

URE
ENFERMEDADES
LA
GARGANTA
Y FOSAS NASALES

ENFERMEDADES

DE LA

Garganta y fosas nasales

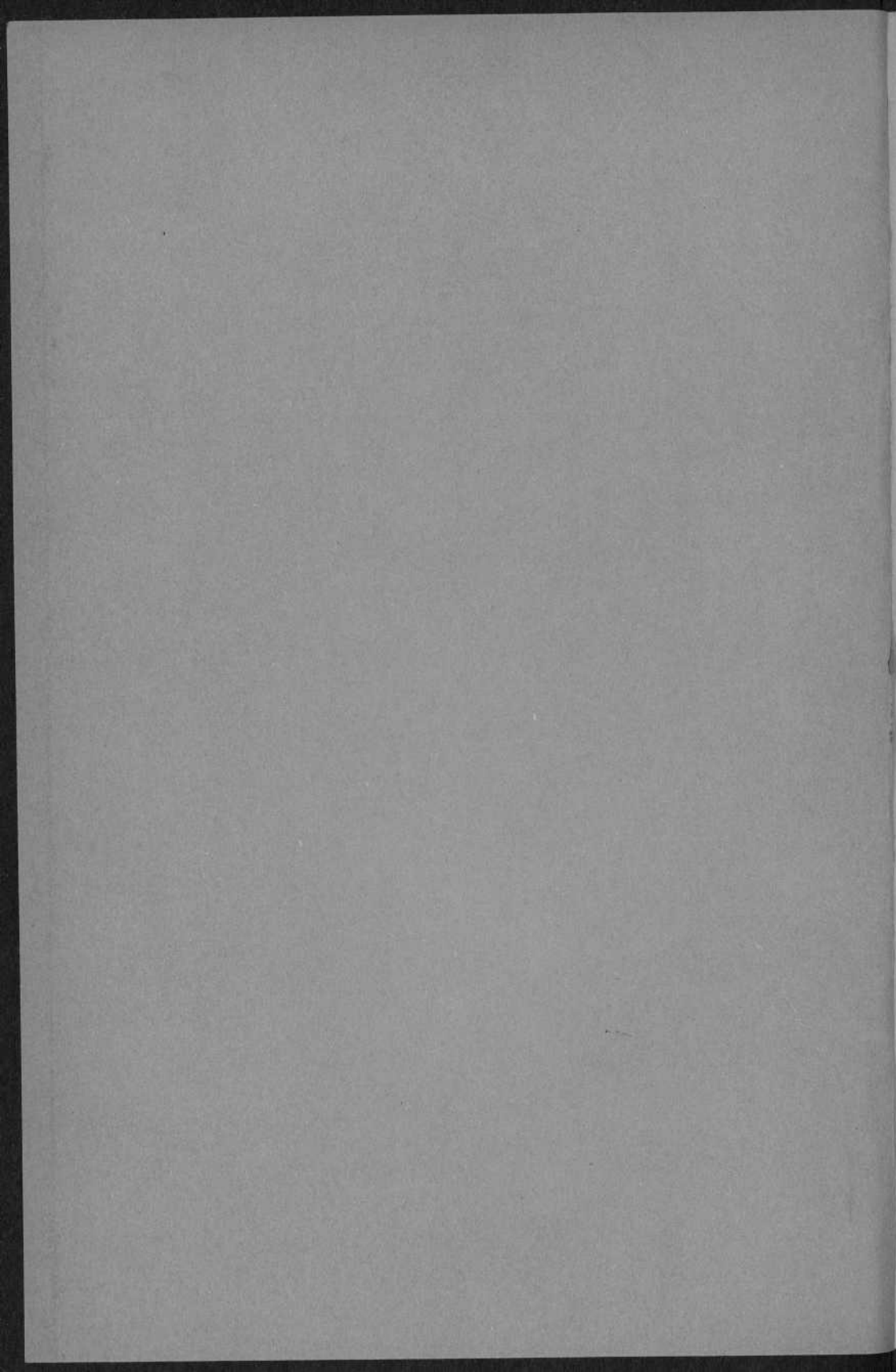
Tomo II

752

14752
~~14752~~

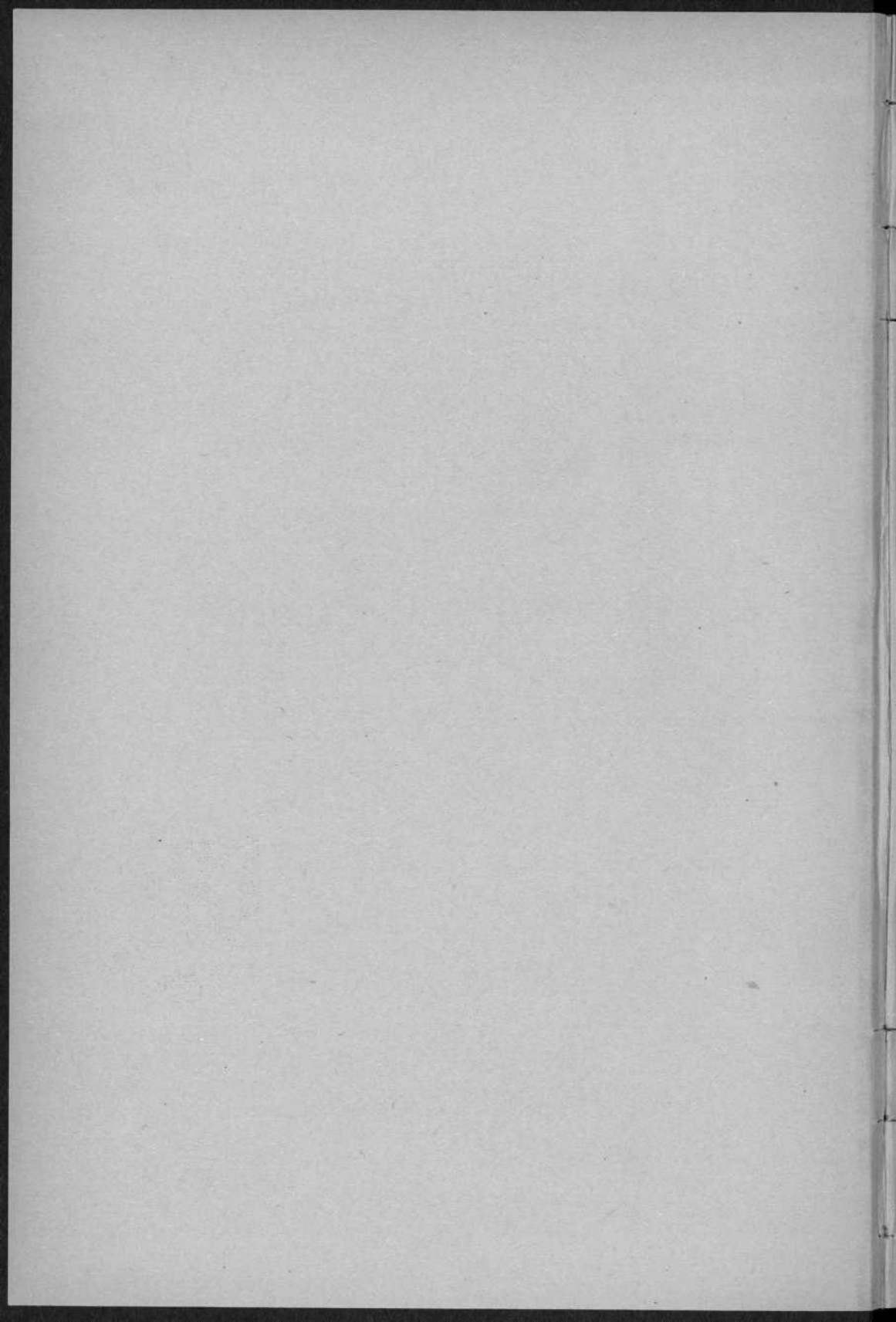
83
65

1880



TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA
Y DE LAS
FOSAS NASALES





BIBLIOTECA ESCOGIDA DE EL SIGLO MÉDICO

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA

Y DE LAS
FOSAS NASALES

POR EL
DR. E. J. MOURE

Encargado del curso de Laringología, Otología y Rinología
en la Facultad de Medicina de Burdeos,
director de la REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Traducido y extensamente anotado

POR EL
Dr. Celestino Compaired

Encargado de un curso de Otología, Rinología y Laringología
en la Facultad de Medicina de Madrid;
profesor de las Clínicas oto-rino-laringológicas del REFUGIO y de la POLICLÍNICA CERVERA
médico-director de baños, por oposición; laureado con
medalla de oro por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona;
del Instituto de Terapéutica Operatoria, etc.

TOMO SEGUNDO

Con numerosas figuras en el texto.



MADRID

IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO Y ALONSO

Amparo, 102 y Ronda de Valencia, 8.

Teléfono número 552.

