

á beneficio de las intervenciones endo-laríngeas continuadas, hasta la desaparición de las lesiones. La diferencia es bastante grande para no dudar de la eficacia del tratamiento local y los autores están de acuerdo sobre este punto, y solo difieren, respecto al grado de esta eficacia, á las condiciones que la favorecen, á las indicaciones y al valor relativo de los diversos métodos y de los diferentes medicamentos tópicos, de que hablaremos al estudiar el tratamiento.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de la tuberculosis de la laringe, únicamente ofrece dificultades serias en ciertos casos especiales. En su forma catarral, sólo es posible confundirla con la laringitis catarral subaguda prolongada simple, ó con la laringitis sifilítica secundaria eritematosa de caracteres confusos ó con la laringitis de igual naturaleza de forma erosiva.

Cuando no presenta el individuo signos claros de tuberculosis pulmonar; cuando el resultado de la auscultación no es muy preciso; cuando el estado general del enfermo se ha alterado de una manera notable en poco tiempo, hay motivos fundados para temer el carácter específico de una laringitis catarral apenas subaguda, que no presenta caracteres objetivos especiales, pero cuyo principio insidioso que se remonta á seis semanas ó á dos ó tres meses, y su marcha, intermitente al principio y después continúa, no tienen explicación etiológica satisfactoria. Las erosiones sólo esclarecen el diagnóstico, cuando no presentan los caracteres propios de las catarrales, y tienen el aspecto característico de las lesiones erosivas tuberculosas. No describiré de nuevo estas lesiones, estudiadas ya.

Si el individuo sospechoso de tuberculosis, ó reputado tuberculoso, ha adquirido hace poco tiempo la sífilis, conviene determinar la naturaleza de las lesiones laríngeas que padece; porque aunque la sífilis de la laringe expone bastante á la tuberculosis laríngea consecutiva, el pronóstico es no obstante infinitamente más grave cuando existe ésta, que cuando las lesiones son sifilíticas. En estos casos, los caracteres objetivos, el sitio y la disposición de las erosiones, permiten conocer si las lesiones son catarrales, tuberculosas ó sifilíticas, cuando nada tienen de excepcional. En los casos dudosos, la falta de signos físicos á la auscultación, el descubrimiento de una poli-adenitis cervical indolente, que coincide con las señales del accidente primitivo y la adenitis inguinal, y mejor todavía con sífilides papulo-erosivas buco-faríngeas, permiten atribuir la alteración del estado general á la sífilis y eliminar la tuberculosis laríngea. Por el contrario, la falta de lesiones sifilíticas actuales de la garganta y de otras regiones, la antigüedad relativa de la afección venérea, la palidez de la bóveda palatina y de las fáuces, son signos de presunción de gran importancia en favor de la tuberculosis, y á falta de los signos característicos de la auscultación, la herencia, una pleuresía anterior, la alteración del estado general sin causa que la explique, abogan en favor de una predisposición indudable á la tisis pulmonar (1).

El eritema sifilítico secundario, que creo es el único verdaderamente específico y que distingo de las hiperemias laríngeas y de las laringitis eritematosas simples, que jamás duran más de una semana y que padecen con frecuencia

(1) Consúltese la tesis de Moure, « De la syphilis et de la phtisie laryngées au point de vue du diagnostic. Paris, 1879.

los sifilíticos durante el período secundario, y á veces mucho después, tiene caracteres especiales que impiden se le confunda con la laringitis catarral tuberculosa incipiente, y cuando se presenta en una época tardía, aunque es difícil el diagnóstico por la falta de lesiones características francas, tanto en la laringe como en otros puntos, y lo poco acentuada de la adenopatía cervical, es casi imposible incurrir en un error.

La forma infiltro-ulcerosa difusa de la laringe es fácil de conocer, en el mayor número de los casos. Como he insistido bastante sobre los caracteres objetivos diferenciales de las lesiones ulcerosas y de las infiltraciones, sobre sus sitios predilectos y sobre la marcha ordinaria de los accidentes, distinta en la sífilis terciaria que en la tuberculosis, no creo necesario ocuparme de nuevo en este asunto. Me limitaré á recordar una vez más, la posibilidad de la tuberculización secundaria de una lesión ulcerosa sifilítica (1) y á indicar el medio más seguro para hacer el diagnóstico en los casos dudosos: el descubrimiento de los bacilos tuberculosos en los productos de la raspadura de las úlceras, es de un valor diagnóstico decisivo, si el resultado es positivo, aunque no haya lesiones pulmonares aún bien apreciables; pero no lo es, en los casos de resultados negativos, excepto cuando se examinan muchas preparaciones y sustancias recogidas en ocasiones diversas y en puntos diferentes.

