

ficas y vegetantes. En este caso se ve, después de un tiempo variable, por lo general de algunos meses, durante los cuales sigue siendo casi idéntico el estado de la laringe, que ciertos puntos del fondo y de los bordes de la ulceración se cubren de granulaciones redondas que aumentan de un modo progresivo por su periferia y concluyen por cubrir toda la úlcera. La cuerda ó las cuerdas ulceradas antes, se hacen nudosas, monoliformes, y parece que están formadas de lóbulos que sobresalen de distinta manera, de superficie desigual, de color rosa pálido, separadas por estrangulación y no por surcos estrechos y profundos. Estas lesiones, á la vez que sustituyen á la ulceración primitiva, se presentan en la región interaritenóidea. La mucosa se hace más gruesa en la parte posterior de las cuerdas vocales inferiores, y á veces también en las superiores, y la laringe se modifica por completo, adquiere el aspecto característico de la tuberculosis laríngea de forma esclerosa, fibrosa y vegetante, que se describirá después. Si se dijera en este caso que había curado la ulceración, sería por un abuso del lenguaje, porque la cicatrización de la úlcera no hace más que transformar las lesiones, pero no las cura.

Es, no obstante, una terminación feliz de la afección ulcerosa, como veremos al estudiar la tuberculosis esclerosa de la laringe. Pero en el mayor número de los casos, no se observa. Las úlceras destruyen, por lo general, poco á poco las cuerdas vocales ó las transforman en colgajos desgarrados, rojizos, con vegetaciones poco voluminosas en ciertos puntos. Sin embargo, las lesiones siguen casi siempre una marcha lenta, y el enfermo llega al período terminal de su tisis pulmonar sin que la afección laríngea indique su presencia por más síntoma que la disfonía progresiva y la afonía. En otros casos desfavorables, la tuberculosis ulcerosa, peri-glótica, después de quedar estacionada durante uno, dos ó más años, experimenta modificaciones inesperadas de su marcha hasta entonces silenciosa, debidas á accidentes inflamatorios pericondríticos ó articulares. Es casi siempre el preludio de la generalización de las lesiones circunscritas al principio: las más de las regiones, sanas hasta entonces, se infiltran con rapidez, después se ulceran, y la afección sigue la misma marcha que en el período terminal de la forma infiltro-ulcerosa difusa.

Por consiguiente, la forma de tisis laríngea, que llamo *infiltro-ulcerosa circunscrita periglótica*, no merece este nombre, ni tiene autonomía clínica más que por el sitio de las lesiones, por su poca tendencia á propagarse, por la benignidad relativa de los síntomas que determina y por la lentitud de su marcha. Por otra parte, en ciertos casos es sólo el principio de la forma esclerosa y vegetante, y en otros muchos también, aunque con menos frecuencia, de la forma infiltro-ulcerosa difusa terminal. Creo, no obstante, que merece un estudio separado, porque tanto en su período de infiltración, como en el ulceroso, es, de todas las formas que afecta la tisis laríngea que complica la tuberculosis pulmonar, aquella de la que más partido saca la terapéutica laringo-quirúrgica. Si el estado general del enfermo es satisfactorio, si sigue alimentándose, si su tuberculosis pulmonar se desarrolla sin accidentes febriles, sin intermitencias, y la tos es moderada ó se modera por los medios terapéuticos apropiados, y en particular por el uso interno de la creosota á dosis suficientes, es posible curar la laringe de algunos de estos enfermos y conseguir no sólo curaciones relativas, sino completas y permanentes. Creo en la exactitud de

este hecho. Podría referir bastantes casos, y, limitándome á los hechos realizados, citaré un enfermo, asistido en el fin de su vida por el Dr. Tapret, que murió hace algunos meses á causa de la tisis pulmonar en el último grado de caquexia y de marasmo, y cuya laringe estaba curada por completo hacía más de dos años. Ví al enfermo á fines de 1888 con infiltración circunscrita de una de las cuerdas inferiores, y varias semanas después con una úlcera consecutiva; en Septiembre de 1889 se lo presenté al Dr. Heryng casi curado, y en la primavera del año siguiente, la curación era completa.