1896

Costo 26 pesetas

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA
Y DE LAS
FOSAS NASALES

AFECCIONES NEURO-MUSCULARES DE LA LARINGE

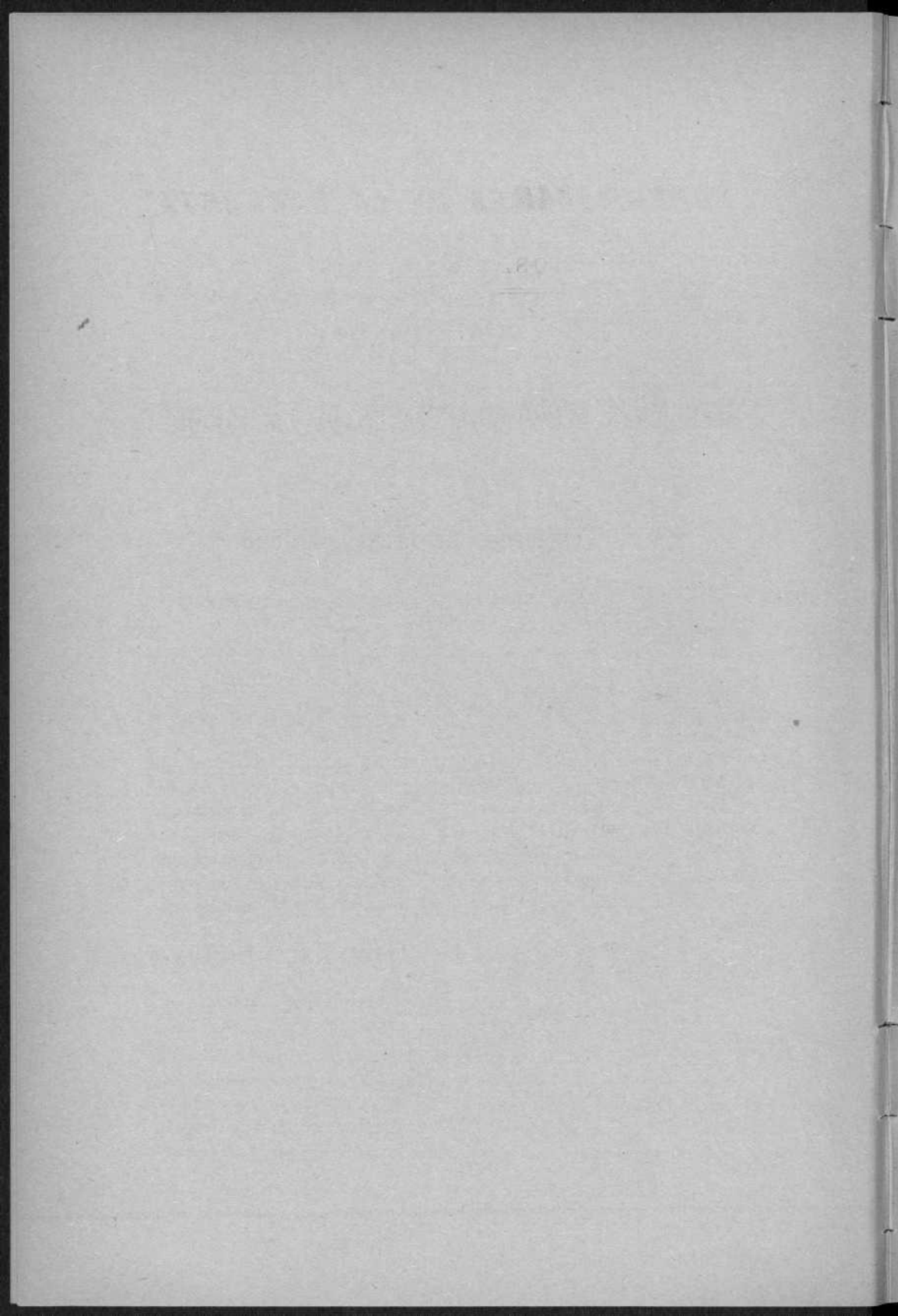
A. — Trastornos de la sensibilidad.

División del asunto. — Anestesia. — Hiperestesia. — Neuralgias.
Parestesia.

Divídense las afecciones nerviosas de la laringe en dos clases principales, que son: *A.* Las neurosis de la sensibilidad; *B.* Las neurosis del movimiento.

En el primer grupo se distinguen cuatro clases de trastornos que suelen combinarse á menudo entre sí en un mismo enfermo, constituidos por la *anestesia*, la *hiperestesia*, la *parestesia* y las *neuralgias*. La segunda clase comprende: la *paresia* ó la *parálisis*, y el *espasmo*. Ya veremos, al exponer separadamente cada una de las alteraciones nerviosas de este segundo grupo, las subdivisiones que hemos de vernos obligados á adoptar para hacer más comprensible y sencillo este estudio.

Comenzaremos la descripción de los trastornos de la sensibilidad por el orden acabado de indicar.



Anestesia.

Sumario. — Su etiología: es de origen central ó periférico. — Síntomas funcionales. Medios de comprobar la anestesia de la laringe: su marcha es variable. — El diagnóstico de la lesión es fácil, pero la causa primaria es con frecuencia difícil de reconocer. — Pronóstico. — Tratamiento.

ETIOLOGÍA. — La anestesia del órgano vocal se observa, bien como resultado de lesiones centrales, ora á consecuencia de lesiones periféricas. Sin embargo, hay que advertir que en determinados individuos se aprecia una indudable disminución de la sensibilidad normal de la mucosa laringea, sin que exista en ellos, propiamente hablando, una verdadera lesión. En su consecuencia, hay que descontar los casos de este género de los hechos patológicos evidentes.

La anestesia de la mucosa laringea, consecutiva á afecciones centrales, tiene su origen en las lesiones bulbares. La debida á efectos periféricos reconoce causas múltiples. En primer término, podemos citar la difteria, que suele dar lugar á una forma muy grave, manifestándose á veces por trastornos laringeos, solos ó asociados á los de la faringe, que son los más comunes. Con bastante frecuencia también, he podido comprobar la anestesia en los individuos atacados de tuberculosis del órgano vocal. Romberg la señala asimismo en los casos graves de cólera, único autor que tiene hechos trabajos y estudios experimentales concienzudos en este sentido. Se la observa, además, de un modo constante, en los casos de destrucción del nervio laringeo superior, así como en la del laringeo inferior.

En la histeria es en donde se la reconoce más á menudo. Tradúcese en estos casos por zonas más ó menos limitadas de insensibilidad en la faringe, laringe y hasta en la mucosa traqueal. Según Chairou y Thaon, de Nice, tienen su asiento principalmente sobre la epiglotis, y á juicio del último de los autores citados, la pérdida de la sensibilidad de la epiglotis coexistiría con placas de anestesia cutánea, situadas en el mismo lado que las del órgano fonético. El Dr. Pitres, y yo también,

hemos comprobado que no sólo ocupan esta clase de alteraciones parte ó la totalidad de la epiglotis, sino que se extiende por regla general á todo el órgano vocal, pudiendo titilar la laringe, la faringe y el velo del paladar sin producir reflejos.

Puede demostrarse igualmente la anestesia de una manera constante, en ciertos epilépticos durante las crisis, y aun bastante tiempo después de pasadas aquéllas.

En fin, se la observa en el estado de narcosis, y muchas veces en los hemipléjicos.

Habiendo comprobado Schnitzler un caso en el que existía al mismo tiempo hiperalgesia, se ha creído autorizado para designarlo con el nombre de anestesia dolorosa de la laringe.

SÍNTOMAS. --- Los síntomas son á menudo muy poco marcados, excepción hecha de los casos por lesión central, que se acompañan de disfagia como consecuencia de la pérdida de la sensibilidad motriz de los músculos constrictores. La deglución se hace mal, teniendo los enfermos que tragar de través ó de medio lado, y los alimentos que son semilíquidos, como la leche, tienen tendencia á caer en las vías aéreas.

Sin embargo, debo hacer observar que la verdadera causa de la penetración de las partículas alimenticias en las vías aéreas debe más bien atribuirse á la parálisis concomitante de los músculos depresores de la epiglotis, que á la anestesia de la región superior de la laringe.

En los casos más comunes, advierten los enfermos en la parte posterior de la garganta la sensación de un cuerpo extraño, pudiéndose reproducir artificialmente esta sensación, embadurnando, por ejemplo, la mucosa con una solución de cocaína al 1 por 10. Se explica fácilmente que la epiglotis y la base de la lengua hagan en estos casos el papel de cuerpos extraños sobre las demás partes sensibles de la mucosa laríngea. El experimento, que consiste en insensibilizar la mucosa respiratoria ó vocal *para reproducir artificialmente* la sensación de cuerpo extraño, ó de angostamiento ó estrechez del conducto faríngeo notado por ciertos enfermos, prueba bien la aparición de este síntoma acusado por las histéricas.

Puede limitarse la anestesia á una parte de la laringe ó existir tan sólo en uno ú otro de ambos lados. Únicamente podremos comprobar su grado y asiento, mediante el empleo de la sonda laríngea, dirigida sobre los diferentes puntos de la mucosa.

Habitualmente, no es absoluta la pérdida de la sensibilidad, pues percibe el enfermo la sensación del frío y del calor. La abolición de estas sensaciones constituiría el índice de una alteración nerviosa profunda.

Si en estos casos practicamos el examen laringoscópico, encontra-

remos apoyada la epiglotis contra la base de la lengua; la mucosa que la recubre, frecuentemente normal, puede también hallarse más ó menos vascularizada, resultado de las contusiones ejercidas por el contacto de los alimentos, y este último fenómeno, por fortuna bastante raro, indica, cuando existe, una pérdida ya antigua de la sensibilidad táctil de la laringe.

MARCA. — **DURACIÓN.** — El curso de la anestesia es tan variable como su duración; ambas dependen preferentemente de la causa que ha originado la afección. Si reconoce un origen bulbar, puede ser rápida la marcha y grave su pronóstico. Si es consecutiva á la difteria, rara vez desaparece la anestesia bajo la influencia del tratamiento. En la tuberculosis, sobrevienen estas anestias en el último período de la enfermedad, y hallándose ligadas á compresiones y aun á degeneraciones de los nervios laríngeos, no hay probabilidades de hacerlas desaparecer.

En los casos de compresión del nervio laríngeo superior ó del inferior, la disminución de dicha compresión se anunciará por el retorno de la sensibilidad. En fin, en la histeria se la podrá combatir atacando, á la vez que su localización laríngea, alguna otra del cuerpo, según el curso habitual de las zonas anestésicas de aquella neurosis.

DIAGNÓSTICO. — Á menudo, no ofrecen las afecciones centrales más síntomas que las alteraciones de la sensibilidad de la laringe. Tan es así, que la localización de ciertas placas anestésicas ha servido y sirve en muchas ocasiones para reconocer la existencia de gomas cerebrales; debiendo tener siempre como sospechosos á los enfermos en los cuales haya marcada tendencia á penetrar los alimentos en las vías aéreas.

Sin embargo, siempre deberemos practicar el examen laringoscópico y emplear la sonda laríngea, como indispensables para asegurarnos en el diagnóstico. Constituirán además un poderoso auxiliar los antecedentes del enfermo. Ziemssen concede importancia á la sensación, al dolor, mediante una corriente eléctrica; para ello emplea un electrodo muy fino, con objeto de tener perfectamente localizada la corriente.

