalos variables. En estos períodos aumenta la rubicundez de la laringe, las cuerdas vocales toman un color rosado, la secreción se hace abundante; pero en las épocas ordinarias, á excepción de algunas varices de la epiglotis, y á veces también de la cara superior de las cuerdas, de un aspecto empañado y de un color grisáceo, y en ocasiones, azulado de éstas, los signos se reducen á la presencia casi constante sobre las cuerdas de masas pequeñas de mucosidades blanquecinas y opacas, de abundancia variable, y á una tendencia á la ronquera, producida por la insuficiencia de la acción muscular, en cuanto el enfermo habla en voz alta algo más de lo debido.

La laringitis seca, lo mismo que la catarral simple, está expuesta también á exacerbaciones, pero éstas tienden á adquirir una forma más aguda y hasta hemorrágica. R. Botey ha visto varias veces, en las mujeres que padecen laringitis crónicas secas antiguas, desaparecer momentáneamente los signos de esta afección al principiar el embarazo, y durar á veces la mejoría tanto como la gestación. Moure, Lublinski y otros observadores, creen que la laringitis seca produce la atrofia de la mucosa laríngea. En ciertos individuos que padecen ozena, en los que se observa de cuando en cuando secreciones concretas y fétidas en las regiones aritenóidea y subglótica, las cuerdas vocales, rojas y sin brillo, están, al parecer, adelgazadas, lo mismo que la epiglotis, los ligamentos ari-epiglóticos, y en general, toda la mucosa de la laringe. Pero, en otros muchos casos, cuando la laringitis seca es consecutiva á la angina de Tornwaldt, por ejemplo, coincide con la hipertrofia manifiesta de la mucosa inter-aritenóidea; no se ha demostrado todavía que se atrofie la mucosa en

este punto, como en la amígdala faríngea, cuya estructura es diferente por completo.

El pronóstico de estas formas catarrales de laringitis crónica es más benigno en el catarro húmedo, que en la variedad seca. En este último caso, la enfermedad es muy tenaz, refractaria al tratamiento, y las mejorías que se obtienen, son casi siempre pasajeras.

En el niño, las exacerbaciones subagudas de la laringitis catarral, cuando se repiten á intervalos cortos, producen con frecuencia la aparición rápida de una laringitis hipertrófica de forma granulosa. Lo mismo sucede en las jóvenes y en las mujeres de poca edad, en particular en las que necesitan cantar ó hablar continuamente antes de que desaparezca el catarro subagudo. Pero estas laringitis granulosas, de evolución rápida, se desarrollan casi siempre en individuos cuya permeabilidad nasal es insuficiente, y que necesitan, á causa de la coriza crónica ó de la hipertrofia de la amígdala faríngea, respirar con frecuencia por la boca. Cuando las alteraciones de la voz son recientes, el descubrimiento de granulaciones laríngeas voluminosas no agrava el pronóstico: es muy probable que, en tales casos, las lesiones interesen sólo la capa epitelica, porque no es raro verlas desaparecer espontáneamente con el tiempo, cuando se restablece la permeabilidad nasal por los medios quirúrgicos adecuados.

No sucede lo mismo cuando los nódulos de Störk, solos ó á la vez que otras elevaciones granulosas de las cuerdas, se presentan en individuos de más edad, á consecuencia de fatigas profesionales prolongadas. En estos casos, los signos de inflamación superficial difusa son nulos ó casi nulos; se observan en las cuerdas vocales, blancas aún, los nódulos de Störk, de pequeño volumen, de color gris, y á veces algunas estrías vasculares, en una laringe cuya mucosa del vestíbulo está casi sana, y en la que las secreciones se reducen á una ó dos masas pequeñas blancas, filamentosas, situadas en los nódulos ó en sus inmediaciones. Los nódulos alteran algo la voz cantante, en particular en los tonos medio y bajo; se conservan las notas altas, y la voz, al hablar, es todavía bastante buena. Pero ni el reposo, ni la curación de las lesiones nasales y faríngeas, si existen (lo que no es constante), impiden que la enfermedad siga una marcha lenta y progresiva, capaz sólo de contenerse por un tratamiento tópico bien dirigido.