4.º *Forma esclerosa y vegetante.* — Esta forma ha sido bien estudiada por los Dres. Luc, Gouguenheim y Glover. Pero estos autores no han indicado el modo de principiar la afección que he señalado antes, y se observa cuando es consecutiva á la forma infiltro-ulcerosa peri-glótica circunscrita. Se han limitado á describir la laringitis tuberculosa esclerosa primitiva, ó más bien consecutiva á una infiltración tuberculosa difusa, superficial y moderada, que sólo produce al principio los signos de un catarro tenaz, cuya gravedad únicamente es posible conocer observando las lesiones pulmonares específicas concomitantes. Los Dres. Gouguenheim y Glover han incluido, además, en su descripción, ciertos casos en los que las lesiones son demasiado circunscritas ó especiales para incluirlas en este sitio, y que creo mejor referir á los *tumores tuberculosos* de la laringe, llamados *papilomas laríngeos* sin otro epíteto.

Creo que los más de los enfermos que padecen esta forma de tuberculosis laríngea, son individuos en los que el catarro crónico de la laringe, y con frecuencia también su forma hipertrófica paquidérmica, son anteriores á la infección tuberculosa de los pulmones y de la laringe. Son, por lo común, hombres adultos, de treinta, treinta y cinco, cuarenta ó cuarenta y cinco años. Muchos son sifilíticos antiguos, la mayoría de ellos bebedores, gente que respiran una atmósfera cargada de polvos, cocineros, mozos de almacén, panaderos, maquinistas, caldereros, carreteros, mercaderes ambulantes y otros individuos que vocean por las calles la mayor parte del día. Casi todos ellos son grandes fumadores ó personas que toman rapé ó mascan tabaco, que han padecido coriza y faringitis crónica, de la que jamás se han preocupado. La afección se observa también en la mujer; y en este caso existen parte de las mismas condiciones que predisponen á la laringitis crónica paquidérmica: edad (treinta años y más), lesiones nasales, abusos de la voz, excesos en la bebida, polvo, etc.

Los signos objetivos tienen tal analogía con los de la paquidermia posterior difusa de la laringe, que es imposible, en muchos casos, diferenciarlos durante un tiempo variable. La cavidad laríngea presenta en ambos casos el mismo color rojo-oscuro, las lesiones son á veces simétricas, y si la ronquera es moderada y antigua, si se explica por los antecedentes del enfermo, es imposible hacer un diagnóstico exacto. Los signos que indican la tuberculosis esclerosa son de varias clases: primero la rapidez relativa de la marcha del padecimiento, que procede por ataques sucesivos y deja cada vez más alterada la voz y produce lesiones acentuadas, aunque la ronquera sea aun de fecha reciente; después el aspecto sin brillo de la cavidad de la laringe, si es roja (forma esclerosa hipertrófica), ó por el contrario, el aspecto brillante á veces de su superficie abolsada de una manera irregular, si es pálida (forma fibrosa);

el aspecto moniliforme de las cuerdas vocales, ó la presencia de elevación sin brillo y desiguales en su cara y en su borde libre; el carácter unilateral de las lesiones ó su desarrollo mayor en un lado de la laringe. El aspecto sinuoso del borde libre y la existencia de abolsamientos irregulares de una ó de las dos bandas ventriculares, que suelen estar engrosadas solo por detrás, ó aumentadas de volumen é hinchadas por igual en las laringitis crónicas antiguas; y, por último, el descubrimiento de vegetaciones papiliformes inter-aritenóideas numerosas á falta de elevaciones cónicas ó mamelonadas lobuladas de la misma región, única infiltrada.