El *pronóstico*, como el curso de la enfermedad, es variable, según las causas que la han determinado. Hay que advertir que, cuando la anestesia es muy pronunciada, viene muy singularmente á complicar el pronóstico, el peligro de la penetración de cuerpos extraños en las vías aéreas, resultando de ahí que una afección relativamente benigna por sí misma puede perfectamente venir á tener, en un brevísimo plazo, una terminación fatal. Los ejemplos de esta clase están lejos de

ser curiosidades patológicas, y no hace mucho tiempo tuve que practicar la autopsia al cadáver de una de mis enfermas de la Clínica, ahogada por haberla penetrado en su laringe un trozo grande de naranja completamente íntegro.

TRATAMIENTO. — El tratamiento deberá dirigirse, en primer término, á las causas generales que han producido la lesión. Si no fueran reconocidas, ó bien, si estuviéramos en presencia de un caso de difteria, se unirá el tratamiento local al general, que consistirá en el uso de los tónicos, sobre todo de la estriénina, y más tarde del bromuro de potasio ó el de sodio.

La terapéutica local consistirá en electrizaciones directas ó indirectas mediante corrientes farádicas, aplicando uno de los polos á la nuca y el otro sobre la región externa de la laringe.

Massei, de Nápoles, y Morell-Mackenzie se han servido con éxito de las corrientes continuas, aplicando ambos polos en contacto de la mucosa vocal. De usar este procedimiento, hay que tener sumo cuidado de no dejar mucho tiempo los electrodos sobre un mismo punto, ante el temor de ver producirse escaras. La intensidad de la corriente, dice Morell-Mackenzie, debe ser lo suficientemente sensible para sentirse una sensación desagradable, mas sin que llegue al dolor. Aconseja introducir cada día el instrumento en la laringe, de seis á ocho veces por sesión. En la histeria, el empleo de las inspiraciones de aire electrizado y del asiento de cristal, suele á veces dar algún buen resultado.

En los casos graves de anestesia seguida de dificultad en la deglución, y á fin de alejarle del peligro consecutivo á su estado, conviene recurrir á la sonda esofágica para alimentar al enfermo, prescribiéndole una alimentación líquida (leche, caldos, huevos, extractos de carnes, etc.), cuya penetración en las vías aéreas no es tan fácil.

[Por regla general, no se halla abolida *en absoluto* la sensibilidad de la mucosa del árbol aéreo, sobre todo en las anestias de origen periférico; lo que hay es una *obtusidad* ó embotamiento de la misma, en virtud de la cual el enfermo *siente* que se le toca con el extremo de la sonda laringea en un punto determinado, mas no *responde* la mucosa produciendo, por consecuencia de este estímulo, ni la tos y náuseas, ni los demás reflejos faringo-laringeos normales.

La anestesia verdadera, la *completa*, digámoslo así, va siempre acompañada de paresia y aun de parálisis de varios planos fibrosos y musculares de todo el aparato fonético, y en particular de la parálisis más ó menos acentuada del músculo tiro-ariepiglótico ó depresor de la epiglotis, y en ella, rarísimas veces *advierte* el enfermo la sensación

táctil, ó por lo menos *no limita* el punto donde se verifica el estímulo.

En una palabra, que para mí, según lo tengo observado en muchos enfermos, hay en el primer caso única y exclusivamente *alteración* de la sensibilidad, con disminución de su grado fisiológico, al paso que en el segundo existe ya una *abolición* de la misma, por trastorno orgánico de textura, que alcanza hasta á los filetes motores que animan á los planos musculares de la región invadida.

Jamás he podido comprobar este segundo grado en las histéricas.

En cambio, es frecuente en algunos individuos adinámicos y en sujetos debilitados al extremo por enfermedades infecciosas, en particular por la difteria, como consecuencia acaso de una neuritis (?) de los nervios laringeos superiores, según los trabajos de Charcot y Vulpian, de Bühl, de Déjerine, de Leyden, de Meyer y de Löwenfeld.

Masucci cita un caso de esta *anestesia total* (1), unida á paresia de los adductores, por envenenamiento de la belladona.

También es muy común en la terminación fatal de ciertas enfermedades infecciosas agudas, favoreciendo, tanto la anestesia faringo-laringea, cuanto la paresia ó parálisis musculares de dicha región, el acúmulo de mucosidades en todo el árbol aéreo superior, lo cual viene á dificultar en alto grado su expulsión, así como la deglución y respiración.

Muchas más de las causas citadas por el autor pueden influir en la producción de la anestesia — sea *relativa* ó *absoluta*, pero particularmente de la primera, más común y conocida —, la que es debida, lo mismo á un origen morbozo central que á otro periférico.

Obsérvase en enfermos de cáncer laringeo; de ulceraciones sifilíticas (cosa rara, porque en la sífilis de la laringe suelen estar exagerados los reflejos); pericondritis; laringo-tifus; catarros crónicos muy antiguos; viruela y erisipela (2); lesiones medulares; parálisis general; lesiones bulbares (origen de los nervios laringeos) que determinan la parálisis glosolabio-laringea de Duchenne; tumores de la base del cerebro, que han producido anestesia unilateral de la laringe (casos de Mac Bride, Fränkel y Schech), y, en fin, lesiones más altas del encéfalo, como en el hemisferio cerebral, por foco hemorrágico ó reblandecimiento que ocupe la porción mas lejana de la cápsula interna, determinando que ocupe la mitad opuesta del cuerpo, una hemianestesia, dentro de la cual queda englobada la mitad correspondiente de la faringe y laringe, habiéndola también podido estudiar Von Ott, de la mitad de la laringe, por degeneración del nervio vago al nivel de su origen.

Entre otros varios, recuerdo dos casos de *anestesia relativa* antigua

(1) "Rivista clinica e terapeutica", año VI, núm. 4.

(2) Lennox-Browne, "Traité des maladies du larynx, etc.", 1891, pág. 467.

bastante curiosos, observados en mi clínica oto-rino-laringológica de la Policlínica Cervera, uno de los cuales, individuo robusto de treinta y seis años y epiléptico desde la niñez, comenzó á advertir su anestesia faringo-laríngea precisamente desde la época en que se hicieron más frecuentes y prolongados los accidentes epileptiformes; y en el otro, que la tenía acompañada de hemianestesia facial en el lado izquierdo, con parálisis de los músculos animados por el facial en el lado derecho, anestesia *absoluta* de la conjuntiva izquierda é hiperestesia muy acentuada del conducto auditivo izquierdo, se hallaba limitada á ambos lados de la faringe y á todo el espacio glótico, pero sin alcanzar á los pilares anteriores ni base de la úvula y velo palatino. Á este individuo le sobrevino esta serie de perturbaciones á los pocos días de haber recibido en la plaza de toros un golpe con una pica en la región tèm-poro parietal izquierda.

En los casos en que haya necesidad de emplear la sonda esofágica para alimentar al enfermo, se debe tener la precaución de introducirla acompañada del dedo índice del operador, á fin de que no se dirija por las vías aéreas sin advertirlo ni el enfermo mismo, á causa de la anestesia; y cuando ya se haya terminado su introducción, se hará ejecutar al enfermo ejercicios de vocalización. Lo mismo conviene hacer si, en vez de la sonda común y ordinaria, se emplea el aparato de Dujardin-Beaumetz.

Creo de interés esta recomendación, con objeto de evitar serios accidentes.

Respecto del tratamiento, sólo añadiré en esta nota que, en la aplicación del local por las corrientes continuas de Ziemssen, se debe fijar el electrodo intralaringeo sobre la parte anterior del seno piriforme, próximo al pliegue de la mucosa, en el fondo del cual se encuentra el nervio laríngeo superior.

Las corrientes farádicas suelen ser suficientes para ciertas anestias relativas de origen periférico.

Para las demás clases de anestias ó cuando aquellas corrientes no dieran resultado, estarán indicadas las continuas, aplicando uno de los polos al nivel de la laringe, y el otro sobre la región cervical de la médula.

En ambos casos deberá ser la corriente lo suficientemente enérgica para producir una sensación desagradable, pero sin llegar á ser dolorosa.

Empléase al interior, solo ó asociado á la estricnina, el fosfato de zinc á la dosis de 2 centigramos. — DR. C. COMPAÏRED.

Hiperestesia.

Sumario. — Sus límites son difíciles de precisar, y su etiología variable. La hiperestesia es difusa ó localizada. — El examen del órgano no da habitualmente ningún resultado. El tratamiento varía porque debe ser apropiado á la causa que la engendró.

ETIOLOGÍA. — Es difícil asignar á la hiperestesia de la laringe límites precisos. Este estado tan particular de la mucosa del órgano vocal varía, en efecto, según los diferentes individuos, por cuya razón no es factible el precisar de una manera exacta dónde comienza y dónde termina tal grado de perversión de la sensibilidad.

Hecha esta salvedad, podremos ya permitirnos consignar que la hiperestesia de la laringe parece encontrarse en ciertas condiciones especiales, como la dentición, la menstruación, embarazo, causas con las cuales se muestra, para cesar cuando ellas desaparecen.

Se ha notado además que numerosos individuos atacados de tuberculosis pulmonar tienen una sensibilidad exagerada de la laringe, sin advertirse en este órgano el menor vestigio de alteración.

Mas donde este trastorno sensitivo se ve frecuentemente comprobado, es en los casos de inflamaciones graves de ciertas partes del órgano fonético, como la epiglotis, los repliegues ariepiglóticos ó en la región interarritenoidea.

Por último, se la observa de un modo bastante constante en la histeria, en la que se combina á menudo con la parestesia y la neuralgia.

SINTOMATOLOGÍA. — La hiperestesia de la laringe puede revestir dos formas bastante claras: ó está localizada ó es difusa.

En el primer caso se quejan los enfermos de puntos dolorosos en su laringe; advierten la sensación que produciría en su órgano vocal la presencia de una espina de pescado ó un alfiler, y suele calmarse

el dolor, con alguna frecuencia, por la simple deglución de alimentos, no reapareciendo hasta algún tiempo después de la comida.

Cuando es difusa, acusan los enfermos, en la entrada de las vías aéreas, como una especie de quemadura, angostamiento de su calibre ó constricción de las fauces, sensación de rascadura ó de retortijón, que dicen parece les roe la laringe. Otros rehusan hablar y tienen lo que Thacon llama fonofobia, síntoma que rarísimas veces alcanza estos límites extremos.

