

continuidad de la tos que fatiga el pulmon y todos los músculos espiradores y que impide á los enfermos probar un instante de sueño; la dificultad á veces considerable de la deglucion; la imposibilidad en que están muchas veces los enfermos de tragar ni aun la menor sustancia alimenticia, sin ser atacados al instante de tos convulsiva y de sofocacion; en una palabra, el insomnio por una parte y la inanicion por la otra bastan, en nuestro concepto para explicar el marasmo y la muerte¹. »

A la categoria de las úlceras simples quizá pudieran referirse las que encontró M. Moura en el enfermo de la observacion 8^a.

Pero debemos confesar que son pocos hasta ahora los casos observados de ulceraciones simples, y que la mayor parte de las veces las ulceraciones son sintomáticas de las afecciones generales ya citadas, ó de padecimiento de los cartílagos, presencia de cuerpos extraños, ó bien resultado de la erupcion variólica, del uso del tártaro ú otras; y entonces sus síntomas, marcha y terminaciones son diversas, y están ligadas con las causas ó con las enfermedades que les dieron nacimiento. Estas ulceraciones sintomáticas suelen producir grandes destrozos y pérdidas de sustancia en la laringe, y dejar en ella cicatrices defectuosas que son muchas veces causa de accidentes mas ó menos graves; pero estos son raros en las úlceras simples y se ven mas bien en las sifilíticas, que son en las que mas ge-

¹ *Traité pratique de la phthisie laryngée.* Paris, 1837.

neralmente se les observa, como veremos despues.

Se encuentran á veces ulceraciones laringeas en personas que presentan síntomas evidentes de tubercularizacion pulmonar, pero en los que, el sitio y marcha de la ulceracion, distintas de las que siguen las de causa tuberculosa, asi como su feliz terminacion, hacen creer que no son causadas por esta afeccion general, sino que son úlceras simples en sugetos tuberculosos.

En el curso de la fiebre tifoidea se han observado varias veces ulceraciones y entonces son de naturaleza difterítica; se presentan comunmente en la pared posterior de la laringe y con carácter grave. Determinan una pérdida de sustancia mas ó menos estensa, atacan el pericondro que perforan y ponen á descubierto el cartílago. Comunmente el aritenoides es el afectado y suelen desprenderlo y aislarlo de sus conecciones, dejando en su lugar un foco lleno de líquido pútrido é infecto (Rokitanski).

ART. III

Pericondritis laringea.

Friedreich, Flormann y Türck han observado esta enfermedad que puede encontrarse en los cartílagos aritenoides, en el cricoides y rara vez en el tiroides. El cartílago, despojado de su pericondro, está destruido

en parte, y la mucosa que lo cubre presenta una pérdida de sustancia en los puntos correspondientes. A veces la mucosa permanece intacta y se forma debajo de ella un absceso que invade á la vez el exterior y el interior de la laringe, determinando un estrechamiento de la glótis que puede ser mortal, como lo prueba un ejemplo que ha visto Flormann.

Esta enfermedad es por lo comun consecutiva á exantemas febriles y principalmente á la viruela, á la fiebre tifoidea y á la sífilis. Una vez se ha visto ser resultado de un absceso enquistado (observacion 9ª).

Türk ha observado con cuidado algunos hechos en que esta enfermedad ha sido consecutiva á la fiebre tifoidea y ha hecho de ellos una descripción que transcribo textualmente por su importancia: « Cuando un sujeto atacado de fiebre tifoidea se pone ronco, y sobretudo cuando á la ronquera sucede la afonía, se puede presumir que la laringe padece una afección diftérica ó una pericondritis. Pero la afonía pasa comunmente desapercibida y particularmente cuando hace su aparición pocos días antes de la muerte, por que se descuida buscar este síntoma en enfermos sumergidos en el coma.

« Por el contrario, hay casos en que la difteritis ó la pericondritis laringea hacen estallar los síntomas mas alarmantes; y esto sucede cuando se produce una tumefacción inflamatoria considerable de las partes vecinas.

« He tenido ocasion cinco veces de emprender la exploracion laringoscópica en estas condiciones, en sujetos de 14 á 20 años de edad.