Los síntomas de esta forma de laringitis crónica, cuyo rasgo característico es la falta de lesiones ulcerosas, consisten sólo en perturbaciones de la voz y de la respiración. Las primeras faltan rara vez; pero su intensidad es muy variable, la voz no es velada, sino ronca, dura, enronquecida, y esta ronquera existe en todos sus grados. La afonía es rara y sólo se observa cuando las vegetaciones se oponen por completo á la confrontación de las cuerdas y á sus vibraciones ó á las de las cuerdas falsas. Respecto á las perturbaciones respiratorias, se presentan en los casos en los que la estenosis glótica se hace progresiva á causa de la hipertrofia difusa de los tejidos que limitan el orificio de la glotis ó de las producciones polipóides voluminosas ó en gran número. En ciertos enfermos se observan paroxismos disnéicos de naturaleza espasmódica, que una vez que se presentan (y su aparición es las más veces tardía), tienden á repetirse y ponen rápidamente en peligro la vida. Jamás he observado en esta clase de enfermos disfagia dolorosa, y aunque Gouguenheim y Glover mencionan este síntoma, lo considero excepcional; pero es menos raro observar trastornos mecánicos de la deglución; algunos de estos individuos degluten al través los alimentos sólidos ó las bebidas, lo que les produce tos ó espasmo de la glotis y les molesta á veces en alto grado, durante cierto tiempo, y en casos más raros, de un modo permanente.

La enfermedad sigue una marcha lenta, y es raro ver que se modifique su evolución, al menos antes del período terminal del padecimiento pulmonar. En esta época se ve algunas veces infiltrarse la epiglotis, cambiar de aspecto la cara superior de los aritenóides y de las cuerdas vocales y cubrirse de úlceras superficiales en número variable, que se hacen al poco tiempo más ó menos extensas. En dicho caso se presenta la disfagia, en particular si se infiltra y ulcera la epiglotis, pero, en realidad, no se trata de la afección primitiva; ésta se ha convertido en tisis laríngea ulcerosa. Estas modificaciones solo se observan en las laringes rojas, hipertrofiadas, y no cuando se trata de lesiones fibrosas y francas.

5.º *Tumores tuberculosos de la laringe.*—Creo que debe reservarse este nombre á los productos circunscritos, rojos á veces, por lo general de color pálido rosado, muriformes y mamelonados, que encierran folículos tuberculosos, que se desarrollan en las bandas ventriculares, á la entrada de un ventrículo, en el ángulo anterior de las cuerdas ó en una de ellas, en individuos que presentan ó no signos de tuberculosis pulmonar, pero en cuya laringe no hay otra alteración apreciable. Andral fue, indudablemente, el primero que los observó, ó al menos el primero que conoció su naturaleza al descubrirlos en los cadáveres de tísicos; pero, el primer observador que los ha descubierto con toda

claridad en el vivo y demostrado su naturaleza tuberculosa por el examen histológico, fue Ariza (de Madrid) en 1885. Después, han publicado varias observaciones numerosos autores, entre ellos Mackenzie, Schnitzler, Percy-Kidd, Lublinski, Schœffer, Heryng, Gouguenheim, Cartaz, etc., y yo he observado algunos casos. Estos tumores se han descubierto muchas veces en individuos que sólo presentaban signos casi inapreciables de lesiones pulmonares, ó ningún signo. Los síntomas que determinan, están en relación con su sitio y su volumen. Recidivan con frecuencia después de extirparlos. Pero en ocasiones, es posible evitar su recidiva por el legrado y los tópicos apropiados: más en algunos casos, se desarrolla en la laringe una tuberculosis de otra forma. Sea lo que quiera, esta forma puede considerarse como relativamente más benigna que todas las demás.

6.º *Forma miliar aguda.*—Esta forma temible de la tuberculosis laríngea, no se desarrolla siempre en igualdad de condiciones. Unas veces se presenta en enfermos á salvo hasta entonces, al menos en apariencia, de cualquier manifestación tuberculosa, y se observa primero en la faringe, desde donde se propaga de arriba á abajo é invade casi inmediatamente la laringe. Es la *tuberculosis miliar aguda faringo-laríngea*, cuyo conocimiento se debe á Isambert, que hizo de ella una descripción magistral. Otras veces se presentan en tísicos, en ocasiones al principio de su enfermedad torácica, y cuya laringe se hallaba, al parecer, sana por completo. En otros casos, se observa en individuos afectados de tuberculosis nasal primitiva y presenta la forma de tumores tuberculosos ó de úlceras; ó bien se observan úlceras tuberculosas primitivas de la faringe, sin el menor signo de tisis pulmonar, ni lesión laríngea alguna.

