

## 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 oscuro 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



recae en una mucosa laríngea cuyos caracteres no han modificado las alteraciones anteriores. Esta rubicundez principia por el borde libre de las cuerdas hacia su segmento medio, y con más frecuencia aún hacia su tercio anterior, y después se extiende e interesa la mayor parte ó toda la cuerda vocal, que presenta cada vez más un aspecto grueso y rugoso, muy característico. Parece que las cuerdas vocales están cubiertas de una capa adherente de color rojo obscuro, tienen el aspecto típico llamado *lengua de gato*, y se asemejan casi por completo, por su color, á lo que queda adherido en el papel al despegar los «macarrones» que los pasteleros ambulantes venden en las ferias. La cara laríngea de la epiglotis, las cuerdas vocales superiores, la región aritenóidea, se afectan también, pero el aspecto de la lesión es menos característico en estos sitios, que en las cuerdas vocales. Las secreciones son nulas ó escasas.

La tos es muy escasa, hasta excepcional; el dolor nulo. Las alteraciones de la voz son muy variables, pero es raro que falten por completo. Cuando las cuerdas vocales inferiores se afectan con alguna intensidad, la ronquera es constante y muy marcada.

El eritema laríngeo sifilítico sigue una marcha lenta: aunque desaparezca, es raro que suceda antes de los veinte ó veinticinco días; en ocasiones, dura más. He observado que, con frecuencia, la desaparición del eritema de las cuerdas vocales inferiores, sigue una marcha contraria á la de su aparición: la rubicundez desaparece primero de las partes de las cuerdas más próximas á la entrada de los ventrículos, la banda blanca formada así se ensancha después poco á poco; la ronquera queda en el mismo estado, hasta que desaparece la rubicundez saliente de los bordes libres de las cuerdas, y entonces la voz se hace clara en un día á lo sumo. El tratamiento específico basta para favorecer su desaparición, y es indudable que la medicación tópica es un auxiliar utilísimo del tratamiento general (1).

*B. Sifilides papulosas y pápulo-erosivas.*—Cuando el eritema sifilítico es muy circunscrito, se presenta en forma de una ó de varias manchas rojizas diseminadas, redondas ú ovals, algo elevadas, localizadas casi siempre en su cara laríngea de la epiglotis, ó en las cuerdas vocales. Dichas lesiones pueden entonces considerarse como sifilides *papulosas*. Pero estas pápulas se observan casi siempre á la vez que las placas mucosas.

Las sifilides *pápulo-erosivas*, ó *placas mucosas*, son, según algunos autores, más frecuentes en el hombre, que en la mujer; y Poyet explicó, con fundamento, esta frecuencia máxima, por ser más comunes en el hombre las irritaciones laríngeas determinantes (tabaco, alcohol). Añadiré, que estas irritaciones, cuya acción persistente duraba ya hace mucho tiempo cuando el enfermo contrajo la sífilis, han producido con frecuencia en muchos individuos alteraciones de la mucosa (transformación dermo-papilar) en ciertos puntos de la superficie; y que la *placa mucosa*, afección que interesa de preferencia las pápulas, se desarrolla entonces en ellos con la mayor facilidad. Según Gou-

(1) Esta descripción del eritema sifilítico de la laringe, difiere bastante de las que, muy variadas también, hacen otros autores. La creo, no obstante, exacta, y corresponde por completo á lo que he observado en ciertos enfermos, en los que la lesión se desarrolló bastante tiempo después de la infección, y presentaban la forma de sífilis en la que las lesiones secundarias son rebeldes y recidivan á intervalos variables durante dieciocho, veinticuatro meses, ó más.

