

En el caso de úlceras posteriores, sub-glóticas, crateriformes, se encuentra una *pericondritis cricóidea* correspondiente, más ó menos extensa, sin lesiones articulares subyacentes. Se afecta también la cara posterior del cartílago, pero es raro que suceda así. Las *caras internas laterales del tiróides* se lesionan pocas veces, y sólo por detrás, á consecuencia de una ulceración inter-aritenóidea.

Es mucho más raro, aunque posible, observar pericondritis y artritis fistulosa. El caso que cité, á propósito de la etiología, como ejemplo de tuberculosis laríngea primitiva, es notable. Es muy posible que en este individuo, las lesiones tuberculosas interesaran desde el principio las articulaciones crico-aritenóideas, porque durante mucho tiempo sólo se observó al hacer el examen laringoscópico una ligera tumefacción de la región aritenóidea é inmovilidad de las cuerdas vocales muy cerca de la línea media. Además, cuando se hizo la autopsia, las lesiones articulares estaban muy avanzadas, y si se exceptúa la infiltración de la región posterior y de los ligamentos ari-epiglóticos, sólo se encontraron úlceras superficiales diseminadas, sin ulceraciones crateriformes en la base de los aritenóides.

Se observan también en los individuos cuya epiglotis no presenta úlceras profundas, pericondritis subcutáneas, circunscritas, de la *cara anterior de las láminas tiróideas*; en este caso, su origen es la cara cutánea de la cubierta fibrosa tiróidea. Las lesiones de este género son, por el contrario, excepcionales en la *parte anterior del cricóides*. El fibro-cartílago de la *epiglotis* queda siempre á salvo, cuando no es destruido en parte por úlceras muy profundas.

Se encuentran con frecuencia á la vez que simples erosiones ó úlceras superficiales, pericondritis, aritenóideas y cricóideas, mucho más rara vez tiróideas, de la región posterior de la laringe, que han seguido una marcha aguda, y que deben considerarse como infecciones secundarias flemonosas debidas á agentes infecciosos piógenos comunes. Se observan en tales casos desprendimientos extensos del pericondrio, separados del cartílago subyacente á medio necrosar, por una capa de pus de extensión y abundancia variables, y una infiltración sero-purulenta inmediata, más ó menos extensa, de aspecto edematoso, diferente por completo de la infiltración tuberculosa que existe en otros casos. Estos abscesos peri-condríticos, son más frecuentes en la cara posterior de los cartílagos aritenóideos.

E. Vegetaciones y tumores pseudo-poliposos. — Además de las vegetaciones que existen en los casos de úlceras tuberculosas de la laringe, y que se desarrollan en ellas ó en sus bordes, se observan en tísicos sin infiltraciones profundas ni úlceras laríngeas, tumores tuberculosos prominentes, sexiles, ó más ó menos pediculares, de volumen variable. Andral (1837) fue el primero que las observó en el cadáver y conoció su naturaleza en dos casos. La primera vez se trataba de un tumor blando, pediculado, que se insertaba en el fondo de la parte posterior de un ventrículo y sobresalía del borde libre de la cuerda vocal correspondiente; la segunda de un tumor sexil redondo de la cara superior de una cuerda vocal, del volumen de un guisante grueso, de superficie irregular y en *coliflor*, de consistencia dura, y compuesto, al parecer, según demostró el corte, de un conjunto de granos blanquecinos.

Estos tumores, de dimensiones muy variables, son, por lo general, rosados

ó blanquecinos y de consistencia friable; los más gruesos, están formados por una aglomeración de vegetaciones confluentes. Se les encuentra sobre el tubérculo de Czermak ó un punto más inferior, debajo de la glotis, en el ángulo anterior; se ven también á la entrada de los ventrículos y en la región inter-aritenóidea. Son más raros que todas las demás lesiones tuberculosas de la laringe.