Su rasgo característico es la presencia de granulaciones miliares numerosas, diseminadas por toda la superficie laríngea, y casi siempre también por el borde libre y la cara laríngea de la epiglotis, en una mucosa no ulcerada hasta entonces. El aspecto de la laringe, es característico por completo. Se ve, en una mucosa con tumefacción inflamatoria generalizada, casi siempre moderada por lo común de un color rojo mate algo obscuro, en ocasiones, por el contrario, lisa, brillante, descolorida y de aspecto algo edematoso, un semillero de pequeñas granulaciones, primero grises, redondas ó algo elípticas, incrustadas en la mucosa, de la que apenas sobresalen; á los dos ó tres días adquieren un color amarillento opaco, y se hacen á la vez algo más voluminosas y salientes; pero este estado es de corta duración y tardan poco en enuclearse una después de otra, dejando en su lugar una ulcerita redonda, de bordes perfectamente limitados, de fondo grisáceo ó gris amarillento. Las úlceras se extienden con rapidez y las más cercanas tardan poco en reunirse formando pérdidas de substancia de bordes festonados y políciclicas primero, é irregulares después. En cuanto se forman las úlceras, aumenta la tumefacción de la mucosa, se acentúa la infiltración y las alteraciones adquieren el aspecto que presentan en las tuberculosis laríngea infiltro-ulcerosa difusa generalizada; pero las lesiones sub-glóticas no son constantes y las que se interesan en mayor grado son: la región inter-aritenóidea, los pliegues ari-epiglóticos, las cuerdas falsas y la epiglotis.

Esta forma de tuberculosis laríngea, es siempre febril. La fiebre es continua unas veces; coincide con el principio de la afección y dura hasta el fin; pero

tiene siempre exacerbaciones, tal vez con más frecuencia matutinas que vespertinas. La curva térmica es, en ciertos casos, muy irregular. La temperatura suele mantenerse á 39° poco más ó menos, pero en ocasiones llega á 40 y á 41°. Se comprende que, en estas condiciones, se debilite en poco tiempo el enfermo y se haga gravísimo su estado general. Es, además, casi imposible alimentarle, porque la disfagia es, en efecto, constante. El dolor al deglutir es intolerable, en particular en los casos de tuberculosis miliar faringo-laríngea, y no creo que exista otro padecimiento de las fáuces en el que adquiriera el mismo grado de agudeza. En los más de los casos el dolor no sólo es provocado por los movimientos de deglución, sino que es casi constante; y la fonación, los movimientos de la cabeza y la compresión sobre la laringe, le exacerban. No está, por lo general, circunscrito á la laringe, porque en estos casos los ganglios linfáticos submaxilares y sub-externo-mastóideos se infartan con rapidez, al menos en el mayor número de los casos, y se hacen dolorosos. Unas veces la adenopatía es unilateral é interesa sólo dos ó tres ganglios, otras es bilateral y más generalizada. En este último caso, el dolor y la tumefacción ganglionares son menores.

La evolución de la tuberculosis laríngea miliar aguda es casi siempre muy rápida. En ciertos casos felices, rarísimos, la marcha de las lesiones se hace algo lenta, y la afección dura algún tiempo bajo la forma infiltro-ulcerosa; pero en los más de los casos no sucede así, y el enfermo, incapaz de alimentarse, consumido por la fiebre y el dolor, muere á consecuencia de las lesiones pulmonares de marcha rápida, que se desarrollan casi siempre por ataques sucesivos ó sucumbe á los accidentes de la tuberculosis aguda generalizada. Creo que los casos más graves son aquellos en los que la laringe y los pulmones se invaden de arriba á abajo, á consecuencia de las lesiones tuberculosas iniciales, bien de las fosas nasales, bien, sobre todo, de la faringe. He observado algunos casos de este género, y en ninguno de ellos duró la enfermedad tres meses (1).