guenheim, las sifilides laríngeas erosivas son frecuentes en la mujer de ciertas clases de la sociedad; y cita en apoyo de esta opinión su estadística del hospital de Lourcine: 31 casos de placas mucosas en 59 de laringitis específicas. Respecto á mí, como desde hace bastantes años he reconocido siempre la laringe de los enfermos que se me han presentado con angina sifilítica secundaria, no considero en modo alguno las sifilides erosivas laríngeas como excepcionales en la sífilis secundaria, y opino que si se las cree raras, es porque en los más de los casos no producen alteración alguna de la voz, ni el menor síntoma característico, por estar localizadas en la epiglotis, en los ligamentos ari-epiglóticos, ó en las cuerdas vocales superiores, y no se procura averiguar si existen. En realidad, se las encuentra con frecuencia á la vez que las lesiones idénticas de la base de la lengua (Moure y Raulin), en los enfermos que padecen placas mucosas buco-faríngeas. Como sólo en casos excepcionales se localizan en las cuerdas vocales, y no se examina la laringe más que cuando está ronca la voz, se observa con más frecuencia el eritema, ó las pápulas secas, que las placas mucosas, aunque éstas son tan frecuentes como las lesiones anteriores. Durante las primeras fases de la sífilis, está muchas veces la laringe más ó menos rosada ó roja, sin alteración notable de la voz, y creo que estas hiperemias que desaparecen en pocos días, no son, según toda probabilidad, específicas en los más de los casos. Las placas mucosas son frecuentes en estas laringes hiperémicas.

Son de forma redonda ú oval, de límites marcados por un círculo de color rojo vivo, de superficie plana, y mucho más á menudo de color blanquecino ó amarillento, que opalina como en la boca y en el istmo de las fauces. En la epiglotis, y en particular en su borde libre, que es su sitio predilecto, es casi constante este tinte blanquecino ó blanco-amarillento. Cuando se desarrollan en las cuerdas vocales, invaden siempre su borde libre y producen mucha ronquera. Se observan con bastante frecuencia en este sitio dos placas simétricas, situadas una enfrente de otra en cada cuerda. Estas erosiones no producen tumefacción apreciable de la mucosa donde se desarrolla; pero en la epiglotis, van acompañadas siempre de rubicundez y de engrosamiento ligero del opérculo, que adquiere un aspecto aterciopelado.

Sólo producen tos, cuando están localizadas en las cuerdas vocales; y aun en este caso, no es constante dicho síntoma. Si ocupan el borde libre de la epiglotis, producen con frecuencia salivación, y siempre dolor al deglutir, sobre todo los líquidos, y en particular la saliva. Pero estos síntomas se atribuyen por lo general, á las lesiones del istmo, que no faltan casi nunca con las de la laringe, y no llaman la atención.

La marcha de las placas mucosas laríngeas, es irregular. Se presentan dos ó tres, pocas veces más, y curan de ordinario en diez ó doce días, pero recidivan con frecuencia.

**DIAGNÓSTICO.**—El diagnóstico exacto del eritema sifilítico es, en ocasiones, bastante delicado. Cuando, al hacer el reconocimiento, sólo se observa rubicundez generalizada de la garganta y de la laringe, aunque no haya duda alguna respecto á la existencia de una sífilis reciente, no debe considerarse desde luego la hiperemia, como accidente específico. Pero si la rubicundez faringo-laríngea es de color obscuro, carmesí, intenso, con manchas muy visi-



bles; ó si la laringe roja tiene un aspecto rugoso, sin brillo, el observador que haya visto ya estas lesiones, piensa al momento en la sífilis. El color de la mucosa en este caso es de carácter especial; no creo que sea exacto el calificativo de rojo «bermellón» que se le da, porque el bermellón es un color más claro que el que se observa, pero el rojo obscuro y mate de la laringe, es distinto por completo, en los casos típicos, del debido á la inflamación ordinaria.

Cuando existen en la laringe placas mucosas sin que se observen á la vez lesiones análogas en la cavidad buco-faríngea, lo que, por lo demás, sucede pocas veces, es porque los accidentes faríngeos han desaparecido ya, porque es excepcional en absoluto que se afecte primero la laringe. Pero el istmo de las fauces donde han existido hace poco tiempo sífilides, conserva durante un período largo un aspecto especial, que no desconoce un observador experto: el borde libre del velo palatino queda algo más rojo y un poco grueso, las amígdalas, si son pequeñas, están también ligeramente aumentadas de volumen, *sobre todo en su parte superior*, lo mismo que la mucosa de la fosita supra-amigdalina; ésta es poco profunda, apenas visible, mientras que las partes superiores de los pilares anterior y posterior de cada lado están, al parecer, más separadas que de ordinario. Las amígdalas, en particular por arriba, están mamelonadas, abolsadas y blandujas. La garganta conserva este aspecto durante varios meses, y gracias á él, he podido, en enfermos que apenas recordaban haber padecido antes muy poco de la garganta, por espacio de quince días ó tres semanas, reconocer sífilis recientes, aún ignoradas ó descuidadas.