F. Lesiones ganglionares y nerviosas. — Los Dres. Gouguenheim, Leval y Tissier, han encontrado en individuos que padecieron en vida fenómenos dinéicos permanentes, tumefacciones, infiltraciones tuberculosas ó transformaciones caseosas de los ganglios linfáticos peri-recurrentes, que los dos primeros de estos autores han descrito con el nombre de ganglios peri-traqueo-laríngeos. El nervio recurrente está lesionado casi siempre en estos casos. Los doctores Lubet-Barbon y Dutil han observado la neuritis del recurrente sin lesiones de los tejidos inmediatos, y la han considerado como periférica. No insisto sobre estos detalles, indicados al estudiar la etiología de las parálisis laríngeas.

G. Lesiones inflamatorias crónicas de la mucosa laríngea. — Al hacer la autopsia de muchos tísicos, sólo se descubren en la laringe signos de catarro difuso ó laringitis crónica hipertrófica, de forma paquidérmica, que predomina en el segmento posterior de la cavidad laríngea. En este caso, el examen histológico es el único que permite conocer la parte que pertenece al tubérculo en la génesis de estas alteraciones, porque el reconocimiento á simple vista es impotente por completo para apreciar su naturaleza. Este punto es uno de los más interesantes de la historia de la tisis laríngea, y que vamos á examinar al hacer el estudio microscópico de sus lesiones.

2.º ESTRUCTURA HISTOLÓGICA. — El examen histológico de la laringe de los tísicos que presentan sólo lesiones de apariencia inflamatoria, permite descubrir las alteraciones que hemos descrito antes en la laringitis crónica. Se trata de una transformación dermo-papilar de la mucosa laríngea, vegetaciones papilares con atrofia glandular inter-aritenóidea, grietas de la misma región, erosiones consecutivas á la necrosis del epitelio engrosado en la cara interna de los vértices de las apófisis vocales y de la parte posterior de las cuerdas, etc. Es indudable que se observa en los tísicos la laringitis crónica no tuberculosa. Pero en estos casos, se trata de una laringitis crónica especial, que merece el nombre de « laringitis de los tuberculosos ». En los más de los casos, se observa que la mucosa no está libre por completo de lesiones tuberculosas: cuando no hay erosiones, se encuentran acá y allá, en la capa sub-epitélica, folículos tuberculosos, en grado variable de evolución, á poco que se multipliquen los cortes y los reconocimientos, y cuando existen las erosiones, se descubren también, casi siempre en su superficie, granulaciones tuberculosas. Esto ha hecho decir á los Dres. Doléris y Heintze que « las laringitis de los tísicos son siempre tuberculosas », afirmación exagerada indudablemente; pero no creo que pueda objetarse lo mismo á la afirmación de que las *laringitis de los tísicos se hacen, casi con seguridad, tuberculosas en un momento dado*.

No debe tampoco creerse, que todas estas laringitis de los tísicos son anteriores á la tuberculización de la mucosa donde se desarrollan. Todo induce por el contrario, á creer, que muchas de ellas son consecutivas á infiltraciones tu-

berculosas moderadas y superficiales, que han presentado la evolución esclerosa. En estos casos, las laringitis crónicas son á veces, resultado de la curación de las lesiones tuberculosas anteriores, y cuando éstas son ligeras y poco extensas, toman la forma de paquidermias laríngeas poco acentuadas, que duran tanto como la afección pulmonar, sin experimentar modificaciones, ni aun en el último período de la enfermedad. Cuando la infiltración tuberculosa es difusa y termina también por esclerosis, la laringitis crónica adquiere un aspecto especial, y la multiplicidad de las lesiones tuberculosas permite designarla con el nombre de laringitis tuberculosa de forma esclerosa, vegetante ó no.