Los casos más difíciles, son aquellos que se observan en individuos sifilíticos que presentan indicios de lesiones tardías, hereditarias ó no, y en los que las úlceras están localizadas en la epiglotis. Se observan úlceras tuberculosas profundas y precoces, múltiples y localizadas en el borde libre, destruido en parte, y en la cara lingual, cuando la región posterior de la laringe sólo presenta signos de inflamación, rubicundez y tumefacción difusa moderadas. En estos casos, á falta de los signos de la auscultación ó de síntomas generales, el examen bacteriológico es á veces el único medio de hacer con seguridad el diagnóstico, sin esperar á que la marcha de las lesiones le sirva de base.

Casi es innecesario indicar las diferencias que existen entre la tuberculosis infiltro-ulcerosa difusa y el cáncer de la laringe, tanto en el período de infiltración como en el ulceroso. Sólo se trata aquí del cáncer difuso; ahora bien, su carácter unilateral persistente, sus caracteres objetivos antes y después de la ulceración, indicados ya al estudiar el diagnóstico de las lesiones sifilíticas de la laringe, la inmovilidad precoz de la cuerda vocal en donde se halla, el color de la mucosa, la integridad de la cuerda opuesta; la edad del enfermo, después el olor del aliento, la conservación de un buen estado general durante un período largo de la evolución del padecimiento, y la falta de todo signo de tuberculosis, no permiten confundir las dos afecciones (2).

El diagnóstico con la sífilis es difícil si se trata de una tuberculosis de forma

(1) Véase Schnitzler, *Wien. med. Presse*, 1886.—Cardone, *Arch. ital. de laringologia*, 1886.—Gründwald, *Münch. med. Woch.*, 1887.—Luc, *Arch. de laryngologie*, 1890.

(2) El cáncer *faringo-laríngeo*, á la inversa del *intra-laríngeo*, produce la disfagia dolorosa y es capaz de impedir la alimentación del enfermo, que se debilita con rapidez y á veces se vuelve tuberculoso. He observado un caso de este género, que publicó mi inolvidable maestro el profesor Trélat (*Clinique chirurgicale*, t. II, pág. 154). Cuando se observa uno de estos enfermos, ya con tuberculosis pulmonar, el diagnóstico es algo difícil. El aspecto de las lesiones y el olor del aliento, permiten conocer la naturaleza de la afección laríngea. La existencia casi constante de la adenopatía cervical es, en este caso, un auxiliar del diagnóstico.

infiltró-ulcerosa, periglótica circunscrita, cuando sólo hay una úlcera de una cuerda vocal, localizada en la cara superior y en el borde libre, cuando se trata de un individuo robusto aún, en el que los signos de la auscultación son dudosos, que no tose ó que tose poco, y que presenta además indicios de lesiones sifilíticas terciarias características, ó que afirma haber padecido algunos años antes sífilis constitucional manifiesta. En el período de infiltración, el diagnóstico diferencial debe fundarse en la forma mamelonada irregular, en el aspecto descolorido, mate y sin brillo, en el color rosado de la elevación tuberculosa, que no varía hasta que aparece la úlcera, mientras que el goma pasa con rapidez del rojo al amarillento durante el mismo período, aumenta de volumen con más rapidez, es de superficie lisa, de forma redonda más regular, ó al menos abolsado con más regularidad, si por excepción presenta este aspecto. En el período ulceroso, se conoce la naturaleza sifilítica de la lesión, por sus bordes cortados á pico, rodeados de un círculo rojo, que falta en los casos de ulceración gomosa tuberculosa, en los que la úlcera disminuye poco á poco de profundidad hasta formar bordes planos que se conocen sólo por la demarcación que forman entre la ulceración grisácea y la mucosa de color rosado ó rojo uniforme en una extensión bastante considerable. Si la úlcera tuberculosa interesa el borde libre y la cara inferior de la cuerda vocal, debe tenerse en cuenta la rareza de los gomas sifilíticos subglóticos. Las infiltraciones gomosas superficiales, amarillentas, de contornos sinuosos, y las úlceras que las suceden, inducen menos al error que los gomas circunscritos.