La forma miliar aguda de la tuberculosis laríngea no depende, al parecer, de condiciones etiológicas especiales. La he observado en algunos hombres de veinticinco á treinta y cinco años, una vez en forma de tuberculosis miliar faringo-laríngea, otra á consecuencia de la tuberculosis ulcerosa de una amígdala y de la faringe; la tercera vez en un tísico con lesiones ligerísimas de uno de los vértices. La he observado en dos mujeres: una de veintinueve años, con lesiones ligerísimas de los pulmones; en otra de treinta y siete años fue consecutiva á lesiones tuberculosas de las fosas nasales. Su gravedad es grandísima; mata siempre y con rapidez.

Conviene distinguir bien la tuberculosis miliar laríngea aguda *difusa*, que acabo de describir, de los casos en los que se ve, durante la tuberculosis laríngea infiltro-ulcerosa crónica común, aparecer en la laringe tubérculos aislados de las glándulas, en las cuerdas vocales superiores, en la región inter-aritenóidea y en la subglótica posterior. Estos fenómenos, que coinciden casi siempre con ataques de igual naturaleza en los pulmones, agravan la situación del enfermo, son de mal agüero, pero distan mucho de tener la gravedad inmediata

(1) He comunicado tres casos de este género al Congreso internacional de laringología de París en 1889. (Véase *Comptes rendus*, págs. 31 y 32).

de la tisis miliar difusa de la laringe. Esta, vuelvo á repetirlo, interesa desde luego todo el órgano ó su mayor parte, que se encontraba sano ó padeciendo lesiones circunscritas y poco avanzadas; no aparece por brotes sucesivos, y las lesiones destructoras que produce jamás retroceden.

PRONÓSTICO. — ¿Cuál es el pronóstico de la tuberculosis de la laringe? Es una cuestión cuya respuesta parece fácil á primera vista. Es, por desgracia, indudable, que la mayoría de los enfermos de tuberculosis laríngea sucumben al cabo de algunos años, de donde se deduce que la afección es de pronóstico gravísimo, y, excepto en casos muy raros, inexorable. Pero si se examinan las cosas de cerca; si se recuerda que en el mayor número de los casos la tuberculosis de la laringe coincide con la tisis pulmonar; si se averigua la influencia de las lesiones laríngeas en la evolución de la enfermedad, cómo la modifican, y si se precisa con exactitud el modo que tienen de precipitar la terminación fatal, se comprende que la cuestión es compleja é imposible de resolver con tanta sencillez. Además, conviene también conocer el pronóstico propio de la tuberculosis laríngea considerada como localización de la infección bacilar; es decir, averiguar si es susceptible de curar ó de detenerse en su marcha, causar las consecuencias que entraña por sí misma, su evolución completa, y los accidentes que determinan algunas de sus complicaciones locales eventuales. Por consiguiente, para estudiar el pronóstico de las tisis laríngeas es necesario, ante todo, examinar las modificaciones que la imprimen las lesiones pulmonares concomitantes y el estado del individuo, y después sus variaciones, según la forma anatómico-clínica de la afección laríngea misma.