« En todos estos enfermos la afección laringea se declaró en un periodo muy avanzado de la fiebre tifoidea. Dos veces fue en la quinta semana y tres en el séptimo ú octavo septenario. En todos la convalecencia comenzaba á establecerse. Una inflamación tan viva no sería quizá ya posible en la época en que las fuerzas se hallan profundamente postradas.

« La tos, una ronquera mas ó menos marcada, dolores laringeos, disnea; tales son los síntomas que he notado invariablemente. Además, la deglución era difícil en muchos enfermos. La disnea debida al estrechamiento de la laringe llegó siempre á un grado tal, que se hizo indispensable la traqueotomía del segundo al quinto día, para impedir la muerte por sofocación.

« El exámen laringoscópico hacia ver, ya una tumefacción inflamatoria que ocupaba una de las cuerdas vocales inferiores solamente, ó á la vez las cuerdas vocales superiores ó el forro mucoso de los cartílagos de Santorini y aritenoides; ó ya un edema inflamatorio de esta última region; ó bien la misma lesión en un alto grado y ocupando las dos cuerdas vocales inferiores. Esto sucedía en dos enfermos que habian presentado los síntomas de la disnea mas intensa. En uno de ellos pude percibir distintamente en una de las cuerdas vocales inferiores, una pérdida de sustancia

que provenia sin duda de una ulceracion difterítica.

« De los cinco enfermos operados en estas condiciones, dos murieron, y en la autopsia encontramos las lesiones propias de la pericondritis. Los otros tres curaron, pero quedaron, y probablemente quedarán condenados al uso permanente de la cánula traqueal, pues la glótis estrechada era insuficiente para las necesidades de la respiracion. En uno de ellos, se observó ulteriormente la eliminacion de fragmentos cartilagosos. En los dos individuos á quienes se hizo la autopsia, era evidente que habia habido una pericondritis, ya primitiva ó consecutiva á una mortificacion de la mucosa. En otro enfermo, nos pudimos asegurar por la inspeccion laringoscópica de la existencia de una ulceracion probablemente diftérica. »

ART. IV

Sífilis laringea.

Las manifestaciones sífilíticas son muy frecuentes en la laringe en la que revisten diversas formas. A veces se encuentran afectando la mucosa bajo la forma de *roseola* ó de una inflamacion de esta membrana (*laringitis sífilítica*). Otras, el virus ataca el pericondro de los diversos cartílagos laringeos (*pericondritis sífilítica*) ó bien se manifiesta por la formacion de placas mucosas, ó excrecencias sífilíticas, ó por último produce *ulceraciones*.

La *roseola* se presenta en la mucosa de la laringe bajo el aspecto de manchas rojizas, irregulares y sin saliente ninguna, semejantes á las que se suelen presentar en el paladar y garganta y con los cuales coexisten muchas veces. Tambien coinciden, en ciertas ocasiones, con la aparicion roseólica de la piel; pero es mas frecuente, como ha observado M. Fauvel, y como sucede en las fiebres eruptivas, segun hemos visto, que la aparicion de la erupcion en la laringe preceda 24 ó 48 horas á cualquiera manifestacion del mismo género en otras partes del cuerpo; y esto constituye una particularidad importante.

Un caso notable de esta erupcion que he podido ver está referido en la observacion 10ª.

La *laringitis sífilítica* es notable por la coloracion que toma la membrana mucosa, que se presenta rojo-oscura ó violada en las partes mas profundas (cuerdas vocales superiores, ventrículos de Morgagni, fositas innominadas y membrana inter-aritenoidea), y de un rojo mas vivo en las partes que por ser mas salientes están mejor iluminadas (epiglótis y tubérculos Wrisberg). La mucosa de las cuerdas inferiores participa igualmente de la coloracion roja; pero el fondo blanco de esta amortigua aquel color y se presentan rosadas. Hay hinchazon, aunque no muy considerable de toda la mucosa. Los enfermos tienen sequedad y sensacion molesta en la garganta, y su voz es ronca. (Observacion 10ª.)