Las erosiones laríngeas, no debieran ser confundidas con las catarrales ó tuberculosas: haré por ahora caso omiso de los caracteres diferenciales, que se estudiarán al tratar del diagnóstico de la tisis de la laringe. Pero, por lo general, aunque falten las lesiones buco-faríngeas ó cutáneas, los vestigios del chancro, la adenopatía, la alopecia, etc., bastan para disipar todas las dudas. Manifestaré de paso, que Massei ha observado *aftas* en la entrada del vestíbulo de la laringe, por detrás, en dos casos de estomatitis aftosas con propagación á la faringe; en los dos casos, estaba muy hinchada la mucosa en el sitio de las lesiones faríngeas. Estos ejemplos son los únicos observados hasta ahora; pero si hay alguna duda para el diagnóstico, se salva bien pronto observando la marcha de los accidentes y los caracteres de las lesiones buco-faríngeas. Respecto á la fiebre, conviene recordar que es frecuente al principio de la angina sífilítica.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. — El pronóstico de la laringitis secundaria, es benigno de ordinario; pero cuando se abandona la afección, cuando no se subtrae la laringe á todas las causas de irritación local y duran algún tiempo las lesiones, éstas son capaces de ocasionar alteraciones de estructura de la mucosa que terminan por lo que hemos estudiado con el nombre de *paquidermia difusa* de la laringe.

Así pues, nunca se recomendará lo bastante á los enfermos, la observancia de las precauciones higiénicas indicadas, y en particular, la supresión del tabaco y de las bebidas alcohólicas. El tratamiento general basta entonces para curar las lesiones específicas; pero si hay posibilidad de hacerlo, es siempre ventajoso combinarle con una medicación tópica apropiada, porque si se recomienda y emplea de la manera debida, favorece la curación y disminuye bas-

tante la tendencia á las recidivas. Los tópicos empleados en tales casos deben aplicarse sobre la laringe por medio de un porta-algodón ancho, procurando el médico no ejercer violencia, ni excoriar la mucosa. Se ha recomendado mucho el empleo local de las disoluciones de nitrato de plata. Son bien toleradas por los enfermos, y la laringe tiene para ellas una tolerancia grandísima. Pero las creo menos eficaces que las disoluciones iodo-ioduradas (iodo, 1; ioduro potásico, 1; agua destilada, 15 gramos). Estas son tan bien toleradas como aquéllas, y creo que de acción más segura. Las aplicaciones tópicas no deben renovarse con demasiada frecuencia, sino cada cuatro ó cinco días, y suspenderlas en cuanto principia á acentuarse la curación.

## § 2. — SÍFILIS TERCIARIA DE LA LARINGE

ETIOLOGÍA. — Las causas determinantes de la localización laríngea de la sífilis tardía, son bastante obscuras. Las alteraciones de los tejidos y las irritaciones locales que favorecen la aparición de los accidentes secundarios, desempeñan, al parecer, en este período de la enfermedad, un papel poco importante. La sífilis laríngea terciaria parece, sin embargo, que es más frecuente en el hombre que en la mujer. No se observa con más frecuencia en los individuos que han contraído la sífilis en la edad madura, que en los que la contraen en su juventud. Al contrario, la mayor parte de los enfermos son individuos jóvenes aún, los de más edad tienen, por lo general, de treinta á treinta y cinco ó cuarenta años.

Aunque las estadísticas de los diversos autores presentan diferencias aún mayores, en lo que se refiere á la frecuencia de las laringopatías tardías, que á la de los accidentes secundarios, creo, no obstante, que los primeros son más raros que los segundos. Además, si éstos se desconocen muchas veces, no sucede lo mismo con los otros: los síntomas graves que determinan, llaman siempre la atención. La frecuencia relativa varía según las manifestaciones causales.