La transformación dermo-papilar de la mucosa laríngea es una lesión casi constante, al menos en ciertos puntos de la laringe invadidos por la infiltración tuberculosa. Esta, generalizada por la mucosa y el tejido submucoso, es casi siempre más ó menos difusa. El examen de los cortes perpendiculares á la superficie demuestra que el tejido está infiltrado en todo su espesor de elementos embrionarios, pero que los focos tuberculosos son relativamente raros. Los folículos tuberculosos son poco abundantes en las partes profundas, y se les encuentra de preferencia en la capa sub-epitelial (Heintze). Faltan también en una gran extensión de las regiones infiltradas.

Se descubren también folículos tuberculosos en las glándulas, en particular en las cuerdas vocales superiores. Estas lesiones glandulares, negadas por Wagner, han sido descritas con todos sus detalles por Cornil y Ranvier (1), y hoy todos admiten su existencia. La glándula se infiltra de diversas maneras: unas veces principia la infiltración por la cápsula conjuntiva, otras es superficial y se observa alrededor del conducto excretor; por último, en otros casos empieza en la misma cavidad glandular, en el interior de los acinis. Este proceso tarda, por lo general, mucho tiempo en destruir la glándula.

El examen de los cortes de las úlceras tuberculosas demuestra que sus bordes y su fondo están formados por un tejido de infiltración en el que se descubren acá y allá restos de las glándulas en las regiones donde existen en estado normal en abundancia estos órganos; existen también folículos tuberculosos en vías de transformación caseosa. Las úlceras tienen una profundidad variable; pero la membrana de la base se destruye desde el principio, lo mismo que el epitelio.

Las lesiones tuberculosas articulares, del pericondrio y de los cartílagos, nada presentan de particular en la laringe. Me abstendré, por lo tanto, de hablar de ellas, lo mismo que de las lesiones glandulares y nerviosas. Pero diré algunas palabras respecto á las *lesiones de los músculos* laríngeos, cuyo conocimiento es indispensable para comprender las parálisis miopáticas que suelen observarse en la tuberculosis laríngea.

Estas lesiones musculares, señaladas por Cornil y Ranvier (2), han sido estudiadas por Heintze, Fränkel, J. Mackenzie, Gougouenheim y Tissier. Estos últimos autores admiten dos variedades: la primera, es una miositis parenquimatosa poco acentuada, que origina la multiplicación de los núcleos del sarcolema, sin modificar la forma estriada. La segunda, es la descrita por Cornil y Ranvier: infiltración embrionaria del tejido conjuntivo intermuscular, con

(1) Cornil et Ranvier, Manuel d'histologie pathologique, t. II, págs. 58 y siguientes.

(2) Cornil et Ranvier, Manuel d'histologie pathologique, t. II, pág. 53.

acumulación de células linfáticas en los intersticios y degeneración grasa consecutiva de los hacecillos primitivos. Sin embargo, según Gougouenheim y Tissier, esta degeneración es bastante rara y se observa con más frecuencia la atrofia simple consecutiva á la evolución esclerosa de la infiltración conjuntiva. Estos autores han observado, además, en los intersticios musculares, folículos tuberculosos típicos en todos los grados de evolución.

El examen atento de los tumores tuberculosos de la mucosa laríngea, permite conocer su naturaleza. Están formados, casi exclusivamente, por células embrionarias y contienen acá y allá, en particular cerca de la periferia, folículos tuberculosos con células gigantes. La base es de estructura más bien fibrosa. La superficie del tumor está cubierta de epitelio estratificado.