Si la edad del enfermo, la falta de signos físicos probables de tuberculosis pulmonar y la conservación absoluta de la salud general, hacen dudar de la naturaleza bacilar de la lesión, sin que la anamnesia permita atribuirle á la sífilis, debe eliminarse la posibilidad de un epiteloma incipiente de la cuerda vocal. En el caso de epiteloma, los límites de la elevación son dudosos, la cuerda donde se desarrolla está casi siempre congestionada ó inflamada, mientras que la sana conserva su integridad, su blancura, su aspecto nacarado, si el enfermo no padecía antes laringitis crónica. El tumor es unas veces de color rojo obscuro y liso aunque mamelonado, otras de color más bien azulado ó grisáceo, poco uniforme y al mismo tiempo arrugado y de aspecto verrugoso; ó no se observan en los casos de tuberculosis ninguno de estos aspectos. Pero el neoplasma epitelomatoso no está, de ordinario, tan bien caracterizado; es posible, no obstante, diagnosticar con seguridad su naturaleza si se observa que la cuerda vocal en la que se desarrolla, sin presentar signos de parálisis ó de paresia, se mueve con dificultad y menos que la sana. Este signo, según he indicado ya, tiene un gran valor para el diagnóstico.

Los tumores tuberculosos de la laringe, blandos, friables y no duros, como son por lo común las producciones epitelomatosas, aunque son con más frecuencia pediculados que sexiles y superficiales que penetrantes, se confunden muchas veces con los papilomas. Estos, según hemos dicho, se observan también en los tísicos al mismo tiempo que las lesiones tuberculosas laríngeas y sólo producen signos de catarro difuso. El examen histológico de semejantes pólipos, fáciles de extirpar, á causa de su friabilidad, permite conocer con exactitud su naturaleza.

Nada diré de las dificultades que presenta, en ciertos casos, el diagnóstico

de la paquidermia laríngea simple ó alcohólica, ó post-sifilítica, con la tisis laríngea de forma esclerosa, fibrosa ó vegetante, puesto que he indicado ya ciertos caracteres que presenta esta última y que faltan casi siempre en las otras; es posible, por lo general, utilizarlas para el diagnóstico. Cuando son insuficientes los signos clínicos para determinar la naturaleza de la afección, debe recurrirse al examen histológico de fragmentos de la mucosa vegetante ó engrosados, extirpados con unas pinzas cortantes. Si se descubren en ellos folículos tuberculosos ó bacilos, la cuestión está resuelta; pero aunque no se encuentran ni bacilos, ni tubérculos y sí sólo lesiones de inflamación crónica de forma hipertrófica, no por eso debe desecharse la probabilidad de la tuberculosis y la comprobación carece en absoluto de valor.

La tuberculosis miliar, laríngea, aguda, difusa, es tan diferente, ínterin las granulaciones no son sustituidas todas por úlceras, ya confluentes en su mayor parte, de los demás padecimientos no tuberculosos de la laringe, que es imposible desconocerla aunque se observe por vez primera. Su color gris y transparente, después amarillo y opaco, sus dimensiones siempre iguales en cada caso y en todos ellos, su forma redonda y regular, su superficie lisa, su disposición en semillero repartido por igual en las dos mitades del órgano, en más abundancia en la región aritenóidea y en las bandas ventriculares que en la epiglotis y sus pliegues y en las cuerdas vocales, las diferencian por completo de las vesículas herpéticas, única lesión con la que es posible compararlas. Pero en muchos casos, cuando se ve aparecer en las bandas ventriculares y en la región aritenóidea de un enfermo con tuberculosis avanzada, un semillero de nódulos amarillentos, debe pensarse en la tuberculosis de las glándulas arracimadas; y la opinión se corrobora, si se observan las mismas lesiones en la glotis y en la parte posterior de la tráquea. Pero, en los demás casos, aseguran el diagnóstico desde el principio la coexistencia de lesiones tuberculosas faríngeas ó nasales, ó de lesiones pulmonares incipientes, la gravedad de los síntomas generales, el dolor agudo á la deglución, que es el síntoma del que primero se quejan los enfermos y reclaman alivio inmediato; la marcha de los accidentes permite también, cuando la laringe está infiltrada y ulcerada en todas partes, conocer cómo ha principiado la afección, la gravedad de su pronóstico, y por desgracia, también, la impotencia de la terapéutica no sólo para curar la enfermedad, sino para paliar sus síntomas y calmar el dolor.