Pero no podemos menos (aunque esta cuestión se refiere más bien al estudio de la tisis pulmonar) de decir algunas palabras respecto á cómo modifica el pronóstico de esta última, la coexistencia de las lesiones tuberculosas de la laringe. Esta complicación es, indudablemente, siempre funesta. Pero sería exagerado considerarla en todos los casos como un accidente de tal gravedad, que su aparición presagiara fatalmente la agravación progresiva de las lesiones torácicas. Es indudable, que si la tuberculosis invade la laringe en la forma miliar aguda difusa, el enfermo está siempre perdido sin remedio en un plazo breve. Si reviste la forma infiltro-ulcerosa é interesa primero la epiglotis, la seguridad casi absoluta de la aparición precoz de una disfagia dolorosa cuyas consecuencias inmediatas son, primero la dificultad de alimentar al enfermo, y después la inanición progresiva, y las secundarias la debilidad rápida del paciente y la extensión consecutiva de sus lesiones pulmonares, agrava más aún el pronóstico general de la enfermedad. La situación es menos grave, cuando principia en esta forma por la región inter-aritenóidea; porque el padecimiento de la laringe progresa con bastante lentitud, ó permanece estacionario durante mucho tiempo, y el enfermo no sufre, á excepción de las alteraciones de la voz, consecuencias funestas inmediatas. La aparición del período ulceroso, que anuncia la inminencia de la disfagia dolorosa, es siempre un signo de los más funestos, porque expone á las artritis y á las pericondritis secundarias y de marcha aguda, ó bacilares y de marcha lenta, y á las perturbaciones disnéicas de marcha rápida ó lenta, que son muchas veces su consecuencia. Poco importa que el pulmón se encuentre entonces en un estado relativamente satisfactorio, porque si sobreviene la disfagia ó la estenosis de la glotis, las lesiones pulmo-

nares se agravan con seguridad y rapidez, y el estado general empeora en poco tiempo. La forma catarral de la tisis laríngea, mientras existe como tal y sólo produce erosiones de las cuerdas vocales, no influye sobre las lesiones pulmonares. Lo mismo sucede con la forma infiltro-ulcerosa circunscrita periglótica de evolución muy lenta. En estos dos casos, la ronquera y la afonía pueden ser los únicos síntomas que indiquen durante mucho tiempo la afección de la laringe. La forma esclerosa y vegetante, si produce la estenosis laríngea progresiva por obstrucción mecánica, tarda poco en ocasionar consecuencias de importancia. No hablo sólo de los casos exagerados en los que la disnea termina por la asfixia, sino de aquellos otros en los que, sin que el enfermo tenga una disnea algo penosa, está no obstante disminuído el calibre de la entrada de las vías respiratorias de un modo bastante marcado, para que la respiración sea insuficiente y perjudicial siempre cuando continúa, sobre todo si recae en un individuo en el que es tanto más necesaria la aereación pulmonar, cuanto que sólo funcionan parte de sus pulmones. Los tumores tuberculosos producen también el mismo resultado.

Lo que antecede, demuestra que la influencia de la afección laríngea sobre la marcha de las lesiones torácicas es bastante variable, y que depende de la forma anatómico-clínica de la laringitis, de la marcha que sigue, y sobre todo de la aparición precoz ó tardía, ó de la falta constante, durante su evolución, de la estenosis glótica ó de la disfagia dolorosa. Desde entonces, aunque en el mayor número de los casos esta influencia es perjudicial y manifiesta, en otros muchos es dudosa ó nula, y no hay motivo para afirmar que la invasión de la laringe presagia una terminación rápida y próxima y hace perder toda esperanza de salvar la vida del enfermo.

Hoy que el tratamiento de la tisis pulmonar no es sólo sintomático, que se ha demostrado la curabilidad de la afección, y que principian á conocerse mejor las formas más curables, no se procura únicamente, como en otra época, *hacer vivir* á los tísicos, sino que se hacen esfuerzos por curarlos. Por consiguiente, cuando un tísico verdaderamente curable, es decir, cuya curación es posible, y que ha mejorado ya de un modo manifiesto á beneficio del tratamiento adecuado, presenta los síntomas primeros de una tuberculosis laríngea, es de la mayor importancia saber si esa eventualidad le condena y significa la imposibilidad de curarle. La tuberculosis de la laringe, que, según hemos visto, es susceptible de curación espontánea durante un período bastante largo de su evolución en la mayor parte de sus formas clínicas, y que además cura espontáneamente, aunque al parecer con menos frecuencia que la pulmonar, ¿es también susceptible de curar bajo la influencia de procedimientos terapéuticos locales, como otras tuberculosis localizadas, cutáneas, ganglionares, óseas, articulares? En caso afirmativo, puede esperarse que curada la localización tuberculosa laríngea no dejará de ser posible, ó probable, la del pulmón. En el caso contrario, es de esperar que la afección de la laringe mate al enfermo, quien, sin ésta, tal vez hubiera triunfado de su padecimiento pulmonar. Hoy es posible contestar á esta cuestión de una manera categórica y afirmar que, en ciertas condiciones, y cuando se presenta bajo ciertas formas anatómico-clínicas bien determinadas, la tuberculosis de la laringe es curable desde el punto de vista terapéutico. Algunas de sus formas clínicas sólo son susceptibles de curacio-

