

circularmente. Estas deformaciones pueden poner la laringe completamente desconocida.

3.º **ULCERACIONES.** — Las pérdidas de substancia que pueden observarse en la laringe varían desde la simple erosión superficial hasta las ulceraciones profundas y destructivas que desfiguran las partes atacadas.

Las erosiones superficiales de fondo grisáceo ó amarillento, redondeadas ú ovals en una laringe cuyo conjunto sea rojo, hiperemiado, son, ó bien *placas mucosas*, ó bien *úlceras simples*. En el primer caso, las erosiones tienen más bien un tinte grisáceo y opalino y se encuentran rodeadas por una zona congestiva bien determinada. Están situadas en un punto cualquiera, pero con preferencia en la epiglotis y en las fajas ventriculares. En el segundo caso, sobrevienen en el curso de una simple inflamación catarral. Entonces ocupan, ó bien las cuerdas, donde presentan un contorno redondeado ú oval, ó bien la región inter-aritenoidea donde tienen el aspecto de fisuras longitudinales; son fugaces, poco distintas y menos aparentes á la vista que las placas mucosas.

Por excepción, la erosión que se observa es consecuencia de un traumatismo producido por la introducción anterior de un cuerpo extraño ó de un instrumento en la laringe.

Las ulceraciones *tuberculosas*, sin ser de ordinario muy profundas, sólo son superficiales al principio. Reposan sobre una base más ó menos infiltrada, gruesa; el fondo es plano, gris ó amarillento; los contornos son irregulares, forman relieve, sobresalen; los tejidos vecinos son blandos, pálidos, lívidos. A menudo están cubiertos de pus, y algunas veces de granulaciones ó vegetaciones polipiformes.

La región inter-aritenoidea es con mucho su más frecuente asiento; forman aquí verdaderos surcos verticales, á veces extendidos sobre toda la altura de la pared posterior de la laringe; la existencia de una ulceración en este punto es en cierta manera característica de la tuberculosis. En unos casos la ulceración aparece desde luego con todos sus caracteres en el espejo; otras veces se oculta entre los pliegues de la mucosa infiltrada y sólo se hace claramente perceptible en la posición de Kilian; otras, por último, sus bordes ó su fondo son asiento de una exuberancia de vegetaciones polipiformes, bañadas ó no en el pus, y la ulceración pasa desapercibida.

En las cuerdas vocales la ulceración tuberculosa ocupa el borde libre ó la cara superior. Las pérdidas de substancia del borde libre se encuentran, ó bien circunscritas en un punto, particularmente en la apófisis vocal, donde forman una escotadura; ó bien extendidas por toda la longitud de la cuerda infiltrada, bajo el aspecto de un surco amarillento

ántero-posterior, limitado por dos labios, entre los cuales encaja la cuerda, opuesta durante la fonación. Parece que este surco sea el resultado del roce producido por la presión repetida de la cuerda sana sobre la cuerda enferma. Otras veces las pérdidas de substancia son múltiples; la cuerda carcomida acá y allá, toma un aspecto dentellado que recuerda el de una sierra.

Las ulceraciones que se desarrollan en la cara inferior de las cuerdas llegan en parte á ser visibles cuando se coloca el espejo oblicuamente; otras veces ocultan su presencia por la existencia, debajo de la cuerda, de un pequeño rodete rojo y dentellado, que sobresale del borde libre de ésta; en tal caso se adivina la ulceración mejor que se la ve.

En las fajas ventriculares, las pérdidas de substancia son á menudo muy extensas. Es raro que se localicen aquí exclusivamente, pues lo regular es que se extiendan sobre las regiones vecinas, particularmente sobre la región inter-aritenoidea.

Las ulceraciones intraventriculares son invisibles; sin embargo, algunas veces provocan una tumefacción de la faja ventricular correspondiente que puede hacer suponer su presencia.