À la inspección, no se encuentra en la laringe nada de particular, circunstancia que precisamente revela la naturaleza de la afección.

Lennox-Browne (de Londres) atribuye esta hiperestesia de ciertos enfermos á una inflamación de las glándulas de la base de la lengua.

Es suficiente, dice, quemar estas últimas, para ver desaparecer los desórdenes de la sensibilidad. En efecto: se encuentran muchas veces hipertrofiadas dichas glándulas, y desde el momento que conseguimos su curación desaparece la hiperestesia de la laringe. Esto es lo que constituye la afección tan conocida hoy y tan perfectamente descrita por el Dr. Ruault y por mi antiguo alumno el Dr. Teulières en su tesis inaugural, con el nombre de hipertrofia del tejido adenoide de la base de la lengua.

PRONÓSTICO. — Es muy desfavorable porque, además de ser muy pertinaz la afección y estar sujeta á frecuentes recidivas, se preocupan demasiado los enfermos atacados de esta perversión de la sensibilidad y exageran la importancia de este síntoma.

TRATAMIENTO. — Cuando la exageración de la sensibilidad es la consecuencia de la inflamación de las glándulas, ó mejor, del tejido linfoide que cubre la base de la lengua (cuarta amígdala), la terapéutica que hay que seguir es clara. Calmar la irritación de los puntos inflamados mediante gargarismos iodo-iodurados, ó mejor todavía, destruir con la galvanocaustia los tejidos hipertrofiados.

Como el estado general suele dominar la escena, se podrá prescribir la hidroterapia y la permanencia en balnearios apropiados.

Los bromuros de potasio y de sodio, la quinina y la antipirina dan, á veces, buenos resultados. Se han preconizado como tópicos locales las soluciones de morfina y de cloroformo, las soluciones astringentes, la cocaína, etc.

Tobold y Fränkel han ensalzado las corrientes continuas. El calor húmedo bajo la forma de compresas empapadas en agua hirviendo y renovadas con suma frecuencia, han producido también en algunas ocasiones alivio.

[Tiene razón el Dr. Moure al consignar la inmensa diferencia que existe entre unos y otros individuos, respecto del grado de sensibilidad de la mucosa faringo-laríngea.

En efecto: al paso que hay quien apenas reacciona contra verdaderas embrocaciones y brochazos en la garganta, practicadas con la energía impropia de operar sobre una mucosa, vemos otros que no pueden soportar, no el menor toque, ni siquiera el contacto suave del espejillo laríngeo, sin acusar verdaderos sufrimientos y producirse hasta espasmos glóticos de alguna importancia.

Pero claro está que haciendo caso omiso de estas diferencias tan diametralmente opuestas, referentes al grado individual de la sensibilidad fisiológica de la mucosa faringo-laríngea, debemos establecer un límite entre ellas y la hiperestesia ó *sensibilidad patológicamente exagerada*, considerando tan sólo como *enfermedad* propiamente dicha el estado de sensibilidad aumentada que se manifiesta espontáneamente, esto es, *fuera de todo estímulo artificial, de toda excitación extraña*.

Por lo tanto, toda clase de alteraciones funcionales ó de textura del sistema nervioso general podrán dar lugar, por excitabilidad refleja, á esta anomalía de la sensibilidad. Así vemos que, además de las histéricas, ciertos estados de la mujer y de la niñez, etc., la observamos en los sujetos anémicos, neurasténicos, extenuados por excesos venéreos ó pérdidas seminales, alcohólicos, fumadores con exageración, oradores por carrera—los sacerdotes por ejemplo—etc., etc.

También determinan esta clase de hiperestesias, además de las lesiones laríngeas mencionadas por el autor, las faringitis crónicas, amigdalitis y aun uvulitis, y *ciertos trastornos del aparato digestivo y el sexual*.

Nadie hasta la fecha ha formulado una descripción patogenético-clínica tan exacta y brillante de la hiperestesia laríngea en general, y de la dependiente del gastricismo en particular, como la que hizo mi sabio maestro el Dr. D. Rafael Ariza en 1877 (1) con el título de *Laringismo gástrico*.

La principal circunstancia que se advierte en esta clase de enfermos es que creen dependientes las alteraciones gástricas, de las molestias y trastornos faringo-laríngeos.

« Las consecuencias que de las siete observaciones de este género que hasta el presente llevo recogidas se desprenden—dice en el referido trabajo el Dr. Ariza—son las siguientes:

(1) "Anfiteatro Anatómico Español", año 1877, y reproducido en la obra "Escritos médicos del Dr. D. Rafael Ariza y Espejo", 1888, t. I, pág. 427, y en el "Internat. Centralblatt. Laring.", año II, pág. 446.

1.^a Existe una pirosis dispéptica, á veces gastralgia, cuyas sensaciones patológicas se expresan exclusivamente en la laringe (larin-gopatía gástrica).

2.^a Es más común en las mujeres que en los hombres, según mi pequeña casuística.

3.^a Nada he podido averiguar sobre sus causas inmediatas: las predisponentes me parece poder referirlas á diátesis de larga fecha degeneradas (sífilis, gota, etc.), que habiendo perdido sus formas rē-gulares, han sido substituídas por otras manifestaciones patológicas (nervosismo, histerismo, etc.).

4.^a El carácter culminante de esta afección consiste en la agudeza de los sufrimientos experimentados por el enfermo, sin signos objetivos que los expliquen; en la rebeldía de aquéllos á todas las medicaciones dirigidas sobre la laringe, y aun al uso de las aguas minerales indicadas en los padecimientos de este órgano; en la frecuencia con que los enfermos empeoran y se agravan; en la relación que siempre guardan estas agravaciones con ciertos signos indicadores de alteración en la mucosa gástrica; por último, en que nunca los enfermos se quejan del estómago, ni hacen la más pequeña referencia á perturbaciones digestivas.

5.^a Se cura fácilmente si, desentendiéndose de la laringe, el médico se aplica á arreglar la higiene del estómago y establece una medicación apropiada al asiento orgánico de la enfermedad.»

En cuanto á la *sintomatología* de la hiperestesia en general, no encuentro ninguna descripción de su cuadro clínico tan perfecta y clara cual la que resulta de los párrafos que voy á copiar del citado trabajo de Ariza, *Laringismo gástrico*:

«Acusan estos enfermos—dice—sensaciones de ardor, de cosquilleo, de sequedad, de cuerpos extraños, de estorbo, de pinchazos, de lanzadas, etc. Extiéndense estas sensaciones indistintamente á toda la garganta ó predominan en uno de los lados; á veces se reconcentran en la región propia de la laringe; otras envían destellos hacia abajo á lo largo de la tráquea y de los bronquios; ó bien se propagan á las fauces y á los oídos por la trompa de Eustaquio, agravándose al deglutir la saliva, los líquidos y los alimentos. Estos síntomas adquieren, en ocasiones, un grado de exasperación insoportable para el enfermo; vuélvese éste impaciente, su moral se altera, prorrumpe con frecuencia en quejidos exagerados y llega hasta creerse próximo á una crisis grave ó á un accidente mortal. Mientras el enfermo se expresa en estos términos con la vehemencia del que no es dueño de su razón, el hombre de ciencia que lo escucha atentamente no percibe la menor modificación en el timbre de su voz: preguntale si tiene tos, si sufre de ronqueras, y la contestación es negativa; procede al reconocimiento

laringoscópico, y las cuerdas vocales se presentan blancas, brillantes, lisas y unidas en su superficie, aproximándose y separándose libremente en el juego de la fonación; los aritenoides no están engrosados ni deformados, como tampoco la glotis mucosa; la epiglotis aparece tendida en arco abierto, correcta, levantándose con facilidad y dejando ver el interior del órgano vocal; no hay excrecencias ni vegetaciones en ningún punto, hipertrofias ni engrosamientos generales ó parciales; nada, en fin, aparece que pueda dar razón del subjetivismo patológico expresado por el enfermo.

Rara vez descúbrese enrojecida la membrana mucosa que reviste los aritenoides, las bandas ventriculares y la cara interna de la epiglotis; pero este aumento de coloración, además de no presentarse sino en pocos enfermos, no es tampoco constante en el mismo individuo: es un fenómeno que no guarda relación con los demás síntomas, y que, á lo más, aparece ó se acentúa en los momentos de mayor agravación.»

.....
 « La inspección de las fauces lo deja igualmente en la más absoluta carencia de datos; la faringe, el velo, los pilares, la úvula, están generalmente sanos, ó muestran sólo indicios ligeros de angina granulosa.»

El dolor en la hiperestesia, espontáneo ó no, suele, según E. Fränkel, determinar la existencia de verdaderos puntos dolorosos independientes de la localización de los dolores espontáneos, y mucho más sensibles á la aplicación de las corrientes continuas que á la simple presión, y más sensibles todavía al contacto del polo negativo que al del polo positivo.

En estos casos, es á saber, cuando la hiperestesia llega á constituir verdadera neuralgia laríngea, este mismo Fränkel aconseja el empleo de las corrientes continuas en sesiones de cuatro á cinco minutos, y si se comprueban verdaderos puntos dolorosos, la aplicación á ellos del anodo, al paso que puede colocarse en cualquiera punto indiferente el catodo.

Aun cuando hay que subordinar el tratamiento general de la hiperestesia á la causa que la engendró, esto no obstante, debemos recomendar algo *loco dolenti*, tanto como terapéutica *suggestiva* al enfermo, cuanto por las acciones que *in situ* puedan desarrollar los medicamentos que prefiramos.

Al objeto, suelo emplear con buen resultado las pulverizaciones con un aparato de pera de goma ó de aire comprimido — que lanza fría la nube pulverulenta, aun cuando se temple ó caliente el líquido medicamentoso — de la solución acuosa de antipirina al 5 ó 6 por 100 y de clorhidrato de cocaína al $\frac{1}{2}$, 1 ó $1\frac{1}{2}$ por 100, según la intensidad

y rebeldía de la afección, cuya fórmula, á la par que calmante, es altamente isquemante. Schnitzler recomienda las aplicaciones locales de morfina y cloroformo.

