

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

Nadie niega hoy la existencia de la tisis laríngea primitiva. Unos la han admitido con demasiada facilidad, otros la han negado sistemáticamente, fundándose sólo en observaciones negativas, y porque jamás la habían observado, argumento insuficiente. Pero las observaciones de Orth (1), Pogrebinski (2), E. Fränkel (3) y otros autores son concluyentes. En 1887 ví con Brissaud un enfermo que murió en el Hospital de la Piedad, durante un acceso de sofocación con estenosis glótica progresiva. Los signos laringoscópicos, si se exceptúa la tumefacción gelatiniforme de los aritenóideos y de los ligamentos aritenóideos, eran análogos á los de una parálisis bilateral y completa de los crico-aritenóideos posteriores (posición media). En el tórax sólo se encontraron algunas granulaciones tuberculosas en uno de los vértices. En la laringe, que examiné al día siguiente con Cornil, había infiltración tuberculosa difusa, antigua ya, muchas pequeñas ulceraciones, y los trastornos disnéicos hallaban su explicación en la existencia de una doble artritis tuberculosa de las articulaciones crico-aritenóideas (Cornil hizo el análisis histológico). Creo que no necesita comentario alguno esta observación. Además, no son tan raros, como se ha dicho, los casos en los que el examen clínico, completado por el histológico y bacteriológico de los productos vegetantes ó de los detritus extraídos al raspar las úlceras, ha permitido conocer la existencia de la tuberculosis laríngea sin que se notara á la auscultación signos de reblandecimiento, ni aun de tuberculosis pulmonar. Creo que estos casos son casi tan fehacientes como los hechos anatómicos, porque se consideran con razón como secundarias, al menos las más de las veces, las lesiones de evolución menos avanzada. Tal es la razón invocada por Orth (4) para justificar una opinión, exagerada indudablemente, aunque cuenta con algunos partidarios, Heryng (5) entre otros. Estos autores llegan á sostener que la tisis de la laringe, sólo en casos raros es afección secundaria, y sí, por el contrario, enfermedad las más veces local, aunque produce siempre, en un momento dado, lesiones pulmonares.

Consecutiva ó primitiva, la tisis laríngea sólo se desarrolla bajo la influencia de condiciones etiológicas locales, lo mismo que las demás infecciones, tanto primitivas, como secundarias. Algunas de estas condiciones no son más que una manifestación local de trastornos generales de la nutrición del individuo (caquexia tuberculosa, inanición, diabetes, etc.), que disminuyen su fuerza de resistencia y la vitalidad de todos los órganos. Pero otras están mucho más circunscritas á la laringe, y conviene tenerlas en cuenta.

Así es que, un tísico, que se hace tísico cuando lleva ya mucho tiempo padeciendo de laringitis crónica, y sobre todo si esta laringitis va acompañada de lesiones epiteliales descamativas y de erosiones simples, está más expuesto que otro á la tisis laríngea; y la tisis laríngea primitiva ataca también de preferencia á los individuos cuya laringe padece ya inflamación crónica y erosiones dependientes de ella. Así también, las erosiones y las úlceras sifilíticas de este órgano constituyen, para la tuberculosis laríngea, una circunstancia predis-

(1) Orth, Pathol. Anat., t. 1, pág. 315.

(2) Pogrebinski, Ann. de médecine d'Odessa, 1881.

(3) E. Fränkel, Deut. med. Woch., núm. 28, 1886.

(4) Orth, loc. cit., pág. 319.

(5) Heryng, loc. cit., pág. 15.

ponente innegable; así, que no sólo los tísicos antiguos se hacen sifilíticos, sino que los sifilíticos, indemnes hasta entonces de tuberculosis, son con bastante frecuencia víctimas de ella. Respecto á la influencia predisponente de los procesos inflamatorios agudos, sólo obra en los tuberculosos con lesiones pulmonares previas: no es raro, como se sabe, observar á consecuencia de ciertas enfermedades agudas generales infecciosas (sarampión, fiebre tifoidea, gripe, etcétera), tuberculosis pulmonares secundarias; examinando detenidamente tales casos, se observa que en los tísicos de esta categoría las lesiones tuberculosas de la laringe se presentan casi siempre, y de una manera precoz, cuando la enfermedad anterior ha ido acompañada de una laringitis específica y secundaria intensa. Por otra parte, la facilidad con que los tísicos contraen laringitis agudas *a frigore*, es un hecho bien conocido, y cuya realidad demuestra la observación diaria de los enfermos, aunque su explicación no sea fácil siempre. Se ve con demasiada frecuencia en estos enfermos principiar la tisis laríngea después de una laringitis catarral aguda simple, á la que sobrevive, para que sea posible desconocer que, en ciertos casos, esta última ha sido la causa determinante de la localización tuberculosa.

