

ART. VI

Afecciones tuberculosas de la laringe.

La presencia de los tubérculos en el órgano de la fonación determina dos estados morbosos diversos : la *laringitis tuberculosa* y las *ulceraciones tuberculosas*. Estas, cuando son muy numerosas ó estensas y determinan el enflaquecimiento y consunción del paciente, constituyen lo que se ha llamado *tísis laringea*.

Estas afecciones son muy frecuentes. Louis, en sus bellas investigaciones sobre la tísisis pulmonar, ha visto que se presentaban en la cuarta parte de los individuos que padecen aquella enfermedad ; pero esta estadística, que no estaba apoyada en el exámen directo sobre el vivo, sino en las inspecciones cadavéricas y en síntomas que, por ser generales á varias enfermedades laringeas, son engañosos, debe modificarse. Toca á la laringoscopia rectificarla.

El sitio de predilección de estas enfermedades es la mucosa *aritennoidea*, *inter-aritennoidea* (observaciones 14^a y 15^a) ó la *tráqueal*, y este es uno de los caracteres que sirven á M. Fauvel para distinguir las de las afecciones sífilíticas que, como hemos visto, se fijan mas bien en la epiglótis. « La sífilis, dice este profesor, como viene de la boca, afecta la porción supraglótica de la laringe ; mientras que los tubérculos,

como vienen del pulmon, atacan la sub-glótica ó inter-glótica. »

La *laringitis* se manifiesta por un abultamiento de la mucosa, particularmente de la inter-aritennoidea, sobre la cual se observan botoncitos rojos, cónicos, ó bien pequeñas salientes irregulares, de un color gris ó blanquizas (granulaciones tuberculosas) y que se acompañan comunmente de enrojecimiento y de un edema mas ó menos notable de la mucosa circunvecina. Este estado produce en el enfermo ronquera en diversos grados, ó aun afonía, tós ronca, sensación de molestia, á veces esputos estriados de sangre y rara vez dolor. Pueden estos síntomas disminuir y la enfermedad mejorarse ó aun desaparecer ; pero es raro que este alivio sea duradero, y al cabo de algun tiempo vuelve á presentarse aquella y se agrava hasta producir las ulceraciones. Estas se presentan las mas veces como resultado del primer ataque inflamatorio.

Las *ulceraciones* ocupan de preferencia el sitio que hemos dicho : (Observacion 16^a.) este, sin embargo, no es esclusivo. Rokitansky las ha visto con frecuencia sobre la pared posterior de la laringe, al nivel de los músculos transversos, y Louis, en la sexta parte de sus enfermos, las ha encontrado en la epiglótis. Pero todas las que se han observado en esta lengüeta ocupan su cara laringea, no habiéndose visto hasta hoy ninguna en su cara lingual, y rara vez en los bordes. Se han visto tambien sobre las cuerdas vocales inferiores.

Su número es variable, así como su estension : son muy irregulares, de fondo gris, y en lo general poco profundas. Türk las ha visto varias veces con los bordes despegados. La mucosa que las rodea está roja en una estension mas ó menos grande y abultada por un engurgitamiento edematoso. Cuando las úlceras son antiguas, está además hipertrofiada y endurecida, y si este endurecimiento se halla en las cercanías de la glótis, el estrechamiento que resulta puede ser mortal. (Rokitanski.)

Los síntomas son proporcionados á las lesiones anatómicas con las que están ligados. La ronquera, la tós, y los esputos sanguíneos, son los mas comunes. La disfagia solo es notable cuando las ulceraciones se hallan en la parte postero-superior ó faríngea de la laringe; pero no en los demás casos por la libertad que en sus funciones goza la epiglótis, la cual, ó no está invadida, ó si lo está es por su cara laringea. Cuando el estrechamiento de la glótis es grande por causa del edema inflamatorio, la disnea lo es tambien. Hay siempre fetidez del aliento. Si las ulceraciones son muy estensas ó por su larga duracion han causado desórdenes grandes en el órgano vocal, entonces todos los síntomas se agravan, producen el enflaquecimiento, minan la constitucion, si esta no se halla ya deteriorada por la tuberculizacion de los pulmones, y determinan la muerte del enfermo por consuncion.