La epiglotis ulcerada se encuentra al mismo tiempo engrosada, infiltrada. Su cara laringea es la más atacada por la tuberculosis; impidiendo la elevación total del órgano, su infiltración puede ser obstáculo para distinguir las ulceraciones situadas en su base.

A la *sífilis* deben atribuirse las ulceraciones profundas, de bordes marcados y gruesos, no granulados, *tallados á pico*, que reposan sobre una base muy gruesa, rodeadas de tejidos rojos y duros. Estas ulceraciones tienen asiento en las partes de la laringe que confinan con la faringe (epiglotis, aritenoides), más bien que en las cuerdas vocales. A menudo son solitarias, y constituyen casi siempre la única lesión laringea.

Las úlceras de fondo fungoso, sanioso, sanguinolento, reposan sobre una base neoplásica y son sintomáticas de los *tumores malignos*.

Cuando se distingue en el fondo de una ulceración, cualquiera que sea su naturaleza, tuberculosa, sífilítica ú otra, el color blanco del cartílago subyacente, desnudo y reconocible además por su resistencia al estilete, se trata de una pericondritis.

Sólo citaremos como recuerdo las erosiones ó ulceraciones aftosas, herpéticas, variolosas, tíficas, etc. El diagnóstico se hace menos por los resultados del examen objetivo que por el estudio de los síntomas concomitantes.

4.º **EXUDADOS Y CUERPOS EXTRAÑOS.** — Las paredes de la laringe pue-

den estar cubiertas, en una extensión más ó menos grande, por secreciones ó exudados de diferente naturaleza.

En las cuerdas vocales se distinguen á menudo, en el caso de catarro agudo ó crónico, mucosidades formadas en la laringe, ó que vienen de las vías respiratorias inferiores. Estas mucosidades son agrisadas, blanquecinas ó amarillentas, reunidas en pequeños pelotones sobre una de las cuerdas, ó tendidas en forma de filamentos de una á otra cuerda. Otras veces son secreciones más espesas, desecadas, bajo la forma de costras amarillas ó verdosas, que cubren una parte de las cuerdas de la pared posterior de la laringe (laringitis seca) ó aun de la tráquea (ocena laringo-traqueal); estas costras se encuentran á veces teñidas por la sangre.

Algunas ulceraciones se encuentran á menudo cubiertas de pus ó de detritus puriformes.

Un exudado pseudomembranoso blanco agrisado y que cubra acá y allá la mucosa, ó la tapice en toda su extensión, debe ser considerado como de naturaleza diftérica, siendo excepcionales las laringitis fibrinosas no diftéricas.

La laringoscopia permite reconocer la presencia en la laringe de cuerpos extraños bastante voluminosos para enclavarse en su interior (como cáscaras de nuez, una pieza de moneda, etc.), ó bastante punzantes para fijarse en una de sus paredes (aguja, espina de pescado, etc.). Un cuerpo extraño puede penetrar en un ventrículo y quedar escondido en él, pero es raro que no sea en parte visible á través del orificio ensanchado de aquél.

B. Examen funcional.—Las perturbaciones funcionales que pueden observarse en la laringe son sensitivas ó motoras. La inspección con el espejo no nos permite por sí sola comprobar la existencia de las primeras; su estudio sólo es posible asociando á la laringoscopia la exploración con el estilete (véase más adelante).

Las perturbaciones motoras hieren, por el contrario, fácilmente la vista. Estas consisten en espasmos, parálisis ó movimientos desordenados.

1.º ESPASMOS.—Cuando es posible el examen en el momento de un espasmo de la glotis, se ve que las dos cuerdas se aproximan violenta y enérgicamente, llegan á contacto y permanecen así un tiempo más ó menos largo. De tiempo en tiempo se separan sólo para dejar entrar un poco de aire en el pecho, y en seguida recobran la posición de adducción. Este movimiento no queda limitado á las cuerdas, las mismas cintas ventriculares y las paredes laterales de la laringe en su

conjunto tienden á aproximarse entre sí, sin que, no obstante, lleguen á reunirse completamente. Tenemos ocasión de observar este espasmo cuando practicamos un cosquilleo intralaringeo; el movimiento de adducción de las cuerdas es tan violento, que si la extremidad del portaalgodón se deja coger por los labios de la glotis, no puede desprenderse sin esfuerzo; vale más en tal caso esperar la relajación momentánea de las cuerdas para retirarlo.