Y al interior, así como Tobold prefiere el bromuro, el Dr. Handfiel Jones recomienda el ioduro potásico, por creer que la mayor parte de estos desórdenes laríngeos tienen un origen reumático.] — DR. COMPAIRED.

Neuralgias.

Sumario. — Neuralgias. Son bastante raras. Vienen á constituir el índice de afecciones generales. El diagnóstico debe establecerse con prolijo cuidado.

Cuando la hiperestesia laríngea reviste la forma de verdaderos puntos ó focos dolorosos limitados á ciertas partes de la laringe, se la puede ya considerar entonces como una verdadera neuralgia.

Constituye ésta una forma de neurosis bastante rara, de la que Handfield Jones, Clinton Wagnier y Schnitzler han referido algunos ejemplos, y Morell-Mackenzie dice haber observado hasta 13 casos.

Estos focos dolorosos tienen su asiento ordinario sobre ambos lados del cuello, principalmente en el izquierdo, con irradiaciones hacia el oído. Suele notar el enfermo el dolor al nivel del borde del cartílago tiroideo, ó bien en los espacios crico-tiroideo ó tiro-hioideo, ó, finalmente, en la base de la lengua.

Lennox-Browne acusa á la anemia, al reumatismo y la tuberculosis como productores de la neuralgia. Cita observaciones de enfermos con trastornos hiperestésicos, sin ningún signo de lesión tuberculosa, en los que ha visto más tarde evolucionar esta enfermedad. Según él, vendría á constituir esta neurosis, en la mayoría de los casos, un índice precoz de la diátesis tuberculosa; mas surge la duda de si aquélla representa realmente un fenómeno precursor de la tisis, ó evoluciona, por el contrario, en el curso mismo de la enfermedad.

También hubo encontrado este autor una exageración de la sensibilidad en la pericondritis laríngea primitiva; pero la rareza relativa de esta afección deja en el ánimo una gran incertidumbre.

No creo necesario advertir con mucha insistencia que, antes de pensar en una neuralgia de la laringe, hay que eliminar las neuralgias dentarias, las otalgias y demás afecciones inflamatorias de la garganta y de la base de la lengua que pudieran inducirnos á error en el diagnóstico, por practicar un examen al enfermo demasiado ligero y superficial.

El tratamiento, poco más ó menos, será el mismo que hemos mencionado para las alteraciones nerviosas que acabamos de estudiar, por cuya razón me creo relevado de repetirlo aquí nuevamente.

[Para que consideremos como verdaderamente neurálgico un dolor, lo mismo en la laringe que en cualquiera otra parte del cuerpo, es necesario comprobar una gran desproporción entre la sensibilidad y la lesión; y circunscribiéndonos á la laringe, si el dolor es producido por la existencia de ulceraciones vivas que se encuentren en su período de actividad, y situadas en puntos expuestos á los roces y frotaciones ocasionados por la deglución, como la epiglotis ó vértices de los aritenoides, ó si nos encontramos alguna otra lesión que pueda, aun remotamente, explicarnos el dolor advertido por el enfermo, estaremos en nuestro derecho científico y clínico para negar la existencia de una neuralgia.

Por lo tanto, sólo la justificaremos cuando, después de un detenido y minucioso examen de la faringe y laringe, no encontremos el menor vestigio de lesión.

El mismo Lennox Browne (1), citado por el autor, hace una suposición nada gratuita y no satisfecha todavía, con la siguiente pregunta que transcribo: «¿No es lógico y racional admitir que la neuralgia es debida, mejor que á una afección cualquiera del laringeo superior, á las anastomosis del facial y glosó-faríngeo con el pneumogástrico en su origen y el gran simpático?»

Según Schnitzler (2), puede la acción del frío producir la neuralgia laríngea, así como la determina una afección inflamatoria, citando un caso en su apoyo.

Las aplicaciones locales de cocaína al 10 ó 20 por 100 son beneficiosas, á condición de darlas el médico y vigilar sus efectos. También pueden emplearse las inhalaciones de vapores sedantes, calientes y de anestésicos, unidas al uso interno de narcóticos.

Cuando la neuralgia observe una marcha intermitente ó se presente á las menores congestiones de la mucosa, deberán administrarse al interior la quinina ó la antipirina, y localmente pulverizaciones ó toques astringentes, también con una solución de antipirina.

Por desgracia, suele suceder que en la laringe, como en las demás partes del cuerpo humano, es rebelde la neuralgia al tratamiento mejor instituido. Pero, esto no obstante, contamos con varios medicamentos que, al interior y *loco dolenti*, contribuyen á acallar el síntoma culminante dolor, aun cuando hagamos caso omiso de la causa productora.

Tales son, por ejemplo, el cloral, cloroformo, bromoformo, alcanfor,

(1) Loc. cit., pág. 470.

(2) "Wiener Med. Press.", 1873, pág. 1.052 y 1.107.

acónito, etc., etc., que en las fórmulas acostumbradas para uso interno, ó en inyecciones hipodérmicas, constituyen armas poderosas contra toda clase de neuralgias.

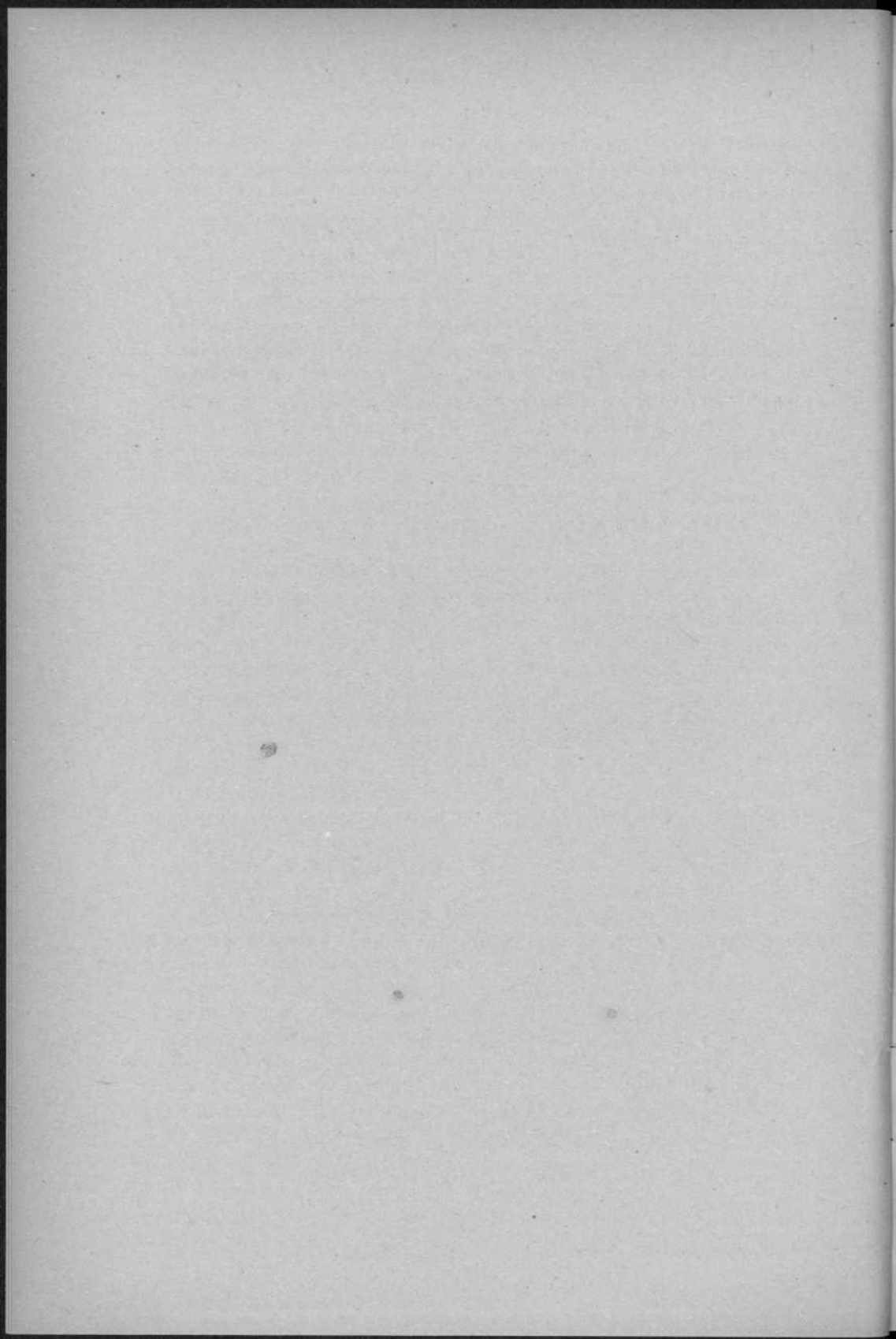
Una fórmula que acostumbra á producir buenos resultados es la siguiente:

Acido cianhídrico diluido.....	2 gramos.
Agua destilada.....	30 —

Mézclese.

Para pulverizaciones á la garganta, echando una cucharadita de las de tomar café al vaso del pulverizador, como dosis máxima por sesión.]

DR. C. COMPAIRED.



Parestesia.

Sumario. — Acompaña á menudo á los trastornos precedentes. — La historia es la causa principal. — Sintomas. Las sensaciones confirmadas son variables. — El dolor se calma durante la comida. — El curso de la afección es intermitente. Puede alternar con los demás trastornos de la sensibilidad. — El diagnóstico es sumamente fácil; el pronóstico benigno. — El tratamiento será general y local: revulsivos, calmantes, anestésicos.

ETIOLOGÍA. — La parestesia de la laringe, que acompaña generalmente á la hiperestesia ó á las neuralgias, parece tener como principal origen el histerismo.

Una causa eminentemente predisponente es también la hipocondría, sobre todo en los sifilóforos, que temen de una manera constante las manifestaciones de la garganta. Otro tanto puede decirse de los individuos que se entregan al onanismo, á quienes se les puede considerar como tisifobos.

Se la observa, según Lennox-Browne, al principio de la tuberculosis. Gottstein participa en absoluto de esta opinión, y dice que en su práctica particular vigila cuidadosamente por sospechosas á las personas que tan sólo se quejan de parestesia laríngea, pero que ostentan además una anemia pronunciada de la mucosa vocal.