TRATAMIENTO. — Al tratar del pronóstico, he indicado ya el orden de curabilidad de las diversas formas clínicas de la tuberculosis laríngea. Algunas de ellas, las formas pseudo-poliposas, periglótica y esclerosa, justifican siempre, cualquiera que sea su grado de extensión y su antigüedad, un tratamiento directo, cuyo objeto es la curación, si el estado del enfermo no contraindica la intervención. La mejoría es casi constante, y en ocasiones muy notable, si el tratamiento es adecuado y se emplea durante el tiempo necesario. La forma catarral difusa exige el uso de medios locales, pero el tratamiento curativo produce resultados inseguros, y es imposible hasta ahora precisar con exactitud las indicaciones. En la forma infiltró-ulcerosa difusa, sólo en ciertos enfermos está indicado el tratamiento curativo; deben tenerse en cuenta en cada caso particular, el grado de las lesiones, su extensión y su sitio; la mayoría de los enfermos, no obtienen beneficio alguno con el tratamiento; algu-

nos mejoran ; otros curan, al parecer, al menos por el pronto, pero son pocos los que se libran de una recidiva más ó menos rápida. El tratamiento curativo laringo-quirúrgico de la tuberculosis de la laringe, debe estudiarse á la ligera ; es difícil de emplear, y como he dicho ya, sólo debe encomendarse á un médico experimentado en las maniobras laringoscópicas.

En las formas catarrales, basta á veces el uso tópico de cáusticos químicos para que cicatricen las erosiones. Se emplean con este objeto líquidos cáusticos diversos, entre otros el ácido crómico, recomendado eficazmente por Isambert y después por Heryng ; la creosota, aconsejada por Cadier ; el ácido láctico, empleado primero y muy recomendado por Krause y luego por Heryng. Este último tópico, es hoy el que consideran como más eficaz la mayoría de los autores.

Pero en las formas infiltro-ulcerosas y en otras, los cáusticos producen resultados ligeros, si se reduce el tratamiento á su aplicación sobre los tejidos enfermos. En estos casos se ha utilizado, primero, el galvano-cauterio ; después, se han hecho escarificaciones profundas de la mucosa (Schmidt) antes de aplicar los cáusticos químicos para favorecer su penetración en las capas profundas. Los resultados terapéuticos no fueron en verdad positivos, hasta que Heryng (de Varsovia) demostró que el único medio de obtener cicatrizaciones permanentes y completas, y de evitar pérdidas nuevas de substancia, era *el legrado* de las regiones ulceradas que comprendiera los tejidos infiltrados subyacentes á las úlceras y la extirpación, lo más completa posible, de los tejidos infiltrados sin ulceración. Se consigue esto por medio de *cucharillas cortantes*, de dimensiones y de formas apropiadas á la región de la laringe que ha de atacarse, de *pinzas saca-bocados* ó de *cucharas cortantes*, etc. La hemorragia es muy mediana si sólo se opera sobre los tejidos enfermos, porque éstos, como se sabe, son pobres en vasos y de mediano calibre los que distribuyen por ellos la sangre. Las superficies cruentas se frotan después, fuertemente, con cáusticos (ácidos láctico, crómico, etc.). Gracias al empleo previo de la cocaína, en toques ó en inyecciones submucosas (Heryng), que permite obtener la anestesia local de la laringe, estas intervenciones son bien toleradas por los enfermos, en los más de los casos. En las formas esclerosas vegetantes, en los casos de infiltraciones circunscritas ó de tumores, está indicado el mismo método : se extirpan lo mejor posible los tejidos enfermos y se practica la cauterización antiséptica de la superficie cruenta. Algunos autores emplean tópicos antisépticos, poco ó nada cáusticos, en vez de hacer aplicaciones cáusticas consecutivas : glicerolado creosotado ó fenicado débiles, cloruro de zinc, naftol alcanforado, glicerina iodofórmica, insuflaciones de polvos de iodoformo, de iodol, de aristol, etc. Empleo desde hace tres años el naftol sulfo-ricinado (10 por 100) y el fenol sulfo-ricinado (10 á 40 por 100), que considero como los tópicos más eficaces en tales casos. Las aplicaciones locales se repiten cada veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y el raspado se practica á intervalos cortos al principio, mientras quedan tejidos enfermos, que es posible extirpar, después, si es necesario.