Las úlceras tuberculosas tienen menos tendencia que

las sifilíticas á profundizar; casi nunca perforan la epiglótis y causan menos destrozos en las partes que invaden.

La marcha de estas afecciones es crónica. La sola inflamacion puede tener alternativas. Las ulceraciones, cuando no son muy estensas ó numerosas, pueden curar, segun M. Fauvel, pero casi siempre bajo la influencia de la diátesis vuelven á presentarse los fenómenos morbosos al cabo de un tiempo mas ó menos largo.

Ninguno de los síntomas enumerados es patognómico. Y sin embargo, seria importantísimo poder diferenciar las afecciones laringeas simples de las producidas ó sostenidas por los tubérculos, siendo el pronóstico y el tratamiento de ellas esencialmente diverso.

Al laringoscópio toca establecer con precision este diagnóstico y hacer cesar la anarquía que hoy reina en las opiniones sobre esta importante materia.

Algunos pasos ha dado ya en este sentido, y á eso debemos el contar con elementos para establecer aquel, si no con certidumbre, sí con bastante probabilidad.

Así, en lo relativo á la laringitis, para distinguir la simple de la tuberculosa, tenemos que atender á su sitio, su aspecto y su duracion. La inflamacion simple, por lo comun, es general; ó bien si está limitada no tiene sitio de preferencia y afecta rara vez la mucosa

aritenoides ó inter-aritenoides, mientras que esta última es la que ocupa casi siempre la tuberculosa. Aquella está uniformemente hinchada y no presenta los botones ó granulaciones grises que se encuentran en esta. Por último, la marcha y duración de aquellas es en lo general la de las flegmasías simples, mientras que la sintomática, como está sostenida por una causa general, es mas tenaz y menos franca en su desaparición, cuando esta se verifica. Además, si el sujeto ha tenido ya otros ataques tenaces de inflamación laríngea, la naturaleza tuberculosa de la afección será mas probable; y casi cierta si el examen de los pulmones hace descubrir en ellos los tubérculos.

Respecto de las ulceraciones, su forma y aspecto no bastan para distinguir las simples de las tuberculosas. El examen microscópico de los esputos pudiera resolver la cuestión haciendo ver los elementos histológicos de aquel producto patológico. Seria también decisivo el demostrar la presencia de estos en partes tomadas de la misma ulceración. Para poder hacer esto, he mandado construir al hábil instrumentista M. Mathieu, una especie de pinza laríngea terminada en un pequeño sacabocado, con el que se pueden tomar y arrancar porciones pequeñas de las partes ulceradas. Pero sin contar con esto, el diagnóstico puede apoyarse en las consideraciones del sitio de las ulceraciones, de su marcha, y de los antecedentes y estado actual del enfermo.

En cuanto al sitio, á mas del que hemos dicho ocu-

pan mas especialmente las ulceraciones, Türck asegura que, « fuera de la afección tuberculosa, jamás se encuentran ulceraciones estensas en la pared posterior de la epiglótis, si no es en un período avanzado de la fiebre tifoidea, » en cuyo caso no es posible la confusión del diagnóstico. Así, pues, si en un enfermo se encuentran ulceraciones en la membrana aritenoides ó inter-aritenoides ó en la cara laríngea de la epiglótis, si estas han durado ya algún tiempo, si á pesar de ello no han causado grandes lesiones en la laringe; deberá uno inclinarse á la opinión de que son tuberculosas. Esta se fortalecerá si el examen y antecedentes del enfermo no revelan accidentes pasados ó actuales de sífilis; y por último, el diagnóstico se acercará á la certidumbre si la exploración pulmonar descubre la existencia de tubérculos en estos órganos.