Sobreviene asimismo esta afección después de la extracción de un cuerpo extraño, y en las personas que hacen un uso inmoderado de su voz.

En fin, se produce la parestesia, así como la hiperestesia de la mucosa laríngea, por consecuencia de una lesión nasal ó faríngea, teniendo entonces la variedad conocida con el nombre de reflejo de origen nasal, de la que nos ocuparemos más adelante al estudiar los espasmos de la glotis.

Terminaré esta etiología refiriendo que M. Paul Koch ha observado la parestesia en dos enfermos que tenían pequeños tumores, el uno de una cuerda vocal, y el otro del ventrículo de Morgagni.

SÍNTOMAS. — Tradúcese la parestesia por una sensación de cuerpo extraño. Cree tener el enfermo en su laringe un pelo, una espina ó un hueso, y expresa á veces la de constricción á toda ó parte de su garganta. Lo que distingue la parestesia de la neuralgia es que desaparece aquélla durante el acto de la deglución. Mientras el enfermo se alimenta, y á menudo, aun una ó dos horas después de su comida, desaparece aquel síntoma, para volver de nuevo con tanta ó más intensidad que antes.

Esta desaparición de la sensación dolorosa en el momento de comer constituye un excelente signo diferencial de los trastornos parestésicos; tanto, que insisto en considerarle, de una manera especial, cómo de gran valor diagnóstico.

Al examen laringoscópico no se comprueba ningún síntoma que nos haga pensar en una lesión grave. Esta misma ausencia de alteración de la mucosa nos debe ya hacer suponer el origen neuropático del dolor.

CURSO. — **DURACIÓN.** — Ya hemos dicho que estas tres formas de neurosis suelen combinarse con bastante frecuencia, y de todas ellas es la parestesia la que dura más tiempo. Su duración depende de la marcha de la enfermedad cuya es la manifestación.

DIAGNÓSTICO. — Se desprende de lo que acabamos de consignar. No puede confundirse la parestesia con los dolores causados por la presencia de un cuerpo extraño en la laringe, pues aparte de que el laringoscopio lo pondrá de manifiesto, la serie de trastornos funcionales provocados por la presencia de dicho estorbo en las vías aéreas disiparán las dudas que pudiera haber.

Deberemos investigar preferentemente las causas generales (tuberculosis, anemia, histerismo) y locales (afecciones crónicas de la base de la lengua y de la faringe); habremos de fijarnos mucho é insistir para que el enfermo repita y limite muchas veces el punto origen de su sensación, porque suele localizarlo muy mal; y como lo hace observar M. Paul Koch, no debemos pensar en la parestesia, más que después de un examen detenido y minucioso de toda la garganta, y hasta de las fosas nasales y cavidad retronasal.

El *pronóstico* ha de ser, naturalmente, variable según las causas productoras de la parestesia; mas de una manera general puede afirmarse que si esta perversión de la sensibilidad determina graves preocupaciones en ciertos enfermos que llegan hasta creer firmemente en la existencia de un cuerpo extraño en su garganta, es fácil lograr convencerles de su error y hacer desaparecer ó calmar durante algún tiempo su afección nerviosa.

TRATAMIENTO. — Al mismo tiempo que se dirigirá á combatir el estado general administrando los tónicos, un régimen hidroterápico, etcétera, deberemos instituir una terapéutica local.

Existe la costumbre de prescribir en estos casos el bromuro de potasio á dosis muy elevadas, cuando precisamente son suficientes muchas veces los remedios locales para vencer la enfermedad. Tan sólo deberemos hacer uso de las soluciones mono ó polibromuradas, en aquellos casos rebeldes á los medios ordinarios.

Los tópicos locales dan también buenos resultados, empleando al efecto, en toques ó embadurnamientos, la solución de Mandl, á la que se puede añadir algunos centigramos de clorhidrato de cocaína (observando la manipulación farmacéutica de hacer disolver previamente este medicamento en alcohol, á fin de evitar que precipite el iodo). Al efecto dispondremos:

Clorhidrato de cocaína disuelto en alcohol	0,15 á 0,20 gramos.
Iodo metaloidico	0,05 —
Ioduro de potasio	0,10 —
Láudano líquido de Sydenham	1 —
Glicerina pura	30 á 45 —

Mézclese y disuélvase.

Según los casos, se puede reemplazar la cocaína por la morfina. Schnitzler ha recomendado las aplicaciones de cloroformo y de morfina en forma de colutorios. Si fracasan estos medios, convendrá ensayar la siguiente mezcla de cocaína y de bromuro potásico disuelta en glicerina:

Clorhidrato de cocaína	0,25 gramos.
Láudano líquido de Sydenham	1 —
Bromuro potásico	3 —
Glicerina pura	30 —

Mézclese y disuélvase para embadurnar con un pincel el fondo de la garganta ó la entrada de la glotis.

Las cauterizaciones de un punto de la faringe con el ácido crómico cristalizado (procedimiento de Hering) ó con el galvanocauterio, han hecho desaparecer por completo en muchos casos la hiperestesia ó la parestesia.

En los enfermos francamente histéricos y rebeldes al tratamiento local, prescribimos, bien una solución polibromurada, ora una de sulfato de estriquina á la dosis de 4 á 6 miligramos por día, que, según los Dres. Bouchard y Ruault, tiene una acción más eficaz que el bromuro.

También pueden emplearse las electrizaciones generales, mediante la corriente de aire electrizado y el asiento de cristal.

En las formas neurálgicas, las inyecciones subcutáneas de una solución de agua de laurel-cerezo, de morfina y de cocaína, dan maravi-

llosos resultados cuando todos los demás recursos son infructuosos. Dicho procedimiento terapéutico es tanto más eficaz, cuanto más limitados se hallen los focos ó puntos hiperestésicos. Pero se debe tener cuidado con esta medicación de no emplearla sino recientemente preparada, á fin de evitar una intoxicación.

Pueden asimismo ensayarse los astringentes; pero por regla general no dan ningún resultado.

He de añadir, por último, que para curar ciertos enfermos, obstinados en creer que tienen un cuerpo extraño en su garganta, necesitaremos hacer el simulacro de extracción, mostrándoles el cuerpo del delito previamente preparado. La sugestión, muchas veces, es suficiente para curar ciertos neurópatas; por eso debemos utilizarla en dichos casos, pero sin dejar por eso de combinarla con la acción de los medios enumerados.

[La parestesia laríngea, conocida también con el nombre de *disestesia*, no es, en realidad, una neurosis de la laringe que se caracteriza por manifestaciones dolorosas, cual acontece en la neuralgia y aun en la hiperestesia, sino que única y exclusivamente se traduce por una verdadera *perversión sensorial*.

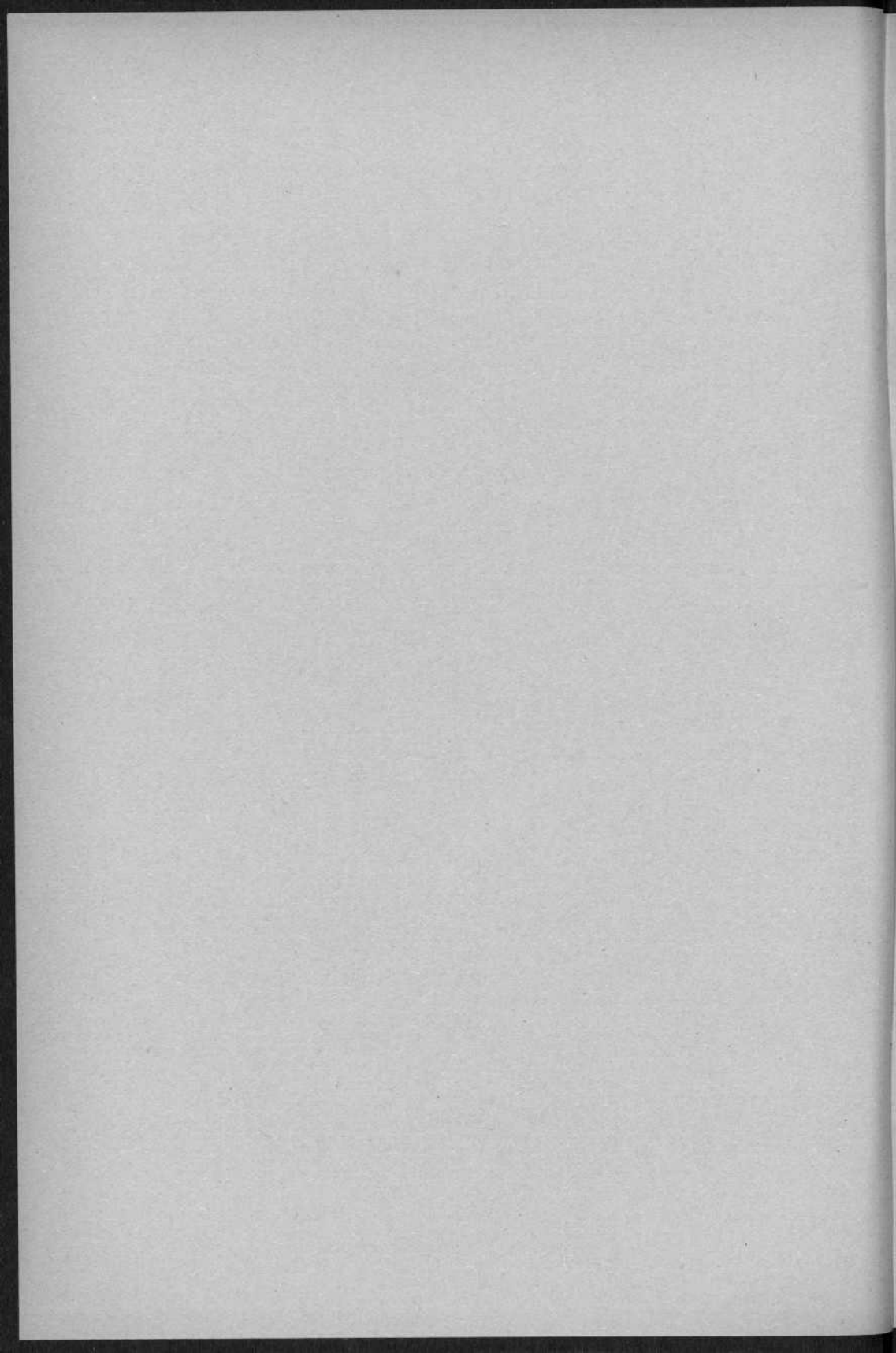
Acusan por regla general los enfermos en su laringe una sensación de quemadura, de cosquilleo incesante, de comezón y de prurito, y en casos excepcionales, cuando la perversión llega á su más alto grado, experimentan la ilusión de creer que tienen un cuerpo extraño fuertemente adherido (pelo, corteza de pan, etc.) que hay que extraer, y que por sí mismos se obstinan en expulsar mediante repetidos y fuertes esfuerzos de tos, ó intentando cogerlo con sus dedos, que introducen en su garganta.