El examen bacterioscópico de los productos de la raspadura de las úlceras, de los tejidos infiltrados y de las producciones polipóides, hace reconocer en ellas la existencia de los bacilos de Koch. La mayor parte de los autores que se han ocupado de este asunto, manifiestan que dichos bacilos son, por lo general, escasos. He comprobado varias veces la exactitud de esta afirmación, al procurar descubrir los bacilos en los productos de la raspadura de las úlceras de mis enfermos ó en los cortes ó en los detritus de los tumores tuberculosos extirpados durante la vida. He necesitado muchas veces examinar varias preparaciones, para descubrir en una, dos ó tres bacilos aislados; pero, con algo de paciencia, se consigue descubrirlos casi siempre si la lesión es, en realidad, tuberculosa. Esta escasez de los bacilos de Koch es tan constante en las lesiones tuberculosas de la laringe que, cuando existen en abundancia en la superficie de una úlcera, debe suponerse que han sido conducidos por los esputos y dudar que se hayan desarrollado en aquel punto. Respecto al examen de los tumores por disociación, sólo se obtienen así datos seguros cuando antes de practicarle se tiene la precaución de lavar bien la superficie del tumor, que está manchada con las secreciones bronquiales. Además, si el ejemplar es muy voluminoso para que dicho examen sea posible, sólo debe hacerse el de un fragmento extraído de debajo de la capa superficial. El examen histológico de los cortes es el único que permite diferenciar los tumores tuberculosos de los papilomas, que no son raros en los individuos que padecen tuberculosis. No creo que haya motivos para considerar estos papilomas como una variedad de tumores tuberculosos, según indica Gougouenheim, fundándose en los resultados positivos de la inoculación en los animales. Estos resultados han sido debidos, indudablemente, á los bacilos de los esputos depositados por la expectoración en la superficie de los tumores, y no demuestran, en modo alguno, la naturaleza específica del papiloma.

SÍNTOMAS Y MARCHA.—La tuberculosis de la laringe, sea primitiva ó secundaria, no se presenta siempre á la observación con caracteres idénticos. Las variaciones de los signos objetivos y de los síntomas funcionales, no dependen sólo del período de evolución al que han llegado las lesiones, sino también de su sitio y extensión, de su composición anatómica y de la evolución que siguen. La marcha y las terminaciones varían también por las mismas causas.

Para que el estudio clínico de la tuberculosis de la laringe sea fructífero, es por consiguiente, indispensable, hacer antes una agrupación metódica de los

hechos, que permite distinguir ciertas *formas anatómico-clínicas* diferentes de la enfermedad. Es posible así estudiar las formas *catarral, infiltro-ulcerosa difusa, infiltro-ulcerosa circunscrita peri-glótica, esclerosa y vegetante ó fibrosa y vegetante*, los *tumores tuberculosos*, y por último, la *forma miliar aguda*. Algunas de estas formas son, tal vez, sólo el primer período de la enfermedad y se convierten al poco tiempo en otras; pero todas son susceptibles de conservarse más ó menos puras hasta la muerte del enfermo. Además, el pronóstico varía según la variedad de que se trata y lo mismo sucede con las indicaciones terapéuticas locales.

1.º *Forma catarral*. — La tuberculosis laríngea de forma catarral es casi siempre el preludio de lesiones más profundas, cuya aparición marca el principio de la tuberculosis infiltro-ulcerosa común, ó de la forma esclerosa. Pero puede persistir durante mucho tiempo con los mismos caracteres y es lógico describirla como una variedad especial de laringitis tuberculosa. Se ha desconocido durante bastante tiempo su carácter específico. Se la designaba con el nombre de «laringitis de los tuberculosos» y se la consideró como un catarro simple producido por la irritación local de la laringe, puesta en contacto repetido con el pus expectorado y fatigada por los esfuerzos continuos de tos. Las alteraciones glandulares ocasionan su destrucción, la forma de «úlceras foliculares» catarrales y la irritación superficial de las cuerdas vocales pobres en glándulas, al formarse las erosiones simples también, no tienen la menor tendencia á la curación por persistir las causas que las producen. Tal es, en resumen, la teoría por la que en 1825 explicaba Louis todas las lesiones laríngeas ulcerosas de los tísicos, y que sobrevivió á la doctrina de la tuberculosis laríngea de Barth y de Andral, pero sólo se invocaba para explicar las lesiones de la laringe que carecía de caracteres específicos.