Pericondritis sifilítica. Se han observado algunos casos de esta enfermedad que afecta de preferencia el cartílago cricoides. Cuando el mal avanza, perfora de dentro afuera la membrana mucosa y desnuda el cartílago en una estension mas ó menos grande. Otras veces, una ulceracion es la que corroe la mucosa y ataca consecutivamente el pericondro, de manera que este, cuando existe una úlcera, es imposible saber si fue atacado por efecto de ella ó de una manera primitiva. Se ha visto el desnudamiento no limitarse al cartílago cricoides, sino invadir varios anillos de la tráquea.

En un caso que examinó Türk con el laringoscópio, además de los caracteres de la inflamacion, encontró, sobre la mitad posterior de las dos cuerdas vocales inferiores, un borde longitudinal, fuertemente dentellado que no se podia considerar sino como el borde superior de una ulceracion situada sobre la pared posterior de la laringe; presuncion que fue confirmada plenamente por la autopsia. Le fue imposible inspeccionar las partes situadas abajo de la glótis, porque la inflamacion secundaria de las cuerdas vocales superior ó inferior de un lado habia causado un estrechamiento de este orificio.

En todos estos enfermos se ha notado : ronquera muy considerable, tós con expectoracion muco-purulenta y á veces estriada de sangre, aliento muy fétido, y una disnea proporcionada al estrechamiento de la glótis, y que ha sido la causa de la muerte de algunos enfer-

mos. La presion ejercida de adelante atrás sobre la laringe y tráquea era dolorosa.

Excrecencias sifilíticas. Estas se presentan bajo dos formas : ó bien de verdaderas placas mucosas que aparecen en distintos puntos de la laringe, aun sobre las mismas cuerdas inferiores, y revisten el aspecto y caracteres de las que nacen en la faringe, velo del paladar y amígdalas, ó tambien en forma de excrecencias papilares, que á veces son aisladas y poco voluminosas, y otras agrupadas y hendidas como berrugas, muy semejantes á las que se desarrollan sobre el glande ó el prepucio. Estas últimas son raras, las arredondadas lo son menos : las placas mucosas son las mas frecuentes, y generalmente no atacan solo la laringe, sino que se encuentran tambien en la faringe ú otros puntos de la garganta.

Tienen por lo comun duracion corta y ceden con el tratamiento anti-sifilítico.

No obstante estos caracteres, cuando las excrecencias son papilares es á veces muy difícil decidir si son simples ó de naturaleza sifilítica. (Observacion 11^a.)

Úlceras sifilíticas. La epiglótis es el sitio de predileccion de estas ulceraciones, que pueden ocupar tambien la mucosa supra-glótica, pero casi nunca la sub-glótica, diferenciándose en esto de las tuberculosas que, como veremos despues, tienen su sitio en esta última. La epiglótis puede ser afectada en sus bordes ó en su cara lingual, pero cuando lo es en su base, como la in-

flamacion de las partes circunvecinas la hace abatir sobre la glótis, cubriéndola en parte, el exámen laringoscópico no permite ver qué puntos participan de la ulceracion. Las cuerdas inferiores se han visto afectadas, aunque pocas veces.

Su aspecto y forma es la misma que ofrecen las que se desarrollan en la mucosa buco-faringea, su tamaño variable: tienen en lo general gran tendencia á profundizar los tegidos. Türk asegura no haber visto ninguna que no perforara la epiglótis. Su fondo es gris ó amarillento, pultáceo, sus bordes rojos presentan comunmente una gran tumefaccion. A veces se engurgitan los ganglios del cuello que están vecinos.

Cuando la úlcera es pequeña, es indolente y determina pocos síntomas: aun la deglucion es fácil; pero cuando es grande ó que la inflamacion é hinchazon de las partes circunvecinas son intensas, sobrevienen todos los accidentes de que hemos hablado al tratar de las laringitis graves. Uno de los síntomas mas comunes es la disfagia, que se esplica por la hinchazon de la mucosa de la epiglótis que impide á esta llenar sus funciones fisiológicas. La expectoracion muco-purulenta y la fetidez del aliento se observan con frecuencia.