Las histéricas, en primer término, con su *bola histérica*, expresión característica de aquella enfermedad; los hipocondríacos, preferentemente los sífilófobos y cancerófobos, y los que padecen obstrucciones completas congénitas de ambas fosas nasales, con desviación, engrosamiento y espolón en el tabique, etc., son los que proporcionan mayor contingente de disestesia laríngea.

En estos últimos casos constituye la disestesia una parestesia refleja, en la cual hay necesidad absoluta de indagar la causa originaria y que la sostiene para combatirla, no sólo en las fosas nasales y cavidad nasofaríngea, sino en el esófago, tráquea, trayecto del pneumogástrico y de los laríngeos, etc., pues, como dice el autor, el examen laringoscópico es casi siempre negativo, y no porque no encontremos ninguna lesión en la laringe estamos autorizados para considerar aquel enfermo como puramente de imaginación. En efecto: Schadewaldt ha demostrado cuán vaga y á menudo inexacta es la localización de las sensaciones

producidas por la irritación de un punto cualquiera de nuestros órganos cervicales, hasta el punto, dice, que puede un enfermo sentir en su laringe un dolor, que emana real y positivamente de una lesión traqueal ó esofágica.

En lo concerniente al tratamiento, he de consignar: 1.º, la tenacidad y exagerada tendencia á recidivar la enfermedad que estudiamos, y 2.º, que el tratamiento local, único, aislado, será siempre ó casi siempre infructuoso, si no lo combinamos con el general apropiado á la enfermedad determinante y sostenedora de la disestesia, ó no destruimos los afectos locales que, reflejamente, la producen también.]—
DR. C. COMPAIRD.



B. — Trastornos de la motilidad.

1.º — Parálisis de los músculos de la laringe.

División del asunto: Algunas palabras sobre fisiología de los músculos de la laringe. — Parálisis de origen central y de causa periférica. — Parálisis de un grupo muscular ó de un solo músculo.

FISIOLOGÍA. — Antes de comenzar el estudio de las parálisis musculares del órgano vocal, creo absolutamente indicado recordar, en pocas palabras, la anatomía y la fisiología de estos músculos.

Podemos dividirlos en dos grupos principales:

- 1.º Músculos constrictores; y
- 2.º Músculos dilatadores.

Cabría añadir un tercer grupo, que se designa con el nombre de músculos tensores, mas considero superflua esta división, porque, hasta cierto punto, se confunden los tensores con los constrictores.

Estos últimos comprenden todos los músculos de la laringe, á excepción de los crico-aritenoideos posteriores. No he de ocuparme en el estudio de las inserciones musculares, que no interesa en estas lecciones.

Reciben su inervación estos músculos: 1.º, del laringeo superior que da dos ramas, sensitiva la interna y motriz la externa, y que inervan el crico-tiroideo, y 2.º, de los laringeos inferiores, en número de dos, situados uno á cada lado, que forman los recurrentes derecho é izquierdo.

El recurrente derecho toma su origen en el pneumogástrico y contornea por debajo la subelavía; el izquierdo desciende más, para pasar bajo la aorta, y de esta disposición anatómica nacen las diferencias que suelen observarse en la lesión del uno ó del otro de dichos nervios, diferencias sobre las cuales tendremos ocasión de fijarnos en el curso de este estudio.

Un tercer nervio, el accesorio del espinal, contribuye asimismo á la inervación de la laringe. Se le considera como un ramo fonatriz, toda vez que su sección ó avulsión á su salida de la base del cráneo es seguida de afonía.

División. — Por lo que antecede, comprenderse ya que las parálisis de la laringe pueden ser la consecuencia de lesiones que interesen :

- 1.º Ya el mismo tronco nervioso.
- 2.º Ora el accesorio del espinal.

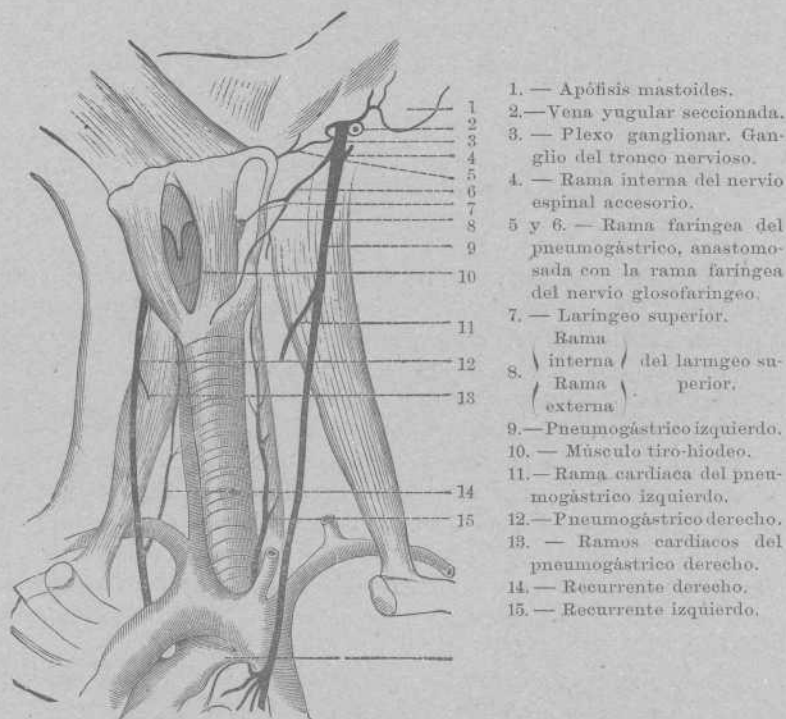


FIG. 18. — Ramas laringeas del nervio pneumogástrico (de Ziemssen, según Henle).

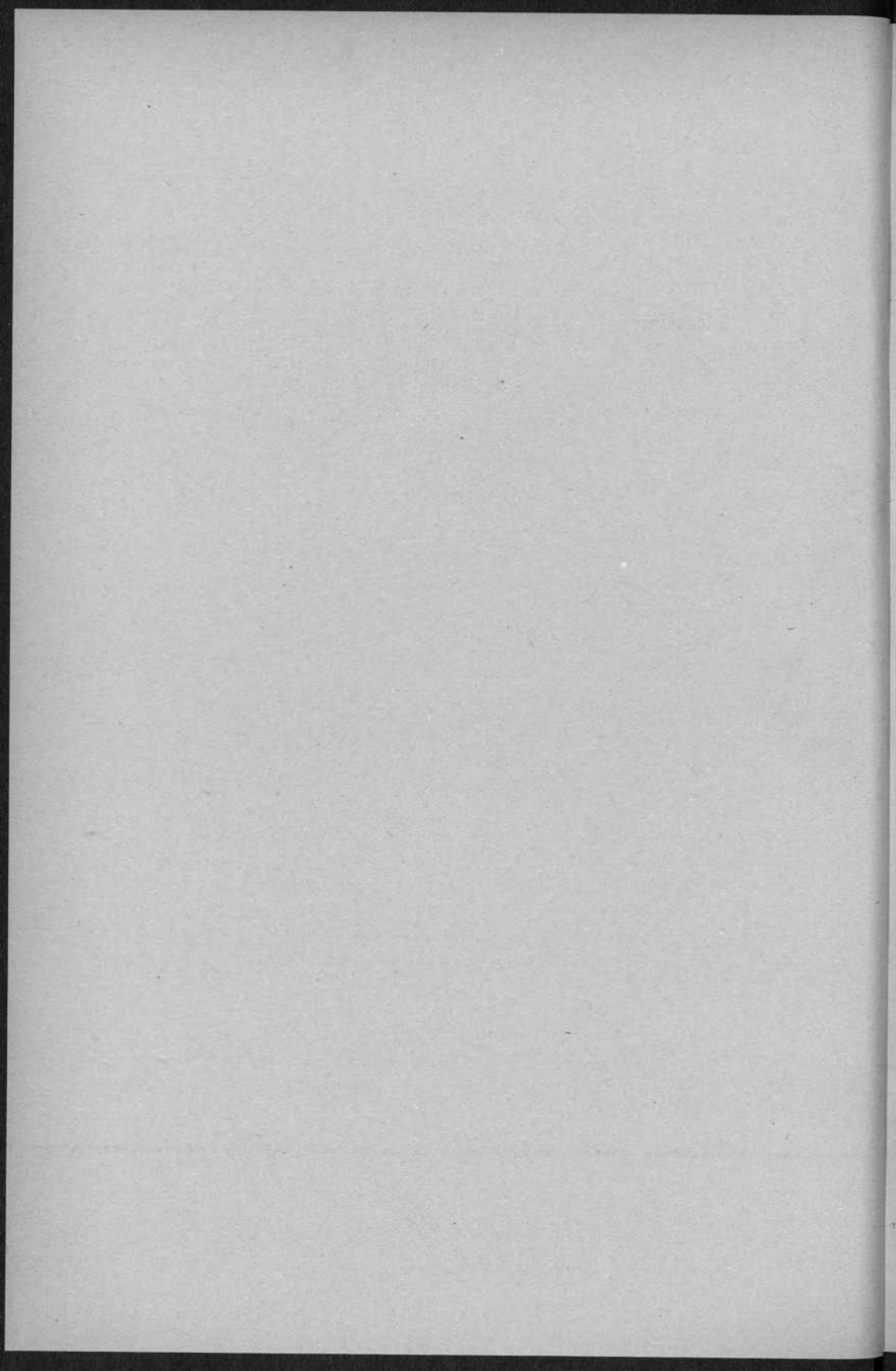
3.º Ó bien las ramas del nervio pneumogástrico (*a*, laringeo superior; *b*, laringeo inferior).