La paquidermia inter apofisaria é inter-aritenóidea sigue una marcha análoga, crónica y progresiva, y aunque la enfermedad es capaz de evolucionar con lentitud ó rapidez muy variables, y aunque después de haber sido rápida al principio, se detiene en un momento dado, es excepcional que se haga estacionaria, y jamás retrocede. Ya se presente bajo una forma circunscrita, limitada á la región posterior, ó haya invadido la mayor parte de la laringe y producido el engrosamiento generalizado de la mucosa y la rubicundez difusa de las cuerdas, jamás cura espontáneamente y por las intervenciones laringo-quirúrgicas y la sustracción del enfermo de las causas que producen la enfermedad, sólo cuando es reciente y está aún localizada.

DIAGNÓSTICO. — Si el estado general del enfermo y la exploración de los pulmones excluyen la posibilidad de la tisis pulmonar, es fácil el diagnóstico de la laringitis catarral crónica simple, lo mismo que el de la forma seca. Otro tanto diré de los nódulos de Störk, que no se desconocen, aunque su volumen

sea pequeñísimo, porque los puntos donde se desarrollan llaman la atención, por la presencia casi constante en ellos, desde el principio, de dos masas pequeñas simétricas de moco blanco y filamentosas perfectamente visibles. Cuando son voluminosos, rojizos, simétricos y coinciden con rubicundez parcial de una ó de las dos cuerdas vocales, con estrías vasculares ó con otras granulaciones y cuando además la laringe está húmeda y catarral, se impone el diagnóstico de laringitis granulosa, sin dificultades apreciables.

Sólo es difícil el diagnóstico, cuando se observan en una de las cuerdas lesiones de aspecto hipertrófico, ya se trate de un solo nódulo rojizo y algo voluminoso, ó de un engrosamiento con rubicundez bastante extensa de la parte media de la cuerda, con ó sin elevación que exceda del límite rectilíneo del borde libre. En este caso, hay que hacer el diagnóstico diferencial entre una lesión inflamatoria simple, una infiltración tuberculosa circunscrita, un goma sífilítico recién formado, y un epiteloma incipiente. No insistiré aquí sobre los caracteres de las lesiones tuberculosas ó sífilíticas, que presentan aspectos análogos, porque pienso describirlas después; pero indicaré los caracteres diferenciales que presenta el epiteloma laríngeo incipiente cuando simula una laringitis hipertrófica, porque, en este caso, el diagnóstico precoz es el único que permite, por la intervención quirúrgica extensa y audaz, curar al enfermo en los casos felices, única probabilidad de salvación que le queda.

La edad del enfermo es un elemento diagnóstico de primer orden, porque antes de los cuarenta años, sobre todo de los treinta y cinco, el cáncer de la laringe es una excepción rarísima, y, en cambio, se observa en individuos de cuarenta y cinco á sesenta y cinco años, y con más frecuencia á los setenta, que á los cuarenta. El sexo es un factor etiológico importante, porque la afección es mucho más frecuente en el hombre. El conocimiento de la marcha de los accidentes, desde su principio, es también un dato de utilidad; de poco valor cuando es lenta y progresiva, se convierte en un elemento de presunción si el principio ha sido brusco y la ronquera, según el enfermo, se ha presentado casi de repente, sin enfriamiento, ni causa apreciable. Pero esta ronquera, que en tales casos es el único síntoma de que se queja el enfermo, puede ser debida á una parálisis laríngea ó á otra cualquier causa, y el dato de que acabo de hablar, sólo es posible utilizarlo después del reconocimiento laringoscópico. La existencia de una elevación abolsada, mal circunscrita, de límites que se pierden en una mucosa algo congestionada, localizada en la superficie de una cuerda vocal, y que forma una elevación redonda en el borde libre, rojiza ó rojo amarillenta, de superficie más ó menos rugosa, y cuyo epitelio ha principiado á descamarse en ciertos puntos en los que el color es más rojo, es siempre grave, cuando se observa en un hombre que ya no es joven, y cuya laringe no presenta signos de catarro difuso antiguo, sino, al contrario, un aspecto normal. Es preciso también ser reservados en el diagnóstico si, estando sana por completo la laringe, la elevación es aplanada, de superficie lisa y tiene un color rojo oscuro que se extiende más ó menos por la cuerda afectada, lo mismo por delante, que por detrás de la región elevada. Si la lesión recae en un individuo que padece hace ya mucho tiempo catarro laríngeo difuso crónico, y se queja sólo de una agravación de su ronquera ordinaria, las dificultades son mucho mayores, en particular cuando el color de las cuerdas es