Parece, además, hallarse ya demostrado, que la génesis de la lesión tuberculosa laríngea no es siempre unívoca. El bacilo específico invade la mucosa de la laringe por una erosión superficial, y sólo se desarrolla en las capas sub-epiteliales después de curar la lesión erosiva accidental. Puede invadir también las células epiteliales de los conductos glandulares, donde penetra (Heryng). Trátase entonces de una verdadera inoculación laríngea local, proceda el bacilo del exterior y penetre con el aire espirado ó de otro modo (tisis laríngea primitiva), ó de lesiones tuberculosas próximas, de donde emigra con las secreciones, los esputos, etc. (tuberculosis nasal, faríngea, pulmonar, precedentes). Klebs, E. Fränkel y otros autores, han defendido recientemente esta opinión, y las objeciones que hace Heintze, fundándose en la localización sub-epitelial de las granulaciones tuberculosas incipientes, carecen de valor, porque aunque existen al hacer el examen anatómico el epitelio y parte de la capa sub-epitelial, no es posible afirmar que existían en el momento de la penetración de los bacilos generadores de la lesión. Por otra parte, no es dudoso que la laringe, lo mismo que los demás órganos, sea invadida también de dentro á fuera por los bacilos transportados por los vasos linfáticos ó sanguíneos; probablemente así es como se desarrollan las lesiones en ciertos casos de tuberculosis miliar laríngea aguda, siendo así que en el mayor número de los casos de tisis crónica común de la laringe, penetran dichos bacilos por las erosiones superficiales y los orificios de las glándulas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Antes de tratar de la estructura histológica de las diversas lesiones tuberculosas de la laringe, estudiaremos primero su aspecto macroscópico, tal como se observa al hacer la autopsia, según que el enfermo sucumba en un período más ó menos avanzado de la afección laríngea. Como advierten con gran fundamento Gouguenheim y Tissier, no deben tomarse por base de una descripción de este género, los resultados del examen laringoscópico practicado en vida; sólo en la mesa de autopsias, y teniendo el bisturí en la mano, es como puede formarse idea exacta de la extensión de las lesiones, de su sitio y de sus caracteres. A ejemplo de estos dos

autores, trataré sucesivamente de la infiltración tuberculosa, de las úlceras, de las lesiones cartilaginosas y articulares, de las vegetaciones y de los tumores tuberculosos y, por último, de las alteraciones nerviosas y ganglionares inmediatas. Este estudio detallado de las lesiones macroscópicas nos permitirá después, cuando tratemos de sus signos laringoscópicos, pasar á la ligera sobre los puntos comunes é insistir sólo en las diferencias objetivas en el vivo. Una vez conocidos los caracteres macroscópicos de estas diversas lesiones, haremos un breve estudio histológico, tratando sólo de los caracteres particulares que presentan en la laringe. Este estudio nos demostrará que las lesiones observadas son de distintas clases: unas específicas, otras de naturaleza puramente inflamatoria y asociadas á las primeras.

1.º CARACTERES MACROSCÓPICOS DE LAS LESIONES. — *A. Granulaciones miliares.* — Se encuentran en ciertos casos en la superficie de la laringe de los tísicos granulaciones miliares aisladas, discretas, muy rara vez solas y asociadas á un aspecto catarral difuso simple de la mucosa, casi siempre con infiltraciones, úlceras y otras lesiones de la tisis laríngea. Estas granulaciones, primero grises, translúcidas, poco elevadas, lisas, de un volumen que varía entre el de una cabeza de alfiler al de un grano de mijo pequeño, están diseminadas ó reunidas en grupos por la mucosa, ó existen en corto número en el borde ó en el fondo de las úlceras, y no se descubrirían si no se tomara el trabajo de buscarlas después de lavar cuidadosamente la laringe por medio de un chorro de agua, para limpiar el moco y moco-pus que cubre la superficie. Cuando son más antiguas, adquieren un tinte amarillo y sobresalen de la superficie de la mucosa, donde se desarrollan. Estas granulaciones no tienen sitio predilecto; en los casos agudos, se las encuentra diseminadas ó agrupadas por toda la superficie de la laringe, y al corte en las capas profundas; en la tisis laríngea crónica común, apenas se las ve en otro sitio más que alrededor de las úlceras.

