

ó de un epiteloma laríngeo incipiente. En el caso de infiltración gomosa unilateral más ó menos extensa, hay razones para preguntar si se trata de un cáncer en masa de la cuerda vocal. La conservación de los movimientos de la cuerda, es un signo de presunción importantísimo en favor de un goma. Lo mismo puede decirse de la congestión generalizada de la laringe, casi siempre unilateral en el cáncer, que se desarrolla en un individuo sin catarro crónico. Pero en ciertos casos, sin embargo, queda el diagnóstico en suspenso, y solo es posible precisarlo por la marcha de las lesiones. Es preferible esperar á emplear en seguida el tratamiento específico, nocivo casi siempre en el cáncer. Si se trata de un goma, la rapidez de la ulceración y sus caracteres, tardan poco en confirmar el diagnóstico, mientras que en el caso de epiteloma, la lentitud del proceso y su modo de evolución hacen inadmisible la hipótesis de sífilis.

El goma ulcerado apenas puede ser confundido con el cáncer ulcerado de la laringe, excepto en ciertos casos en los que la coexistencia de complicaciones inflamatorias (edemas, abscesos, pericondritis, etc.) secundarias modifican ó enmascaran por completo los caracteres específicos de las lesiones. Pero, en otras circunstancias, sólo es posible la duda en el caso de ulceración gomosa unilateral, algo extensa y bastante profunda para inmovilizar la cuerda á causa de su extensión á los aductores laterales. Pero aun en este caso, suelen observarse en ciertos puntos de la faringe y hasta de la laringe, cicatrices de lesiones ulcero-gomosas anteriores que sirven para esclarecer el diagnóstico. Por otra parte, las ulceraciones carcinomatosas también profundas, tienen un aspecto desigual, sanioso, están cubiertas de pequeños mamelones y sus contornos son desiguales y desgarrados; además, van acompañadas de fetidez del aliento, del todo especial, y que no se observa en igual grado y nunca con los mismos caracteres en la sífilis.

En ciertos casos, sin embargo, es imposible hacer un diagnóstico exacto, y parece que las lesiones que se observan, aunque cancerosas en realidad, no son extrañas por completo á la sífilis. Así como ciertos individuos padecen glositis de caracteres confusos, que participan á la vez del epiteloma y de la glositis terciaria, pero que se refieren más bien á ésta, porque son, por lo general, indolentes y mejoran al principio por el tratamiento antisifilítico, pero cuya mejoría es momentánea y sucumben con todo el cortejo, evidente entonces, del cáncer lingual; así también otros, que padecen lesiones laríngeas dudosas, sífilíticas antiguos, mejoran á veces por el pronto con la medicación específica, pero ven desaparecer en un momento dado esta mejoría, que es seguida de agravación progresiva que termina por la muerte.

El diagnóstico de la sífilis infiltro-ulcerosa y de la tuberculosis laríngea, se estudiará al describir esta última afección. Pero conviene indicar antes de seguir adelante, que la tuberculosis invade las lesiones sífilíticas ulcerosas, y produce lesiones mixtas difícilísimas de conocer en los primeros períodos de su evolución.

Debemos ocuparnos, además, de las formas hipertróficas é hiperplásicas. Las vegetaciones polipiformes consecutivas á la sífilis, deben diferenciarse en particular de las producciones cancerosas polipoides, y de los tumores tuberculosos. Estos tienen un aspecto particular, que se indicará más tarde. Res-

pecto á los otros, el mejor procedimiento para conocer su naturaleza es practicar la extirpación. Si el examen histológico es negativo, su recidiva rápida en el mismo sitio hará cuando menos sospechar su causa. Además, las vegetaciones sífilíticas, desarrolladas alrededor de las úlceras, no son más que mamelones carnosos. La estructura de las producciones polipoides antiguas y duras, es la de los fibromas ordinarios.

¿Existen independientes de la sífilis, *laringitis hiperplásicas*, con hipertrofia de la mucosa y del tejido submucoso? No lo creo, á pesar de la autoridad de los autores que lo han sostenido y que lo sostienen aún, es decir, entre otros, Türk, Gerhardt, Krishaber, Schrötter; por esta causa, me abstuve de describir en el capítulo anterior dicha variedad de laringitis crónica. En los casos de laringitis crónica simple antigua, se ve indudablemente la hipertrofia difusa de las bandas ventriculares, pero no es lo mismo el engrosamiento de la mucosa y del tejido submucoso de los ligamentos ari-epiglóticos, de la epiglottis y de la región aritenóidea, del que han hecho Türk y Krishaber una forma especial de laringitis simple, ni más ni menos que la de la región subglótica, llamada por Gerhardt «laringitis sub-glótica crónica».