nes pasajeras; pero otras curan de un modo completo y definitivo, ó al menos durante mucho tiempo, si el enfermo se somete con valor y perseverancia á las prescripciones de un médico cuya práctica constante y prolongada, diaria y repetida en las maniobras laringoscópicas, asegure una experiencia clínica y una habilidad técnica suficiente para que pueda obtener de la terapéutica local todo lo que es posible conseguir.

Las formas curables son, por orden de curabilidad: 1.º, los tumores tuberculosos de la laringe; 2.º, la tuberculosis laríngea infiltro-ulcerosa periglótica circunscrita; 3.º, la forma catarral; 4.º, la tuberculosis laríngea esclerosa y vegetante; después en menor grado y tanto peor, cuanto más antigua y avanzada sea la enfermedad; 5.º, la forma infiltro-ulcerosa difusa sin lesiones de la epiglótis; 6.º, la misma forma con lesiones epiglóticas. Las probabilidades de curación de cada una de estas formas, son tanto mayores, cuanto más fuerzas conserva el enfermo, mejor es su apetito, menos tose y más subtrae su laringe de los irritantes exteriores y del ejercicio de la voz. Estas condiciones, como se ve, ninguna relación tienen con la extensión, y menos todavía con el grado de las lesiones pulmonares. Si éstas son inapreciables, muy circunscritas é incipientes, si el enfermo tiene fiebre, anorexia, depresión y se halla muy postrado, se encuentra en condiciones mucho más desfavorables, respecto á la eficacia del tratamiento endo-laríngeo (aun siendo ligerísimas sus lesiones de la laringe) que otro individuo con reblandecimiento de los vértices, cavernas más ó menos extensas, lesiones laríngeas de igual forma y más avanzadas que el primero, pero que conserva energía, apetito, y está apirético.

Esta curabilidad de la tuberculosis laríngea ¿llega á un grado tan elevado para que, en un enfermo que presenta una de las formas más favorables y que se encuentra en las mejores condiciones, sea posible, deducir que, en este caso, se obtendrá por la intervención terapéutica la curación deseada y que no es probable, aunque sí posible el fracaso? Todo lo contrario. La curación, cualquiera que sea la forma de tuberculosis laríngea de que se trate, debe considerarse siempre como una excepción de la regla. Esta excepción es más frecuente en ciertas formas, menos en otras, pero no por eso deja de ser rara. Por animosas que sean ciertas publicaciones recientes, no deben hacer que nazcan esperanzas engañosas; las estadísticas en las que el número de curaciones iguala casi al de fracasos, deben considerarse como series de una fortuna excepcional que no volverán á ver sus autores hasta después de fracasos tan largos como las primeras. Sin embargo, conviene no olvidar, que al lado de la curación completa y definitiva, que es excepcional, existe la curación temporal, ya mucho menos rara, después las mejorías, más frecuentes aún y el estado estacionario de las lesiones que en ciertas formas: la tuberculosis esclerosa, por ejemplo, es casi la regla cuando se somete el enfermo á una vigilancia regular y constante. Lo que conviene saber, es que la curación de la tuberculosis laríngea no debe hacer esperar la de los pulmones, porque se obtiene sin que se modifique la marcha de las lesiones pulmonares, y muchos enfermos curados de su laringe, mueren de su afección pulmonar. Aunque se observan estos hechos, de los que he citado antes ejemplos, en enfermos cuya laringe no se ha sometido á tratamiento local alguno, y pueden considerarse como casos de curación espontánea, son, no obstante, mucho menos raros en los individuos que curan