B. Infiltración tuberculosa. — Cuando se examina la laringe de los enfermos que sucumben de tisis pulmonar, sin preocuparse de la falta posible de síntomas laríngeos durante la vida, sorprende la frecuencia con que se observan infiltraciones tuberculosas, más ó menos extensas, cuya presencia no se sospechaba, si no se había practicado el examen laringoscópico. Heintze afirma haberlas encontrado en la mitad de los casos, al hacer la autopsia de enfermos que no había, á decir verdad, observado en vida; Gouguenheim y Tissier las han descubierto en más de la tercera parte de los enfermos que han podido estudiar.

Esta alteración se observa, por orden de frecuencia, primero en la región aritenóidea y ari-epiglótica, después en las cuerdas vocales superiores, luego en las inferiores, y por último, en la epiglotis, punto que se afecta menos veces que los otros. Es raro que esté limitada á una sola de estas regiones; ocupa casi siempre varias á la vez. Su aspecto difiere algo según el sitio. La describiremos, sucesivamente, tal cual se presenta en estas diversas partes de la laringe.

En la *región aritenóidea*, deforma las partes engrosando la mucosa. Desaparecen las elevaciones de los cartílagos de Santorini, y más adelante las de los de Wrisberg; los aritenóides adquieren la forma de dos elevaciones coniformes,

de base ancha y de vértice truncado, yuxtapuestas. La parte posterior de los *pliegues ari-epiglóticos* se afecta casi siempre á la vez y, por lo general, se infiltran también en su mayor parte de atrás á adelante. Estos pliegues pierden su delgadez normal y tienen el aspecto de dos bordes fusiformes, elevados en exceso y que se confunden por detrás por sus extremidades gruesas con las tumefacciones aritenóides y se adelgazan progresivamente por delante. Se observan casi siempre en este caso en el *espacio inter-aritenóideo* elevaciones numerosas, vegetantes, papiliformes. El color de las regiones infiltradas (en el cadáver) es pocas veces más rojo que el de las partes inmediatas; es más bien rosado, pálido, algo grisáceo. Presenta en muchos casos un aspecto gelatiniforme que recuerda el del edema, pero difiere por la presencia de manchas, de masas ó de puntos blanquecinos ó amarillentos, de aspecto mate, que contrastan con las partes más translúcidas que las rodean. La superficie de la mucosa es pocas veces lisa, excepto en este último caso; en las condiciones ordinarias es mate ó algunas veces granulosa. Es preciso para apreciar bien estas lesiones, no examinar el ejemplar patológico sin lavarlo de antemano con un chorro de agua, para limpiar las capas de moco-pus cremoso que suelen cubrir la superficie en extensión variable. La consistencia de las partes afectadas es dura, resistente y no blanda y temblorosa como en el edema. La superficie del corte es lardácea, granulosa, sembrada por lo general de islotes amarillentos; raspando esta superficie con el bisturí, mientras se comprime el ejemplar patológico entre dos dedos, no se ve salir líquido claro y sólo se recoge detritus amarillentos procedentes de la enucleación de algunas partes de los islotes indicados. La infiltración aritenóidea y ari-epiglótica, es casi siempre unilateral ó bilateral, pero es más acentuada en un lado, bien en el aritenóide ó en éste y su ligamento. Cuando las lesiones son muy intensas, son por lo común bilaterales, y rara vez se circunscriben á los límites del vestíbulo.