La «laringitis de los tuberculosos» ha venido á ser hoy la *tuberculosis laríngea de forma catarral*. Es muy probable que, en muchos casos, las lesiones tuberculosas superficiales y discretas que la caracterizan, no sean la causa primitiva del catarro, y que se limiten á sostenerle después de haberle la posibilidad de su desarrollo por inoculación de sus bacilos en una superficie epitelial descamada ó con erosiones en los acinis glandulares alterados. Pero, por otra parte, al permitir reconocer el examen histológico que las lesiones tuberculosas son frecuentes en la mucosa laríngea de los tísicos que padecen laringitis de aspecto catarral, el diagnóstico de la «laringitis catarral de los tuberculosos» de la «laringitis catarral tuberculosa» es puramente teórico. Su carácter común, es presentar al principio alternativas de mejoría y agravación; y, en un momento dado, de seguir una marcha crónica y de determinar alteraciones permanentes de la voz que se hace velada, baja, débil y ronca. Al examen se observa en la mucosa laríngea rubicundez vestibular difusa, las cuerdas vocales están empañadas, sin brillo y rosadas. No es raro encontrar en este punto erosiones de forma oval, poco marcada, rodeadas de un círculo rojo. Estas úlceras son susceptibles de desaparecer; no son tuberculosas y las hemos estudiado ya, al describir las laringitis catarrales simples. Pero no curan siempre; es posible, si se las observa á intervalos cortos durante algún tiempo, verlas perder sus caracteres primitivos y adquirir otros debidos á su transformación secundaria; simples al principio, se hacen después tuberculosas.

Pierden su forma redonda, desaparece la zona roja que las rodea, y se convierten en una mancha grisácea, de superficie granulosa pero no elevada, de contornos confusos; la rubicundez de la cuerda vocal aumenta por detrás, y la mucosa inter-aritenóidea se cubre de pequeñas elevaciones que la dan un aspecto *aterciopelado*, signo que estudiaremos luego en detalle. Las cuerdas vocales se cubren después acá y allá de algunas manchas rojas, á las que suceden más tarde erosiones grisáceas lineares ó en *arañazo* muy superficiales, que ocupan el centro de la zona hiperémica que se hace más extensa. La erosión tarda poco en ganar el borde libre de la cuerda y como su superficie es rugosa, el borde adquiere un aspecto dentado, fino como una sierra (*aspecto serrático*). Las lesiones quedan estacionadas durante mucho tiempo, las erosiones no se extienden, ó se extienden muy poco, y no se hacen más profundas en las cuerdas vocales inferiores.

Después de un tiempo variable, durante el cual no experimentan las lesiones modificaciones de importancia, se ve alterarse la forma de la región aritenóidea, que se hincha é infiltra. La tisis laríngea catarral se transforma en tisis laríngea infiltro-ulcerosa, variedad que se estudiará más adelante.

Esta forma de laringitis es susceptible de curación espontánea, y hasta se nota una mejoría notable en el período terminal á la vez que se agravan más y más las lesiones pulmonares. Pero es raro que suceda así. No obstante, en tanto que las lesiones sean superficiales, que las erosiones sean circunscritas y que la región aritenóidea permanezca indemne, se puede conseguir, en ciertos casos, que cicatricen las úlceras á beneficio de la intervención terapéutica local. Pero estas curaciones son inseguras y casi siempre seguidas de recidivas en la misma forma, ó en la infiltro-ulcerosa difusa.

En ciertos casos, se ve en la cara laríngea de la epiglotis y en particular en las bandas ventriculares y en la pared posterior de la región sub-glótica, formarse úlceras pequeñas distintas de las primeras y consecutivas á la tuberculización de las glándulas. Estas, después de experimentar la degeneración caseosa y de adquirir el aspecto de masas pequeñas amarillentas, de forma irregular y variable, se vacían y quedan en su lugar ulceritas profundas, anfractuadas, de bordes desgarrados é irregulares, que se extienden y forman, al reunirse, pérdidas de substancia de dimensiones variables. Estas ulceraciones glandulares tardan, de ordinario, en producirse y se ven de preferencia en los períodos terminales de la tisis crónica, ó en la tisis de marcha rápida.