Cuando el tratamiento no tiene más objeto que retardar la marcha de las lesiones y de prevenir la estenosis glótica, si hay vegetaciones exuberantes ó infiltraciones subglóticas exageradas, se emplean los mismos procedimientos

terapéuticos, limitándose á obrar sobre los puntos más enfermos y á dejar libre la glotis obstruída.

En todas las formas catarrales, erosivas, ulcerosas, lo mismo que cuando hay heridas operatorias, conviene someter al enfermo al uso de pulverizaciones repetidas con líquidos antisépticos, cuya acción benéfica es innegable. Las disoluciones de fenol al 1 por 1000, las de sublimado al 1 por 5000, son las más eficaces ; si el enfermo las tolera mal, se emplean menos concentradas. Se administran por medio de un pulverizador pequeño de vapor de Siegle, delante del cual se coloca el enfermo, hace inspiraciones profundas teniendo muy abierta la boca, *con la lengua fuera de ella* y sujeta con los dedos, que la cogen, después de cubrir la punta con un pañuelo para que no se deslice. Se hacen dos ó tres pulverizaciones diarias, de tres ó cuatro minutos de duración. De este modo disminuyen las probabilidades de la infección secundaria, se limpian siempre algo las superficies que supuran, y se disminuyen las secreciones en muchos casos. Al principio producen á veces accesos de tos y náuseas, pero el enfermo tarda poco en habituarse. En ciertos enfermos, persisten los fenómenos de intolerancia y se acentúan de tal modo, que obligan á suspender las pulverizaciones, aunque es raro que suceda así.

Estos diversos métodos de tratamiento local deben combinarse con el empleo metódico y regular de los medios terapéuticos generales, con la práctica de las reglas higiénicas y dietéticas dirigidas contra la tuberculosis pulmonar concomitante ó inminente, y además es necesario llenar las indicaciones que exigen las complicaciones eventuales. Sólo trataré de las que dependen de la laringe, y de las que las más temibles son la disfagia y la disnea por estenosis de la glotis.

La disfagia dolorosa, debida á las úlceras epiglóticas ó aritenóideas, es un síntoma de una tenacidad capaz, á veces, de desesperar. La glicerina fenicada, el fenol sulfo-ricinado, la glicerina creosotada, empleadas en uso tópico sobre las úlceras poco antes de las comidas, la disminuyen bastante y hasta se consigue así que desaparezca poco á poco, pero en otros casos, el único medio de conseguir el alivio pasajero del dolor, es el uso tópico de una disolución de cocaína sobre la laringe, antes de cada comida. Debe enseñarse á los enfermos á emplear por sí mismos este medio : si existen las úlceras en el borde libre de la epiglotis, es fácil la maniobra ; si ocupan la cara lingual ó la región aritenóidea, necesita el individuo ejercitarse varios días antes para hacer bien estas aplicaciones. Los enfermos encuentran durante algún tiempo un gran alivio con este procedimiento, pero tarda poco en perder su eficacia ; las disoluciones, deben ser cada vez más concentradas y el contacto del pincel ó del tapón de algodón empapado en el líquido más prolongado, para que el enfermo obtenga alivio. En muchos casos, concluye la cocaína por ser poco menos que inútil. Es casi ineficaz, ó al menos insuficiente por completo, cuando se emplea para calmar la disfagia atroz de los enfermos que padecen tuberculosis miliar aguda laríngea y faríngea. No queda, en este caso, más recurso para aliviar algo á los enfermos y ayudarles á sufrir sus dolores que las inyecciones de morfina á grandes dosis.