La época de aparición es variable en extremo: se presenta en los más de los casos entre los cuatro y ocho años, pero otras veces es mucho más precoz (tres años, dos años y hasta seis meses (?) en un caso de Türk), y también infinitamente más tardía (quince, veinte, treinta años).

Se observa en la laringe el *goma circunscrito*, que se desarrolla casi siempre en el tejido conjuntivo submucoso, y otras veces á más profundidad, en el pericondrio del cricóides ó del aritenóides. El goma sigue en la laringe la misma marcha que en los demás órganos, y termina por la ulceración, invasora unas veces, estacionaria otras, y que puede ser seguida de cicatrización espontánea. Se observa también en la laringe la *infiltración gomosa superficial* con ulceración consecutiva. Las lesiones ulcerosas, cuando invaden las partes más internas de la periferia al centro, ó son consecutivas á una lesión primitiva profunda, producen pérdidas de substancia de extensión variable, alteraciones del esqueleto (pericondritis, condritis, calcificaciones, necrosis), ó articulares (artritis), que ocasionan fístulas, infecciones secundarias (abscesos, edemas inflamatorios), que otras veces dependen sólo de las ulceraciones. Producen también vegetaciones, elevaciones papilomatosas, ó mejor dicho pólipos fibrosos. La



cicatrización se efectúa en medio de un tejido inodular retráctil y ocasiona en muchos casos anquilosis, retracciones progresivas que originan á su vez alteraciones definitivas de la voz y trastornos respiratorios que terminan con frecuencia por la asfixia. Por último, en otros casos, la infiltración sífilítica de la laringe en vez de ulcerarse, produce una hipertrofia, una hiperplasia de la mucosa y del tejido submucoso, y á veces también de algunas regiones del esqueleto, en particular del cricóides. Esta lesión queda circunscrita á la región supra-glótica ó á la sub-glótica de la laringe. Produce, sobre todo en este último caso, la estrechez progresiva de la entrada de las vías respiratorias.

SINTOMATOLOGÍA. — *A. Gomas.* — Es raro observar los gomas antes del período de ulceración. Poyet ha observado 7 casos en 172 sífilis laríngeas, y Morell-Manckenzie 5 en 134 de laringopatías sífilíticas terciarias. Las regiones que se afectan más comunmente, son, por orden de frecuencia, la epiglotis, la región aritenóide y ari-epiglótica, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales.

Principian por tumefacción limitada ó por una extensión menos claramente circunscrita, de superficie más ó menos irregular, de color subido primero y que se hace rápidamente amarillento, localizado en una región hinchada, engrosada, edematosa, á veces en la superficie, pero de color rojo oscuro, alrededor de la lesión específica. Unas veces hay varios gomas, dos ó tres por ejemplo; otras, por el contrario, se observa uno solo, cuyo volumen varía del de un guisante pequeño, al de una cereza.

La sífilis gomosa, produce síntomas muy variados según el número, el volumen y el sitio de las infiltraciones. Los trastornos respiratorios son, sin embargo, raros; pero las alteraciones de la voz, son frecuentes. La tos falta casi siempre. El dolor es nulo.

*B. Ulceraciones gomosas.* — En un momento dado, á los pocos días, se perfora el vértice del tumor y sale la substancia gomosa reblandecida. La perforación aumenta con rapidez, adquiere las dimensiones de la infiltración á la que sustituye y á veces se hace algo mayor. Cuando se trata de un goma extenso, la úlcera adquiere á menudo el carácter serpiginoso, la infiltración se reproduce en uno de los puntos de la periferia de la ulceración, después se ulcera á su vez y así sucesivamente, de modo que la afección marcha, al parecer, por erupciones sucesivas.