rojo por igual. Por el contrario, si el tumorcito es de color más pálido ó de un rojo más oscuro que el resto de la mucosa, son mayores las probabilidades de un epiteloma. Es casi segura su existencia, si se hallan disminuídos de un modo sensible los movimientos de la cuerda vocal enferma. Esta disminución de los movimientos, que es imposible confundir con una parálisis, de la que difiere por la falta del descenso, de la concavidad y del acortamiento aparente de la cuerda, así como de la inclinación hasta adelante del vértice del aritenóides, y que muestra la cuerda incapaz de alejarse mucho de la situación intermedia, no se observa sólo en los casos de cáncer del ventrículo, de cáncer subglótico postero-lateral, ó de cáncer difuso de toda una cuerda vocal, sino también en el epiteloma localizado al principio, en una cuerda, y que no pasa, al parecer, más allá de la superficie libre, superior, de ésta. La he observado, desde el principio, en un enfermo cuyo tumor ocupaba el cuarto anterior de la cuerda, á partir del ángulo anterior, y cabalgaba sobre su borde libre. Resulta, indudablemente, de la infiltración neoplásica profunda de la cuerda vocal y de las alteraciones de sus músculos por miositis de proximidad. Su valor diagnóstico es grandísimo y hasta superior al del examen histológico, porque éste sólo resuelve la cuestión cuando da resultados positivos, y, á causa de la profundidad en que suelen hallarse las lesiones características y de la frecuencia de las hipertrofías inflamatorias por cima y alrededor de ellas, carece de valor en el caso contrario. Este signo es el más importante para diferenciar un cáncer ventricular que eleva la banda ventricular de una tumefacción hipertrófica de ésta, ó un epiteloma sub-glótico posterior incipiente de una paquidermia apofisaria y aritenóidea unilateral, debida á otra causa.

No insisto sobre el diagnóstico de la paquidermia laríngea: el de las lesiones, es fácil; el de sus causas, dudoso casi siempre. Es imposible, á veces, conocer la existencia de una sífilis anterior que ha producido las alteraciones actuales, cuando existen lesiones hipertróficas profundas y extensas; se ve también la tuberculosis laríngea de forma esclerosa evolucionar con lentitud, sin que palidezca la mucosa de la laringe, sin lesiones pulmonares apreciables, en ciertos alcohólicos que conservan las fauces congestionadas hasta un período avanzado de su enfermedad, y que al principio se creerían atacados de laringitis alcohólica simple. Ya he indicado los caracteres diferenciales de las erosiones y de las grietas que se observan en la laringitis paquidérmica. No volvería á ocuparme de este asunto, si no fuera para insistir en la necesidad de ser reservado en el pronóstico cuando se observan estas lesiones en individuos sospechosos de tuberculosis pulmonar.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de las laringitis crónicas es largo y difícil; exige por parte del médico mucha habilidad técnica, y por la del paciente, una gran perseverancia y la sumisión absoluta á las prescripciones higiénicas. La supresión de las causas es, en efecto, la condición indispensable para el éxito que se apetece; si el enfermo no se somete al reposo de la voz, ó no sustrae su laringe de la acción de las substancias (tabaco, alcohol, polvo, etc.), que producen efectos irritantes locales mientras dura el tratamiento, los resultados de éste son medianos. La imposibilidad material en que se encuentran bastantes individuos de renunciar al ejercicio de su profesión durante el tiempo suficiente, y lo difícil que es para otros muchos, romper sus hábitos invetera-

dos, son otros tantos grandes obstáculos que se oponen á la curación. Si se exceptúan estas indicaciones profilácticas, de necesidad absoluta, la medicación de la laringitis crónica es casi exclusivamente local. Pero el tratamiento tópico laríngeo, es insuficiente en estos casos; lo primero que debe hacerse antes de ocuparse de la laringe, es tratar las lesiones de la nariz y de la faringe nasal y bucal, si existen, como sucede por regla general. Es importantísimo restablecer la permeabilidad nasal; de lo contrario, las lesiones laríngeas no curan ó recidivan.

Las operaciones intralaríngeas varían según la forma de la laringitis, y solo me es posible indicarlas á la ligera. En las formas catarrales simples, son útiles la disolución de nitrato argéntico (1 por 30 ó 1 por 20) aplicada por medio de una torunda pequeña de algodón hidrófilo, sujeta con un instrumento apropiado y las disoluciones poco concentradas de cloruro de zinc. En las formas catarrales secas, está indicado el naftol sulfo-ricinado (10 por 100) que se emplea de igual manera y se asocia con las pulverizaciones alcalinas y las inhalaciones de vapor acuoso para desprender las costras, si las hay.