Las *cuerdas vocales superiores*, en particular la parte posterior de una de ellas ó de ambas, son invadidas entonces. Pero la infiltración domina algunas veces en este punto ó existe sólo en él. En los casos ligeros, la banda ventricular infiltrada parece á la vez más gruesa y ancha; su borde libre, en particular por detrás, ha perdido su aspecto cortante y tiene una forma redonda y elevada por donde cubre la cuerda vocal subyacente. El engrosamiento es mayor en los casos más marcados y se extiende hasta la región anterior. La superficie de la banda ventricular no pierde el color rojizo que tenía al principio, pero se hace desigual y abolsada. Al corte, se ve que su espesor es mucho mayor que en estado normal y de consistencia dura y lardácea. La disección demuestra que el *ventrículo de Morgagni* es menos extenso, á causa de estar rechazadas é infiltradas sus paredes; la prolongación anterior desaparece con frecuencia, la cavidad ventricular principal adquiere una forma irregular, y casi siempre su parte posterior se encuentra llena, bien por un pliegue rojo y liso de la mucosa que forma hernia, bien por ser rechazadas las paredes que están en este punto más infiltradas.

En las *cuerdas vocales inferiores* se observa aisladamente la infiltración, ya sea con ulceraciones de las cuerdas superiores y de la región aritenóidea ó sólo de ésta, ó bien sin más lesión de la laringe. Cuando es muy ligera, pasa inadvertida al examen macroscópico ó no se diferencia de la tumefacción catarral

ligera si es bilateral. Pero en un grado superior, es fácil conocerla; su sitio predilecto es el segmento medio y posterior de una sola cuerda vocal. Se presenta en ella en forma de tumor oblongo en el sentido de la cuerda que sobresale poco del nivel de ésta, pero que es abolsada, ocupa toda su superficie, su borde libre, y se prolonga algo por debajo de ella. Su superficie es rojiza, de aspecto empañado, sin brillo y un poco desigual. Haciendo un corte transversal, se observa que está localizada debajo del ligamento elástico tiro-aritenóideo. Este parece sano cuando se raspa su superficie y el músculo subyacente es de aspecto normal. La mucosa está adherida en el sitio de la infiltración y es imposible hacerla que forme un pliegue al pellizcarla con unas pinzas, como sucede en una cuerda sana. Cuando la infiltración tuberculosa de las cuerdas vocales llega á su más alto grado de extensión y de intensidad, se propaga, en particular por detrás, á la *región subglótica*; y si es bilateral, forma un reborde subglótico que se extiende por detrás de un lado á otro.

La infiltración de la *epiglotis*, falta con frecuencia; á veces no se descubre alteración alguna en este punto, mientras que las partes posteriores de la laringe están, por el contrario, no sólo infiltradas, sino ulceradas, cariadas, necrosadas y destruidas. La epiglotis se halla también sana, aunque estén enfermas en toda su extensión las cuerdas vocales superiores é inferiores. Pero no es raro tampoco comprobar una infiltración acentuada de la epiglotis, limitada á ella, ó que se extiende, cuando más, á la parte anterior próxima de uno ó de los dos ligamentos ari-epiglóticos. La epiglotis, infiltrada en grado medio, es roja, de superficie deslustrada, sin brillo y granulosa. Está, por lo común, engrosada en su totalidad. Este engrosamiento da á dicho órgano una forma variable, según la que tenía antes de estar enfermo; pero, en general, los bordes laterales toman una dirección rectilínea, y el superior se hace romo y redondo. La epiglotis se adhiere, al parecer, á las partes próximas, su consistencia es dura y compacta, queda inmóvil, es imposible plegarla y pierde su elasticidad normal. Unas veces es casi vertical, otras se aplica en dirección oblicua sobre la laringe. Cuando la infiltración llega á un grado excesivo, el órgano pierde su rubicundez, adquiere un color pálido, gris amarillento, y su forma se hace casi cilíndrica. Las fosetas glosa-epiglóticas desaparecen más ó menos por completo. Se observa al corte que la infiltración interesa casi en el mismo grado la cara lingual, que la laríngea de la epiglotis y que la parte más inferior de ésta, peciolada, está en ocasiones menos infiltrada que la media y superior. Si no hay úlceras, el fibro-cartílago es casi siempre de aspecto normal. El tejido infiltrado es más resistente de ordinario que los pliegues ari-epiglóticos, cuando es invadida su parte anterior ó toda su extensión como la epiglotis, antes, después ó al mismo tiempo que ella.