Las úlceras laríngeas, circunscritas ó serpiginosas, tienen un aspecto análogo por completo; fondo amarillo sucio, color debido á un magma puriforme espeso; borde cortado á pico y en el caso de ulceración serpiginoso, más desprendido en el lado por donde progresa la úlcera que en el otro, donde se ven á veces botones elevados y cicatrización incipiente. Base dura, tumefacción, relieve y rubicundez en la periferia de la úlcera. Después, vegetaciones secundarias, pequeños mamelones rojos que sangran con la mayor facilidad; pérdida de substancia en la epiglotis ó en las cuerdas vocales; ó bien signos de lesiones del esqueleto y de las articulaciones (*arthritis y pericondritis*), edemas, abscesos y otros accidentes de infecciones secundarias.

Los trastornos respiratorios, faltan casi siempre. No siendo que los fragmentos de la mucosa á medio desprender, provoquen accesos de tos, el enfermo sólo tose para expectorar las secreciones puriformes, más ó menos fétidas, es-

triadas á menudo de sangre. El ptialismo, es casi siempre moderado. Estos fenómenos son mucho más marcados en los casos de pericondritis; se observa entonces dolor, que irradia hacia el oído, que casi nunca existe cuando faltan las lesiones de los aritenóides ó de las articulaciones crico-aritenóideas, aun en los casos de alteraciones extensas de la epiglotis.

*C. Anquilosis; adherencias membranosas; pólipos fibrosos; estrecheces cicatriciales.* — No podemos estudiar en este sitio estas lesiones profundas del órgano de la voz; en efecto, cuando el proceso morboso específico es seguido de deformidades orgánicas, la afección laríngea sale del dominio de la medicina y entra en el de la cirugía; la terapéutica médica es impotente contra ella y el cirujano es el que debe combatir los trastornos respiratorios que amenazan la vida del enfermo.

*D. Hiperplasia sífilítica terciaria.* — La laringitis sífilítica terciaria hiperplásica, es más rara que la forma ulcerogomosa.

Cuando es supra-glótica, interesa por lo general la epiglotis; los ligamentos ari-epiglóticos y las cuerdas vocales superiores, dejando á salvo las inferiores en los más de los casos. Las regiones invadidas aparecen al laringoscopia rojizas, hinchadas, engrosadas, compactas, poco móviles; se forman á veces, sobre todo, en la región anterior de los bordes libres de las cuerdas superiores, en los ventrículos de Morgagni, ó hacia el ángulo anterior de las cuerdas verdaderas, productos poliposos de naturaleza fibrosa. Una de las bandas ventriculares hipertrofiadas ó las dos, se aplica sobre las cuerdas vocales subyacentes, la impide vibrar y enronquece la voz. No hay ni tos, ni dolor, ni síntoma subjetivo alguno.

Si es sub-glótica, se caracteriza por la aparición de rebordes rojos oscuros que sobresalen por debajo y dentro de las cuerdas vocales, como en el caso de laringitis sub-glótica aguda, y se prolongan con frecuencia hacia atrás de un lado á otro en forma de herradura. La epiglotis, el vestíbulo y las cuerdas vocales, quedan casi á salvo ó completamente. La estrechez de la entrada de las vías respiratorias, insignificante casi siempre en el caso anterior, no tarda en acentuarse, mientras que la voz se altera poco; hay también tos ronca, por accesos «crupal», y tardan poco en presentarse los espasmos glóticos. El dolor es siempre nulo, lo mismo en el primero, que en el segundo caso. Según he manifestado anteriormente, la hipertrofia puede extenderse más allá de la mucosa y del tejido submucoso, al menos por detrás, é interesar el aro del cricóides. Un enfermo de la clínica de Monod, cuyo fin he referido al hablar de los ictus laríngeos mortales que se observan á veces en las enfermedades orgánicas graves de la laringe, se encontraba en este caso. El estudio histológico del cricóides, hecho por Brault, demostró que el aro tenía un espesor de más de 2 centímetros, sin osificación en este sitio, donde no había más que tejido cartilaginoso debajo del pericondrio engrosado y de la mucosa esclerosada.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de los gomas circunscritos ó difusos de la laringe, en el período de infiltración, es á veces bastante difícil y exige un examen é información perfectos. Cuando el goma es único y está localizado en una cuerda vocal ó en una banda ventricular, y solo se observa en su base un grado ligero de tumefacción ó de rubicundez, hay motivos, sobre todo si el enfermo tiene más de cuarenta años, para no saber si se trata de un goma