2.º PARÁLISIS.—Pueden ser uni ó bilaterales. Las parálisis *unilaterales* se traducen por una asimetría de la glotis, perceptible, según los músculos paralizados, durante la respiración ó la fonación.

Si en la inspiración uno de los bordes de la glotis no se separa, ó se

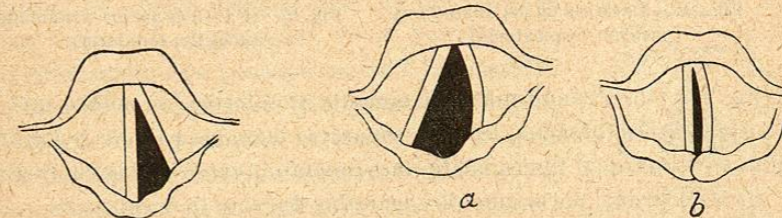


Fig. 92.—Parálisis del abductor derecho (posición respiratoria)

Fig. 93.—Parálisis de todos los músculos de la cuerda izquierda (parálisis del recurrente izquierdo).—*a*, posición respiratoria;—*b*, posición fonatoria

separa menos de la línea media que el borde opuesto, es que el músculo abductor de la cuerda vocal correspondiente está paralizado (fig. 92).

Si en la fonación, es decir, durante la emisión del sonido *e*, uno de los bordes de la glotis no se aproxima ó se aproxima menos á la línea media que el borde opuesto, es que los músculos aductores de la cuerda correspondiente están paralizados.

Si uno de los bordes de la glotis permanece inmóvil tanto en la respiración como en la fonación, es que todos los músculos motores de la cuerda correspondiente están paralizados (fig. 93). Esta cuerda ocupa entonces una posición intermedia entre la de la fonación y la de la respiración; parece más corta que su congénere, su borde libre es ligeramente cóncavo en lugar de ser rectilíneo como en estado normal; la mitad correspondiente de la laringe, comprendiendo en ella al aritenoides, permanece inmóvil; durante la fonación, la cuerda sana se pone por delante de su congénere y hasta traspasa la línea media, mientras el aritenoides correspondiente acabalga por delante ó por detrás sobre el aritenoides inmóvil (debilidad bucal).

Cuando la parálisis es *bilateral*, la glotis permanece simétrica; pero si

se hace que el enfermo respire y hable sucesivamente, se ve que aquélla se abre ó se cierra incompletamente.

Si las cuerdas sólo se separan poco ó nada de la línea media durante los esfuerzos de la inspiración, mientras llegan á contacto durante la fonación, se tiene á la vista la imagen de la parálisis de los dilatado-

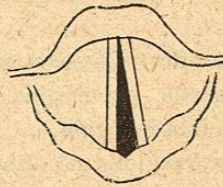


Fig. 94.—Parálisis de los dilatadores (posición respiratoria)

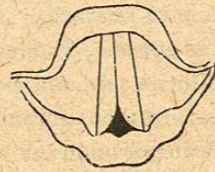


Fig. 95.—Parálisis del ari-aritenoideo (posición fonatoria)

res (fig. 94). Observando más atentamente al enfermo, se notará que, en las inspiraciones forzadas, lejos de separarse más, las cuerdas y los aritenoides se aproximan ligeramente (movimiento inverso de las cuerdas).

Si las cuerdas, normalmente separadas durante la inspiración, no se aproximan durante los esfuerzos de fonación, se deducirá que se trata de una parálisis de todos los constrictores.