He observado en estos siete últimos años, algunos casos de este género, y excepto en uno, en el que la información quedó sin resultado, y en el que se trataba de lesiones consecutivas á una pericondritis cricóidea antigua, de causa desconocida, todos se referían á sífilíticos confirmados. Tres de estos enfermos padecían «laringitis crónica subglótica» típica por completo. En dos fue preciso hacer la traqueotomía, á pesar del tratamiento específico; pero en el tercero, en el que la disnea era incipiente y las alteraciones vocales databan sólo de tres meses, el tratamiento mixto hizo desaparecer por completo las lesiones en seis semanas.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. — Las laringitis terciarias son accidentes gravísimos. Aunque su marcha no sea fatalmente progresiva y cicatrice la ulceración gomosa en ciertos casos, antes de que haya producido pérdidas de substancia extensas ó lesiones profundas graves; aunque, por otra parte, mientras las ulceraciones no se complican de pericondritis ó de flemones secundarios, se obtiene, por lo general, la cicatrización rápida con el tratamiento específico; no obstante, la frecuencia de los accidentes tardíos, consecutivos á las estrecheces cicatriciales, agravan sobre manera el pronóstico. Las formas hiperplásicas sólo curan bajo la influencia del tratamiento específico, cuando son recientes. Al año ó dos años, es impotente contra ellas la medicación iodo-hidrárgirica.

No nos ocuparemos del tratamiento de los accidentes respiratorios y de las indicaciones de la traqueotomía en la sífilis de la laringe ó en las estenosis consecutivas. De una manera general, no debe titubearse en recurrir á ella, en cuanto se observan signos de asfixia, ni contar con los efectos del tratamiento específico para conjurar los accidentes cuando es inminente el peligro. Es preferible abrir la tráquea con la esperanza de suprimir pronto la cánula, á correr el peligro de que muera el enfermo en un acceso de sofocación.

El tratamiento tóxico del período de estadio se reduce á limpiar lo mejor posible las úlceras. Se prosiga este resultado por medio de pulverizaciones antisépticas tibias, repetidas dos ó tres veces al día durante algunos minutos.

El mejor líquido es una disolución débil de sublimado corrosivo: 1 por 10.000, ó 15.000, por ejemplo. Cuando la úlcera es granulosa, es útil tocarla de cuando en cuando con una disolución iodo-iodurada. Si son voluminosas las vegetaciones, se las extirpa con la pinza cortante; en el caso contrario, debe esperarse, para intervenir así, á que estén curadas las úlceras.

§ 3. — SÍFILIS HEREDITARIA

Las manifestaciones laríngeas de la sífilis hereditaria *precoz*, consisten en erosiones ó úlceras superficiales por lo general, á veces profundas y numerosas ó extensas, localizadas en una mucosa engrosada é inflamada en toda su superficie. Se han observado, en ciertos casos, lesiones destructoras y pericondritis. Son frecuentes en los niños de poca edad, según John Mackenzie, quien en 76 casos las ha observado 53 veces durante el primer año; de éstas, 43 en los seis meses primeros de la vida, y 17 en el primer mes. Estas laringitis precoces son gravísimas. Pero curan á veces bajo la influencia del tratamiento específico, y hasta sin tratamiento (Fournier); pero dejando alteraciones de estructura persistentes, que exponen á estos individuos á determinaciones laríngeas graves, cuando tienen después padecimientos bronco-pulmonares, fiebres eruptivas ó enfermedades infecciosas diversas.

Se observan también en la laringe manifestaciones de la sífilis hereditaria *tardía*. No difieren de las lesiones terciarias ya descritas, y no nos detendremos á estudiarlas aquí.

CAPÍTULO V

TISIS LARÍNGEA

DEFINICIÓN (1). — El nombre de *tisis laríngea*, que se aplicó durante mucho tiempo á todas las afecciones graves, destructoras de la laringe (cáncer, sífilis terciaria, tuberculosis, etc.), es hoy sinónimo de *tuberculosis laríngea*. Sirve para designar todas las lesiones laríngeas específicas de naturaleza tuberculosa, sean consecutivas como complicación ó localización secundaria de la tisis pulmonar ó de una tuberculosis de otro cualquier órgano, ó bien primitivas antes de que padezca lesiones de la misma clase otra región del organismo.