2.º *Forma infiltro ulcerosa difusa*. — Esta forma de tuberculosis laríngea, es mucho más frecuente. Se observa unas veces desde el principio de la tuberculosis pulmonar, ó al mismo tiempo que ésta, más á menudo durante su evolución, ó á los seis meses ó un año, ó bien en un período más tardío, cuando las lesiones torácicas están ya muy avanzadas. La llamo *difusa*, porque en este caso la infiltración tuberculosa *tiende* á invadir la mayor parte del órgano, y porque las lesiones son siempre invasoras; pero sería erróneo por completo, creer que toda la laringe es invadida desde el principio: con mucha frecuencia la epiglotis y la región laríngea anterior quedan casi á salvo, hasta un período avanzado de la enfermedad y hasta su terminación.

La enfermedad adquiere en ocasiones esta forma después de un período catarral, como hemos visto, ó, después de evolucionar bajo una de las otras for-

mas clínicas que se estudiarán más adelante. Pero, otras veces, es primitiva y entonces principia de dos maneras diferentes. O bien, que es el caso más raro, se presentan las lesiones primero en la epiglotis. Se observa con frecuencia infiltración de este órgano, y hasta úlceras de su cara lingual, mientras que el resto de la laringe queda aún sano, ó su aspecto es sólo algo catarral. En estos casos, se trata casi siempre de enfermos muy jóvenes (dieciocho á veintidós ó veintitrés años) con lesiones pulmonares poco extensas (Gouguenheim y Tissier) y poco avanzadas, y cuya voz apenas está alterada. Consultan con el médico, quejándose de algo de disfagia, más marcada para los líquidos, y en particular para la saliva, é ignorando, por lo general, la gravedad de su estado. Solo después se observa la infiltración tuberculosa en la parte posterior de la laringe (región aritenóidea, tercio posterior del vestíbulo) y es invadido todo el órgano.

Otras veces, y es lo más frecuente, principia la enfermedad por la región aritenóidea. «Un individuo adulto, de veinte á cuarenta años, por lo general, nota que sus fuerzas se debilitan desde algún tiempo antes. Ha tenido anteriormente una pleuresía, una bronquitis de mal carácter, una ó varias hemotisis, etcétera. Enflaquece sin causa y tose y expectora; tiene sudores nocturnos y el examen del tórax revela signos más ó menos evidentes de tuberculosis. Después de cierto tiempo, seis meses, un año ó más, otras veces muy pronto, principia á padecer alteraciones fonéticas, ligeras al principio y que tardan poco en agravarse. Descenso del tono, después ronquera; la voz es velada, sorda, ronca; después hay afonía más ó menos completa; la tos adquiere un timbre ronco..... Al examinar la laringe, se descubren lesiones cuyo conjunto es de ordinario característico. El velo del paladar, la epiglotis..... tienen una *palidez excepcional*, la región aritenóidea está deformada. Sus elevaciones y depresiones naturales se desconocen, están exageradas ó borradas» (Gouguenheim y Tissier) (1). No creo que sea posible resumir con más claridad y precisión la historia del 80 por 100, próximamente, de los tuberculosos que consultan por vez primera con el médico á causa de su padecimiento laríngeo. Y, por desgracia, todo observador encargado de una clínica ó de una consulta pública, comprueba todos los días, por el examen de varios enfermos, la exactitud de la descripción de Gouguenheim y Tissier. La historia de estos desgraciados es casi siempre la misma, su porvenir casi siempre tan sombrío, la marcha de su enfermedad las más de las veces tan inexorable.