C. Úlceras tuberculosas. — Al hacer la autopsia de los tísicos, se encuentran úlceras de la laringe casi con igual frecuencia que las infiltraciones, con las que coinciden en un gran número de casos, aun cuando estas últimas se observan algunas veces solas. Al tratar, á propósito de la etiología, de la frecuencia de las lesiones tuberculosas de la laringe en los individuos afectados de tisis pulmonar, cité estadísticas que se refieren de preferencia á las úlceras, y como, por otra parte, son con seguridad las lesiones más frecuentes, porque las otras sólo se observan rara vez sin ulceraciones concomitantes, pueden considerarse

como exactas las cifras de Lebert, Morell-Mackenzie, Isambert y otros indicados antes.

Las regiones de la laringe donde se observan con más frecuencia las úlceras tuberculosas son, por su orden, las siguientes: región inter-aritenóidea, aritenóidea anterior y parte próxima de las cuerdas vocales superiores é inferiores, inter aritenóidea supra-glótica, aritenóidea superior, parte posterior de la cara interna de los ligamentos ari-epiglóticos, cara superior de las cuerdas vocales superiores y parte anterior correspondiente de la cara interna de los pliegues ari-epiglóticos, borde libre y cara superior de los dos tercios anteriores de las cuerdas vocales inferiores y entrada del ventrículo de Morgagni, cara laríngea y labio posterior del borde superior de la epiglotis, bordes laterales, bordes superiores y caras externas de los pliegues ari-epiglóticos y, por último, cara lingual de la epiglotis.

Su aspecto varía algo, según su sitio. Puede dividírselas, según Heintze y Heryng, en úlceras tuberculosas *superficiales* y *profundas*; pero las primeras son *pequeñas* y *circunscritas* ó *extensas é invasoras*, y las segundas *pequeñas* y *crateriformes*, *estrechas* y *en forma de fisura* ó *extensas y destructoras*.

En la *región inter-aritenóidea anterior* es muy frecuente encontrar ulceritas en forma de fisuras, estrechas, á veces bastante profundas en el sitio donde se inserte la terminación posterior del borde libre de la cuerda vocal, menos profundas de ordinario entre las vegetaciones de aspecto papilar que separan y que coinciden siempre con ellas. En otros casos más raros, sobre todo cuando no hay vegetaciones, se encuentra en este punto una úlcera superficial de base algo infiltrada, de bordes planos y algo sinuosos, que se extiende como una banda desde la región sub-aritenóidea hasta el vértice del pliegue inter-aritenóideo, cabalgando á veces sobre él. Para descubrir las úlceras en forma de fisura, es necesario dividir la laringe de arriba á abajo en dirección vertical, al nivel del ángulo tiróideo anterior, y separar la parte posterior de las cuerdas vocales. De este modo, es posible apreciar su profundidad y ver el fondo grisáceo ó rosado del surco que forman. Las úlceras superficiales están cubiertas muchas veces de secreciones muco-purulentas y la mucosa exulcerada es finamente granulosa, de color gris, y á trechos rosada y un poco más granulosa. La superficie de la úlcera da al tacto la sensación de una capa algo consistente y algo rugosa.

Las *regiones antero-laterales del segmento aritenóideo*, por delante y debajo de los cartílagos de Wrisberg y de Santorini, y las *inserciones posteriores de las cuerdas vocales superiores é inferiores* que forman continuación, están ulceradas con mucha frecuencia. Las úlceras son unas veces en este punto, sobre todo por fuera, bastante superficiales, de bordes sinuosos y mal limitados, de fondo grisáceo, cubiertas de granulaciones finas, y á veces se extienden hasta la parte posterior de la cara interna de los ligamentos ari-epiglóticos, ó en particular por dentro, son menos extensas, pero profundas, anfractuosas, crateriformes, de bordes desprendidos, irregulares, gruesos y vegetantes á menudo. En los vértices de los aritenóides y de los cartílagos de Santorini son frecuentísimas las úlceras, y lo superficial de los cartílagos en este punto, les expone á las lesiones de caries y de necrosis que estudiaremos en seguida, y que no son menos frecuentes, por lo demás, como consecuencia de las úlceras crateriformes profundas situadas en la base de los aritenóideos.