Desde el punto de vista etiológico, pueden, pues, clasificarse las tisis de la

(1) Consultense, además de los tratados generales de laringoscopia y de los artículos de las enciclopedias diversas indicadas ya, los artículos siguientes: Doleris, *Arch. des phys.*, 1878. — Pelan, *Thèse*, 1878. — Schch, *Munch. arz. inter.*; 1880 et *Sammlung k. Vortr.* 1888. — Ducau, *Thèse*, 1883. — Gouguenheim, *Ann. des maladies de l'oreille*, 1880-1892, *passim*. — Luc, *Archives de laryngologie*, 1888-1892, *passim*. — Heryng, *Curabilité de la phtisie laryngée*: traducción francesa por Schiffers, Paris, 1880. — Gouguenheim y Tissier, *Phtisie laryngée*, Paris, 1889. (Trabajo extenso que recomendamos para la historia del asunto, los detalles de histología patológica y la exposición completa de los métodos terapéuticos que no se detallan aquí).

laringe en *primitivas y secundarias*, y estas últimas en *tisis laríngeas secundarias á la tuberculosis pulmonar ó secundarias á otras tuberculosis*. Esta definición etiológica, de la que haremos caso omiso al estudiar la anatomía patológica y la sintomatología de la afección, se encontrará justificada cuando tratemos del pronóstico, del diagnóstico y del tratamiento.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — Las mismas condiciones etiológicas que presiden á la aparición de la tuberculosis en general, obran en la de la laringe. Como se han estudiado en el Tomo I de esta obra, sólo tenemos que tratar aquí de la etiología y patogenia de la tuberculosis laríngea, en particular.

Todos los autores están conformes en admitir que la causa más frecuente de las lesiones laríngeas, es la existencia de una *tuberculosis pulmonar anterior*.

Según Lebert, Morell-Mackenzie, Heintze y otros observadores, la tercera parte de los tísicos, próximamente, presentan en un momento dado de la evolución de la afección pulmonar, tubérculos en la laringe. Willigk reduce este número de 33 á 15 por 100 poco más ó menos, pero Niemeyer la eleva á 50 por 100, é Isambert, lo mismo que Schœffer, creen que se puede calcular en las dos terceras partes el número de los tísicos que tienen úlceras laríngeas específicas.

Pero no todos los tísicos se afectan con igual frecuencia. El sexo es una causa predisponente indudable: los hombres pagan á la afección un tributo mayor que las mujeres. Los primeros, son atacados casi tres veces más que las últimas (Morell-Mackenzie, Heintze, Marcet, Schœffer).

La edad, es también importantísima: la mayor parte de los enfermos tienen de veinte á treinta y cinco años, y sobre todo de veinte á veinticinco. La enfermedad es menos frecuente después de los cuarenta años. Es rara en los niños y apenas se observa hasta después de los cuatro ó cinco años. Durante seis meses, en cuyo período he reconocido siempre que me ha sido posible los enfermitos de la clínica infantil del profesor Grancher, sólo he observado una vez la tuberculosis laríngea en una niña de doce años. En mi práctica, he observado nada más que un caso de tuberculosis laríngea infantil: se trataba de una joven de trece años, asistida por Le Gendre y L. Guinon, que observé varias veces solo y con Cartaz, y en la que la infiltración tuberculosa de la laringe estaba muy avanzada ya antes de que la auscultación indicara la existencia de las lesiones pulmonares que produjeron la muerte en poco tiempo.

La tuberculosis de la laringe, secundaria á la de la faringe, es tal vez más frecuente aún que la anterior. La *angina tuberculosa*, excepto en los casos raros en que cura, invade *siempre* la laringe en un momento dado; de modo que creo posible afirmar, que su influencia etiológica es mucho más eficaz que la de la tisis pulmonar.

Otro tanto diré de la *tuberculosis nasal*, que se presenta en forma de úlceras ó de tumores. La he visto desarrollarse secundariamente á la tisis pulmonar y laríngea, pero la he observado también muchas veces como accidente tuberculoso primitivo, y, excepto en un solo caso en el que curó la lesión nasal (un enfermo al que perdí de vista después), la tuberculosis invadió siempre, no la faringe, sino la laringe y después los pulmones (1).

(1) Voyez Boutard, *Thèse de doctorat*. Paris, 1889.
TRATADO DE MEDICINA. — TOMO IV.