Los resultados del examen laringoscópico, practicado en este primer período de la enfermedad, varían según los casos. La lesión más constante es la deformación aritenóidea; depende de la infiltración de la mucosa en este punto y se manifiesta por tumefacción de toda la región. El pliegue inter-aritenóideo adquiere un espesor más ó menos considerable, los dos aritenóides toman una forma hemisférica ó cónica, los cartílagos de Santorini y de Wrisber son invisibles, y la parte posterior de los ligamentos ari-epiglóticos, hinchada también, se confunden con las partes precedentes. Todas estas regiones infiltradas tienen un aspecto mate, sin brillo, y un color rojo que contrasta con la palidez de la epiglotis y de la faringe. Esta rubicundez del principio no es, por lo demás,

(1) Gouguenheim et Tissier, *Phtisie laryngée*, pág. 174 y 175.

constante; en los individuos muy anémicos, falta desde el principio de la enfermedad; en los más de los enfermos desaparece en un momento dado, y es sustituida por un color grisáceo y un aspecto más liso, en ocasiones como traslúcido, cuando tardan en formarse las úlceras. La tumefacción aritenóidea del principio, rara vez está bien limitada por delante. La región posterior de las cuerdas vocales superiores participa de ella, y éstas se hallan en dicho punto hinchadas, ensanchadas, abolsadas y son rojas y lisas; ocultan en parte las extremidades posteriores de las cuerdas vocales, sobre las que cabalgan en dirección oblicua. Las cuerdas vocales, desde los vértices de las apófisis de este nombre, son, por lo general, de color rojo, gruesas y sin brillo en toda su parte posterior. Estas lesiones del principio pueden ser bilaterales y tan acentuadas en un lado como en otro; pero, por lo general, dominan en una de las mitades de la laringe, ó son al principio, y durante más ó menos tiempo, unilaterales, y sólo se hacen bilaterales después.

En la región inter-aritenóidea, inmediatamente por cima de las cuerdas inferiores, está cubierta la mucosa de un ramillete de elevaciones papilares pequeñas de color rosa pálido ó grisáceo. Estas elevaciones se insertan, al parecer, en la mucosa por un pedículo propio; sus extremidades libres, por lo general algo aumentadas de volumen, están casi al mismo nivel cuando respira el enfermo, y su aspecto típico es distinto del que presentan las vegetaciones de extremidad delgada de la misma región que se implantan en las elevaciones lobuladas, desiguales y de base ancha, menos numerosas y de volumen muy desigual, que se observan en muchos individuos que padecen laringitis paquidérmicas de causas diversas, y en la tuberculosis laríngea de forma esclerosa y vegetante. Creo, pues, firmemente como Brebion, Gouguenheim, Tissier y otros autores, que la comprobación de este signo en un individuo que padece catarro laríngeo ligero, tiene un valor diagnóstico de primer orden; á condición de que las vegetaciones observadas tengan los caracteres particulares indicados ya, y no las que se observan en las diversas laringitis crónicas.

Cuando la infiltración adquiere cierto grado y se extiende de atrás á adelante, en una extensión variable, á las bandas ventriculares, á los ligamentos ari-epiglóticos, aparecen las úlceras. Principian, por lo general, por detrás, en la extremidad posterior de las cuerdas vocales y en la región inter-aritenóidea inmediata; ó bien en la región aritenóidea anterior y en la parte posterior de las bandas ventriculares. Si son superficiales, interesan desde el principio cierta extensión de la superficie mucosa, y tienen la forma de manchas grisáceas, de contornos irregulares y mal limitados, y se encuentran al mismo nivel que las partes periféricas no ulceradas. Su superficie es algo desigual, granulosa, cubierta de mamelones carnosos en ciertos puntos, pero casi siempre sin indicio de vegetación. En otros casos, son al principio pequeñas, redondas ú ovals, después se ensanchan por su periferia, siguiendo casi siempre el eje antero-posterior de la laringe, sobre las cuerdas vocales superiores ó inferiores; además, se reúnen al fin, resultando una pérdida de substancia de forma irregular y festonada. Cuando son profundas, interesan las capas submucosas y adquieren la forma crateriforme ó de grieta. En este último caso, se reúnen las grietas y presentan en ciertos puntos un aspecto desga-