Las formas hipertróficas, exigen el empleo de los medios quirúrgicos. La laringitis granulosa reciente, ó la de los individuos jóvenes, cede á veces con el uso tópico de las disoluciones iodo-ioduradas fuertes, repetidas y empleadas con energía en forma de fricciones; pero es necesario casi siempre extirpar por completo, ó en parte, las elevaciones, con las pinzas cortantes laríngeas. Se emplean disoluciones cada vez más fuertes, anesthesiando antes, si es necesario, la laringe con la cocaína. La paquidermia inter-aritenóidea, es mucho más rebelde al tratamiento, que la forma anterior. Están indicadas también en ella las pinzas y la cucharilla, pero el iodo es mucho menos eficaz. Es preferible emplear como tópico el fenol sulfo-ricinado, ó mejor aún el naftol sulfo-ricinado. Empleo este método de tratamiento desde 1889, y he obtenido algunas curaciones relativas y muchas mejorías notables. Antes de la introducción del sulfo-ricinato de sosa en la terapéutica laringológica, utilizaba en mi clínica y en la práctica privada el naftol alcanforado; pero he renunciado á él, porque este medicamento no se adhiere á los tejidos, cruentos ó no, con quienes se pone en contacto. Prefiero el primero, por sus propiedades contrarias.

He dicho antes, que las medicaciones generales son las más de las veces inútiles. Pero las aguas sulfurosas, que han tenido durante mucho tiempo una reputación, indudablemente exagerada, son un recurso útil, cuyo empleo no debe olvidarse. Son impotentes en absoluto para obtener por sí solas la curación en los casos de laringitis hipertróficas, pero tienen una eficacia indudable en las formas catarrales. Las aguas más útiles en estos casos, cuando se emplean de la manera debida y se confía su administración á médicos expertos, son las de Challes, Aguas-Buenas y Cauterets (1).

(1) En España, contamos, por ejemplo, con los establecimientos de Betelu, Monte-Mayor, Caldas de Cuntis y Zuazo, entre los *sulfuro-sódicos*; Borines, Escoriaza, Liérganes, Ontaneda y Alceda, entre los *sulfuro-cálcicos*, y otros muchos de dichos grupos medicinales. — (N. del Trad.)

CAPITULO IV

SÍFILIS DE LA LARINGE

La sífilis ataca la laringe, lo mismo que los demás órganos, bien en sus primeros períodos ó después. Se observa en los casos de sífilis adquirida y no la perdona cuando la enfermedad es hereditaria, precoz ó tardía. Sólo voy á estudiar las laringitis sífilíticas. Me abstendré de toda excursión por el dominio de la anatomía patológica y de la terapéutica general de la sífilis, que ha sido estudiada en el Tomo II de esta obra. Pero me ocuparé de las indicaciones terapéuticas locales que, en ciertos casos, tienen una importancia tan grande que no debe olvidar el médico.

El chancro sífilítico, que es frecuente en la cavidad bucal y en la faringe, y que se ha visto algunas veces en las fosas nasales, no se ha observado todavía con seguridad en la laringe. No debo, por lo tanto, hablar de los accidentes laríngeos primitivos, pero estudiaré sucesivamente: 1.º, la sífilis laríngea *secundaria*; 2.º, la sífilis laríngea *terciaria*; y terminaré con algunas palabras acerca de: 3.º, la sífilis laríngea *hereditaria, precoz y tardía*. No me ocuparé de la historia de las *parálisis laríngeas sífilíticas*, precoces ó tardías, de las que he hablado ya al estudiar la etiología de las parálisis laríngeas en general (1).

§ 1. — SÍFILIS SECUNDARIA DE LA LARINGE

ETIOLOGÍA. — Aunque los autores no están de acuerdo sobre la frecuencia de las lesiones laríngeas en el período secundario de la infección sífilítica, se ha demostrado de un modo innegable, como dice Fournier, que las sífilides son más raras en la laringe que en la boca y en la faringe. Para no citar más que algunas estadísticas, recordaré que, según Mauriac, la proporción es de 15 por 100 en el hombre y de 5 por 100 en la mujer, con cuya cifra está de acuerdo Sommerbrodt, mientras que Jullien reduce esta proporción, porque asegura que en ambos sexos, la laringe presenta lesiones secundarias sólo en la vigésima parte de los casos, número indudablemente muy pequeño. Gerhardt y Roth creen, por el contrario, que una tercera parte de los sífilíticos presentan, en un momento dado, lesiones específicas de la laringe, y Gouguenheim ha