No hay uniformidad entre los patólogos respecto de las relaciones que tengan entre sí las tuberculizaciones pulmonar y laríngea. Mientras que unos opinan que no puede existir esta última sin que no se observen signos de tisis mas ó menos avanzada en el pulmón, y que su marcha está fatalmente ligada con la de esta afección, otros por el contrario, son de parecer de que pueden existir la inflamación ó las ulceraciones tuberculosas sin que en el pulmón se encuentre lesión alguna; y que aun cuando coincidan una y otra tuberculización son independientes en su marcha, y la laríngea puede tener alternativas, mejorarse ó aun curar, no

obstante que la pulmonar sigue su marcha fatal ¹. Las investigaciones posteriores podrán decidir este asunto que merece llamar, y mucho, la atención de los laringoscopistas; sobre todo hoy, que se está removiendo en su base la cuestión de la tuberculización.

Siendo la mucosa de la laringe y tráquea la única accesible á nuestra vista entre las que permiten desarrollarse los tubérculos, toca también á la laringoscopia estudiar la marcha y evoluciones que en ellas sigue este producto morboso, y completar el diagnóstico en esta parte, decidiendo, con el auxilio del microscopio y de la anatomía patológica, si es la granulación gris ó las masas caseosas las que producen las ulceraciones ².

¹ Si he de juzgar por dos casos que he visto en que ulceraciones tuberculosas bien caracterizadas, diagnosticadas por M. Fauvel, existían en personas en quienes el examen más minucioso del pecho no reveló signo alguno de tubérculos pulmonares, me inclinaria á la última opinión.

² Se sabe que los estudios recientes sobre el tubérculo han modificado profundamente las ideas respecto de la naturaleza y patogenia de este producto, y han echado por tierra la teoría de Laenec y Louis que consideraba la granulación gris y las masas caseosas como un mismo elemento, el tubérculo, en diferentes grados de desarrollo. Hoy las observaciones de Virchow, Hérard, Cornil y otros pato-micrógrafos, han probado que la granulación gris y lo que se llamaba tubérculo crudo, son enteramente distintos por sus elementos histológicos y por los diversos tegidos en que se engendran. A la primera, formada de tegido conectivo, se ha conservado el nombre de *tubérculo*, y á su propagación en diversos órganos de la economía el de *tuberculización*. Las masas caseosas (tubérculo crudo) parece que son resultado de una flegmasia destructiva (necrobiótica de los alemanes) que desorganiza los tegidos trasformándolos en productos grasosos.

Actualmente se debate la cuestión de si la granulación gris, que

En estas afecciones, á mas del tratamiento comun y del general que está indicado, prueban muy bien las aplicaciones locales por medio de toques con láudano (observacion 14^a), tintura de iodo y otros medios de que hablaremos adelante. En virtud de ellas la mucosa se deshincha y las ulceraciones pueden cicatrizar.

ART VII

Albuminúria.

Esta enfermedad viene á veces por accesos intermitentes que producen un edema limitado á la cara, á los maleolos, y á veces también á la úvula y la laringe. La existencia de un edema que sobreviene súbitamente en estos dos últimos órganos, basta, según M. Fauvel, para diagnosticar la albuminúria.

Una vez fue llamado este profesor para ver á un sugeto que habiéndose acostado sano, fue despertado en la noche por una disnea que le sofocaba. Examinada la garganta, se encontró que la úvula estaba muy hinchada y tan alargada por el edema, que se colocaba entre las muelas y la mordía el enfermo. Por solo este signo diagnosticó el Dr. Fauvel una albuminúria, y en efecto, examinada la orina, mani-

acompaña casi siempre en el pulmon á los tubérculos crudos, produce por su desarrollo la inflamación engendradora de las masas caseosas, ó si estas son en dicho órgano enteramente independientes de la granulación gris.