Lo mismo sucede cuando el dolor es debido á una artritis crico-aritenóidea ó á una pericondritis posterior del aritenóides ó del cricóides. Violento, exce-

sivo, casi repentino en el caso de un brote infeccioso supurativo agudo, concluye luego por disminuir y se hace tolerable después de evacuarse el pus espontáneamente ó por la intervención operatoria. Intermitente, ó mejor dicho remitente, en forma de paroxismos que duran algunos días, en ocasiones una ó dos semanas, cuando depende de lesiones tuberculosas del pericondrio ó de las articulaciones que producen brotes inflamatorios sub-agudos recidivantes, falta por completo, cuando no se presentan estos brotes. En ningún caso es imposible modificarle por los tópicos medicinales; pero, en particular, cuando es consecutivo á brotes inflamatorios profundos sub-agudos, se consigue acortar su duración y disminuir su intensidad, combatiendo los accidentes inflamatorios. Además de la pulverizaciones antisépticas, deben aplicarse sobre la parte anterior de la faringe, compresas mojadas en agua á la temperatura más alta que sea capaz de tolerar el enfermo y cubrir las con un trozo de tafetán engomado para evitar la evaporación y el enfriamiento. En cuanto nota frialdad el enfermo, se renuevan las compresas. Si se emplea este medio desde el principio de los fenómenos dolorosos ó de otro género, y se usa sin interrupción mientras el enfermo está despierto, y cuando se duerme se sustituye el hule de seda por algodón en rama, y vuelve á aplicarse aquel en cuanto se despierta, se obtiene por lo general una mejoría rápida de los síntomas. Si principian estos de repente y desde el principio son bastante acentuados, si el edema de la laringe es extenso y algo considerable, debe practicarse una sangría local ligera, al principio de los accidentes, aplicando dos ó tres sanguijuelas. La sangría local basta, en ocasiones, para disminuir en algunas horas de un modo notable la tumefacción edematosa de la laringe y calmar á la vez los fenómenos disnéicos y los síntomas dolorosos. En los casos ligeros, se obtiene igual resultado aplicando en la misma región un vejigatorio volante rectangular de 5 á 6 centímetros de largo por 3 de ancho. Algunos enfermos se alivian bastante por este medio y lo emplean en cuanto se agravan lo más mínimo los síntomas. Pero si no cede la pericondritis con estos medios antiflojísticos y termina por supuración, aumentan la tumefacción edematosa y la infiltración sero-purulenta hasta el punto de producir perturbaciones respiratorias alarmantes, bien de un modo mecánico ó por el obstáculo que oponen á la función de los músculos dilatadores ó á los movimientos de las articulaciones posteriores de la laringe. En este caso, debe punzarse con la lanceta laríngea la región donde se sospecha que existe el absceso; pero si no se consigue así evacuar cierta cantidad de pus, no debe titubearse en recurrir á la traqueotomía para conjurar los accidentes disnéicos. Después, cuando no hay que temer ya la asfixia, se repiten las tentativas de abertura operatoria del absceso.

Poco diré del tratamiento de las pericondritis de la región tiróidea, raras por otra parte. Es, indudablemente, necesaria la evacuación del absceso y debe practicarse en cuanto se note fluctuación. La estenosis glótica permanente, mecánica, cuando no se corrige lo suficiente por los procedimientos quirúrgicos endo-laríngeos, exige de una manera imperiosa la traqueotomía, aunque el enfermo habituado á respirar por una glotis insuficiente, no presenta disnea, propiamente dicha. Lo mismo sucede con la estenosis paralítica ó de origen articular. La traqueotomía se impone *a fortiori* con urgencia, esta vez, desde que la insuficiencia respiratoria permanente se complica con accesos disnéicos

de índole espasmódica, aun cuando su intensidad y duración no sean suficientes para que corra el enfermo un peligro grave. Se opera entonces, en las condiciones más ventajosas; la abertura de la tráquea es seguida, en el mayor número de los casos, de mejoría notable, aunque transitoria, del estado general; el empleo de una cánula de válvula, asegura la conservación de la voz que resta; por último, de este modo se evitan las angustias terribles que nacen de la muerte por sofocación, una de las terminaciones más temibles de los padecimientos graves de la laringe.