Es raro que las ulceraciones existan solo en la laringe: se encuentran tambien muy comunmente en la faringe ú otros puntos de la mucosa gutural. Otras veces son cicatrices de ulceraciones antiguas las que se encuentran en estas partes.

El exámen laringoscópico permite muchas veces hacer el diagnóstico directo; pero en lo general es necesario auxiliarse para formarlo, con los antecedentes del enfermo y con la coexistencia de otras manifestaciones sifilíticas.

Las úlceras sifilíticas, cuando han adquirido cierta profundidad, tardan algun tiempo en cicatrizar. Las serpiginosas tienen una marcha destructora y á veces muy rápida: producen grandes pérdidas de sustancia, tanto en las partes blandas como en los cartílagos. La epiglótis que, como hemos dicho, es su sitio de predileccion, se deforma notablemente y dificulta la deglucion. Cuando estas úlceras son muy estensas determinan enflaquecimiento por falta de alimentacion suficiente, sudores nocturnos, dolores, un estado caquético, y por último, pueden causar la muerte ya por el agotamiento del paciente ó por que los desórdenes de la laringe determinen una asfixia lenta ó rápida.

Pero por fortuna no son estos los casos mas frecuentes, y por un tratamiento general bien ordenado se triunfa de los accidentes y se obtiene la cicatrizacion de las ulceraciones. Si estas han sido ligeras no queda traza de ellas al laringoscópio; pero si han sido estensas y profundas, no solo las cicatrices son visibles y defectuosas, sino que pueden, cambiando las relaciones normales de las partes por adherencias viciosas de la epiglótis, etc., estorbar mas ó menos las funciones fisiológicas asignadas al órgano de la voz. (Observacion 12^a.)

ART. V

Afecciones herpéticas.

M. Fauvel ha observado varias veces en la laringe placas dartosas que otros llaman *laringitis herpética*. Son pequeñas placas blanquizas, mas ó menos salientes, irregulares y que existen no solamente en la laringe, sino tambien en la faringe, las amígdalas (observacion 13ª), el velo del paladar y aun sobre la úvula. Se presentan bajo dos formas: secas ó húmedas, asemejándose en esto á las afecciones catarrales y al asma. Cuando son húmedas vienen acompañadas de una exhalacion abundante de mucosidades: cuando son secas, la laringe y faringe están ásperas y como si fuesen de madera.

Uno de los caracteres de esta enfermedad es su movilidad: á veces es la cuerda vocal derecha la que está enferma; dos dias despues se la encuentra sana, y la izquierda es la afectada. A veces desaparece enteramente la enfermedad y se la cree curada, pero pocos dias despues se la ve volver con mas ó menos fuerza. Se conduce, en una palabra, como el herpetismo de la piel, porque es de la misma naturaleza que este.

Esta es una afeccion muy rebelde. Segun M. Fauvel, nunca se puede estar seguro de curarla antes de 10 años, y es conveniente advertir esto á los enfermos ó

sus familias. Si se la trata activamente desaparece en poco tiempo, pero entonces puede uno estar seguro de que vendrá una metástasis sobre otros órganos. A veces es en la vulva, á donde produce comezones muy vivas; ó en el ano, en el que se acompaña de hemorroides; ó ya en los bronquios, produciendo una inflamacion catarral mas ó menos aguda; ó por último en la piel, haciendo nacer una erupcion herpética, igualmente rebelde.

La coloracion de las placas, su pequeñez y mas que todo su movilidad, unida á la falta de antecedentes sífilíticos, servirán para establecer el diagnóstico entre esta enfermedad y las placas mucosas específicas, con las que pudieran confundirse.

Esta afeccion sobreviene en personas que tienen la piel impresionable y que sudan fácilmente, sobre todo de los pies. Las personas que la sufren están sujetas á dolores reumáticos articulares, á erupciones escamosas de la cabeza, á hemorroides ó á erupciones en el ano ó la vulva.

Las inhalaciones sulfurosas y los chorros de aguas de la misma naturaleza dirigidos á la garganta, unidos á la administracion al interior del ioduro de potasio, son medios muy útiles en esta enfermedad.