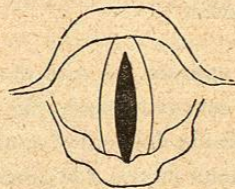


Fig. 96.—Parálisis de los músculos tiro-aritenoideos (posición fonatoria)

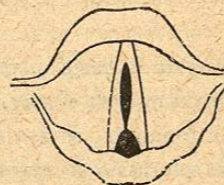


Fig. 97.—Parálisis simultánea del ari-aritenoideo y de los tiro-aritenoideos (posición fonatoria)

La parálisis aislada de tal ó cual par de músculos fonadores da imágenes un poco diferentes.

a. La glotis no se cierra, durante la emisión de los sonidos, sino en su porción interligamentosa, y la glotis intercartilaginosa toma el aspecto de un pequeño triángulo, cuyo vértice está situado á nivel de las apófisis vocales, y su base corresponde á la pared posterior de la laringe. En otros términos, las cuerdas se aproximan mientras que los aritenoides permanecen separados. En tal caso, la parálisis está limitada á los músculos ari-aritenoideos (fig. 95).

b. Si, por el contrario, se observa una oclusión perfecta de la glotis intercartilaginosa, una aproximación normal de los aritenoides, cuando

las cuerdas vocales dejan entre sí un espacio elíptico prolongado, se diagnosticará una parálisis de los músculos tiro-aritenoideos (fig. 96). Si esta hendidura elíptica es muy estrecha, como se observa muy á menudo en los casos de inflamación catarral de la mucosa, existe sólo una simple insuficiencia, una paresia de estos músculos.

c. Por último, si las apófisis vocales llegan á contacto mientras que la glotis permanece abierta hacia adelante y hacia atrás, es que se ha producido una parálisis simultánea de los tiro-aritenoideos y del ari-aritenoideo (fig. 97).

El aspecto flexuoso, onduloso, del borde libre de las cuerdas vocales indicaría una parálisis de los músculos tensores de éstas, es decir, de los cricotiroides. Puede suceder que las dos cuerdas ocupen durante la respiración, como también durante la fonación, una posición inmóvil, intermedia entre la posición inspiratoria y la fonatoria (fig. 98); este aspecto laringoscópico revelará la existencia de una parálisis de todos los músculos aductores y abductores de las cuerdas (parálisis recurrente completa y bilateral).

Cuando las cuerdas paralizadas aparecen adelgazadas, estrechadas, aplanadas, hay que pensar que la parálisis es ya antigua y que los músculos de las cuerdas están atrofiados ó en vías de atrofia.

3.º INCOORDINACIÓN MOTRIZ.—Las cuerdas vocales pueden ser asiento de movimientos incoordinados, cuyas principales variedades son las siguientes:

- a.* Aproximación brusca, espasmódica, ó serie de aproximaciones oscilantes y rápidas, bien á cada tentativa de fonación (afonía espástica), bien á cada inspiración (parálisis de los aductores);
- b.* Bruscos movimientos alternativos de aproximación y separación, oscilaciones irregulares (corea, esclerosis en placas);
- c.* Convulsiones, temblor rítmico (parálisis agitante);
- d.* Movimientos atáxicos de adducción ó de abducción (tabes).

Los principiantes deben prevenirse contra un cierto número de causas de error á que están expuestos en el examen de las funciones motrices de la laringe. Una respiración defectuosa, la emoción propia de un primer examen, son á menudo la única causa de movimientos incoordinados ó imperfectos, que no deben referirse á un estado patológico. En caso dudoso, no debe decidirse hasta después de un segundo ó tercer examen. De igual manera, un espejo demasiado ancho, demasiado introducido, y

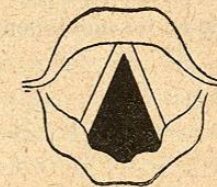


Fig. 98.—Parálisis de todos los dilatadores y de todos los constrictores (posición fonatoria y respiratoria)