(1) Consúltense los tratados generales de las enfermedades de la laringe ya indicadas. — Consúltense también los tratados generales de la sífilis. S. Jullien, *Traité des maladies veneriennes*, 2.ª edición. París, 1886, pág. 749 y siguientes y 859 y siguientes. (Bibliografía). — Véanse las lecciones de Fournier y las obras de Cornil, Lancereaux, etc. — Véase también Krishaber y Mauriac, *Annales des maladies de l'oreille*, 1876. — Gouguenheim, *Soc. méd. des hôp. y France médicale*, 1881. — El mismo, *Union médicale*, 1892. — Mauriac, *Archives générales de médecine*, 1888. — Consúltense también: Gerhardt y Roth, *Archiv. f. path. Anat.*, t. XXI, 1861. — Whistler, *Med. Times*, 1878. — Lewin, *Charité Annalen*, 1881, y *Berl. kl. Woch.*, 1883. — Cartaz, *Soc. fr. de laryng.*, Mayo, 1882.

observado, en el Hospital de Lourcine, 59 laringopatías secundarias en 133 casos de sífilis reciente.

Estas divergencias dependen, indudablemente, de la categoría de enfermos á la que pertenecen los individuos que figuran en las estadísticas de los observadores. Los que antes de contraer la sífilis tienen ya enferma la laringe, están predispuestos por el catarro crónico anterior á la laringitis específica; á esto debe atribuirse los resultados inesperados obtenidos por Gouguenheim; la clientela del hospital de Lourcine se compone en su mayor parte de prostitutas, en las que la laringitis catarral es frecuentísima; así que no sorprenderá que la infección sífilítica tienda, en estos casos, á localizarse en la laringe. El estado anterior de este órgano explica también por qué, en otros medios, los hombres padecen con más frecuencia que las mujeres laringopatías sífilíticas.

No se ha demostrado todavía de una manera innegable que ciertas causas ocasionales, por ejemplo, el enfriamiento, los excesos alcohólicos, ó del tabaco, el cansancio de la voz, susceptibles de producir un catarro agudo ó subagudo de la laringe en todos los individuos, sean capaces de provocar la aparición de la laringitis específica en una persona que se halla en el apogeo de la sífilis reciente. Pero es muy probable que la laringitis catarral, desarrollada en estas condiciones, tienda á ser seguida al poco tiempo de lesiones sífilíticas que no se hubieran tal vez presentado faltando el catarro.

Las laringopatías secundarias aparecen, por lo general, del segundo al quinto mes de la infección. Pero se las ha visto presentarse mucho antes (desde el cuarto día), y es frecuente que se desarrollen sólo á los seis meses ó al año después del chancro. Las he observado varias veces en enfermos en plena sífilis después de los dieciocho y veinticuatro meses.

SINTOMATOLOGÍA. — Las laringopatías secundarias, se presentan bajo dos formas clínicas secundarias: la laringitis eritematosa difusa ó *eritema sífilítico* laríngeo difuso; y la laringitis papulo-erosiva, caracterizada por el desarrollo de *placas mucosas* en la laringe.

A. *Eritema sífilítico*. — Es indudable para mí, que muchos casos considerados como laringitis eritematosas específicas, son en realidad laringitis catarrales agudas, *a frigore*, ó laringitis llamadas «tóxicas», debidas al ioduro potásico ó al mercurio. Siempre que hay un eritema ligero difuso y fugaz, que desaparece en una semana, ó también cuando el principio es brusco y la rubicundez tarda poco en generalizarse por toda la mucosa laríngea, las secreciones son abundantes; creo que es preciso ser reservados, y que si después se acentúan los signos propios del eritema específico, es muy probable que su aparición sea, en realidad, posterior á la de la laringitis catarral simple.

El eritema sífilítico no se generaliza siempre en igual grado por toda la mucosa del vestíbulo; y cuando se afecta ésta, suele presentar un aspecto jaspeado debido á que la lesión se acentúa más en puntos diversos, y, en casos más raros, manchas rojas generalizadas que recuerdan el eritema cutáneo de la escarlatina. Por lo general, las lesiones características se observan con más claridad en las cuerdas vocales inferiores: su color rojizo, al principio, se vuelve más obscuro á los pocos días; la superficie de la mucosa toma á la vez un aspecto rugoso, sin brillo, que un observador algo experto conoce siempre cuando