Entre las causas capaces de producir parálisis laringeas, é independientemente de estas cuatro grandes divisiones, nos ocuparemos todavía de las afecciones centrales (enfermedades del cerebro y de la médula oblongada). Finalmente, según que se encuentre afectado un

músculo solo, ó, por el contrario, esté atacado todo un grupo por la lesión, distinguiremos parálisis aisladas, ó aquellas que atacan todo un grupo muscular.

Adoptaremos, pues, en el estudio de las parálisis, la siguiente clasificación:

- 1.º Parálisis de origen central.
- 2.º Parálisis dependientes de una lesión de los ramos nerviosos (pneumogástricos, laríngeos superiores é inferiores).
- 3.º Parálisis que ocupan un grupo muscular ó un solo músculo.
- 4.º Los espasmos musculares terminarán, por último, esta serie de lecciones sobre los desórdenes neuro-musculares.



I. — Parálisis laríngeas de origen central.

Sumario.— Las lesiones centrales causas de las parálisis son numerosas.—Centro cortical de la laringe. — Los síntomas generales dominan de ordinario la escena; los trastornos de la motilidad son variables, poco conocidos todavía y mal clasificados. — Anatomía patológica de algunos casos. — El diagnóstico y el pronóstico son los de la afección central. — Del tratamiento nos ocuparemos más tarde.

Estudiaremos desde luego las parálisis asociadas á las afecciones centrales que interesan los puntos de donde emanan los ramos nerviosos que se distribuyen por la laringe.

ETIOLOGÍA. — Las lesiones centrales capaces de determinar parálisis por parte del órgano vocal son excesivamente numerosas, siendo suficiente enumerarlas, para dar una idea de su multiplicidad, y son: la esclerosis difusa, las parálisis bulbares progresivas (Hallopeau, tesis de agregación, 1875); la ataxia, que ocasiona principalmente los espasmos de la laringe; la sífilis en el período terciario (gomas cerebrales) y las hemorragias del cerebro que, según su sitio, producirán parálisis unilaterales.

Á este importante grupo de afecciones, el Dr. Morell-Mackenzie agrega también las intoxicaciones que, á su juicio, pueden ocasionar asimismo parálisis laríngeas, apoyándose, para mantener esta opinión, en un caso encontrado por él, al que podemos agregar el temblor de las cuerdas, hecho constar por el Dr. Krause, en un enfermo afectado de intoxicación saturnina.

Sábese que, desde estos últimos años, hase discutido mucho la cuestión del centro cortical de la laringe, y que los Dres. Duret, H. Krause, Seguin, Bryson Delavan, Lannois, Cartaz, Rébillard, Garel, Masini, y más recientemente los Dres. F. Semon y V. Horsley, se han ocupado por modo singular en esta interesante materia; nadie ignora que el problema está muy distante de ser resuelto, puesto que, para los más, sería la tercera circunvolución frontal derecha en los de-

rechos ó que se sirven de su mano derecha (Seguin), la que domina en la fonación y en la articulación, mientras existen hechos de afasia con lesión de la tercera frontal izquierda, en las que se ha notado aфонía. Sea como quiera, paréceme inútil añadir que la alteración del centro fonador, cualquiera que sea su sitio, se traducirá por un desorden muscular, apreciable por medio del laringoscopio.

SÍNTOMAS. — Los síntomas de estas parálisis son por sí mismos poco característicos, siendo más bien los síntomas de la afección general, mejor que los de la manifestación laringea propiamente dicha, los que dominan la escena.

Los desórdenes paralíticos de la laringe varían con la extensión de la lesión bulbar. Ora la parálisis es completa, ora es, por el contrario, unilateral. También se comprenderá fácilmente que insista más sobre el aspecto del órgano vocal en estos diferentes casos, porque podrá variar con el grupo muscular ó el músculo atacado por la lesión primitiva. Por lo demás, es preciso señalar que, siendo la afección laringea secundaria por punto general, practicase rara vez el examen del órgano vocal, y por más que Gibb considere las parálisis unilaterales como bastante frecuentes en los hemipléjicos por apoplejía reciente, precisa hacer constar que la experiencia no parece confirmar esta opinión. El mismo Ziemssen dice no haber visto más que un solo caso, y el Dr. Luys, en 1875, ha referido un ejemplar muy claro, en el cual, sin embargo, no se practicó el examen laringoscópico. Sábese igualmente que los afásicos afónicos no son mucho más comunes, y que los exámenes de la laringe en estos casos son muy poco numerosos todavía.

Con el Dr. Lannois, admitiremos que es particularmente en la parálisis labio-gloso-laringea en la que se observan desórdenes vocales, cuya naturaleza nos la podrá hacer fijar el laringoscopio. En un caso de este género encontró el Dr. Cartaz en un enfermo de Charcot un defecto de adducción de las cuerdas vocales que explica la aфонía, pero se comprende que la misma exposición de algunos casos no es suficiente todavía para establecer las lesiones correspondientes á tal ó cual alteración central.

Si el accesorio del espinal es el único interesado, el síntoma predominante será la ronquera; pero la lesión aislada de este nervio es muy rara, y los casos de Türk, Seeligmüller y Morell-Mackenzie no son lo bastante característicos para que pueda positivamente afirmarse que los pneumogástricos no estaban igualmente atacados.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Desde el punto de vista anatómo-patológico, las lesiones son variables en absoluto, según la causa de la

parálisis, ya sea ésta consecutiva á una esclerosis, á un goma ó á un foco hemorrágico. En el caso único en que se practicó la autopsia y en que la dolencia era de naturaleza sifilítica, el Dr. Morell-Mackenzie hizo constar que la superficie de la médula oblongada era blanda y cremosa.

En una observación de Penzoldt, los cuerpos olivares estaban mal limitados, y las pirámides anteriores tenían un aspecto gris y como gelatinoso.

Cruveilhier había encontrado la degeneración gris de los cordones posteriores, como también de los cuerpos restiformes. Se ha hecho constar asimismo un adelgazamiento considerable en los orígenes de los nervios pneumogástrico, espinal y recurrente; la atrofia y degeneración de los músculos posteriores, un foco pequeño de reblandecimiento en el cuerpo restiforme izquierdo, y la degeneración gris de los cordones posteriores. En el caso de Luys encontré en la protuberancia de cada lado de la línea media dos pequeños focos areolares, que contenían un líquido seroso, con la degeneración secundaria de los recurrentes y de los músculos de la laringe. Seguin, por el contrario, notó, en la superficie de la tercera frontal derecha, una placa amarillenta, elástica al tacto, que no atacaba más que á la sustancia gris; por lo demás, sobre esta autopsia se apoya para admitir la existencia de un centro cortical de la laringe á este nivel.

DIAGNÓSTICO. — Despréndese del examen del sujeto. La manera cómo se ha establecido la parálisis; el ictus que algunas veces la precede; el curso de la enfermedad y los antecedentes morbosos, serán otros tantos elementos que habrán de tenerse en cuenta para llegar á un diagnóstico preciso de la causa primera de la lesión laríngea.

Si la parálisis está aislada, se deberá proceder á un examen serio de la lengua, de los labios, del velo del paladar y de la úvula, y si estos últimos órganos se encuentran atacados, será permitido pensar en una parálisis progresiva.

Se comprenderá que no puede hacerse en este lugar el diagnóstico diferencial de las diversas lesiones centrales que son susceptibles de interesar á la laringe, en sus manifestaciones morbosas, porque esto sería salirnos del cuadro que nos hemos trazado de antemano. Me limitaré únicamente á añadir que no seamos demasiado meticulosos en la exploración de las diferentes regiones, tanto desde el punto de vista del movimiento, como de la sensibilidad y hasta de los reflejos.

CURSO. — PRONÓSTICO. — El pronóstico será el de la afección bajo cuya dependencia se encuentre la parálisis, sucediendo lo mismo con la marcha, que en unos casos será progresiva, y en otros se mantendrá

estacionaria. También se observa en algunos enfermos, ver reaparecer, en parte, el movimiento en la cuerda paralizada, como lo ha observado el Dr. Bryson-Delavan en un hombre de sesenta años, atacado de desórdenes vocales á consecuencia de una hemorragia cerebral. Sin embargo, también en los casos favorables se torna la voz muy raramente normal, quedando siempre su timbre más ó menos alterado. Otras veces, bien que la lesión central progrese, podrá verse producir, después de cierto tiempo, una verdadera detención laríngea, luego que la irritación del centro motor ocasiona en los comienzos un espasmo muscular que hace lugar ulteriormente á una parálisis completa, de donde emana la mayoría de los desórdenes respiratorios del principio.

TRATAMIENTO. — Cuanto al tratamiento, irá á la par con el de la lesión dominante. Insistiremos más tarde sobre los medios locales que habrán de emplearse en las parálisis de la laringe.

II. — Parálisis laríngeas por enfermedad ó lesión del nervio pneumogástrico.

Sumario. — Algunas palabras sobre la etiología que se basa en el trayecto del nervio; los síntomas laríngeos son los de las lesiones de los recurrentes.

ETIOLOGÍA. — Si se considera bien la longitud del trayecto que debe recorrer el pneumogástrico desde su salida de la cavidad craneana hasta el punto en que emerge al interior de la cavidad torácica el nervio laríngeo inferior, y si, por otra parte, notamos la situación particular que ocupa, nos será fácil comprender que se encuentra sometido á frecuentes causas de alteración.

Hasta aquí no se han hecho constar jamás lesiones del ganglio del tronco del nervio pneumogástrico, cuya consecuencia sería la parálisis completa de los dos nervios laríngeos. Sin embargo, en un caso de parálisis post-diftérica referido por Schech, la degeneración grasosa había atacado algunas fibras de los dos pneumogástricos, así como los ramos recurrentes.

El pneumogástrico puede estar interesado por lesiones de vecindad en diversas afecciones que atacan los grandes vasos (á la derecha, la arteria subclavia; á la izquierda, la aorta), el esófago, la tráquea, la glándula tiroidea y los ganglios linfáticos; así que los aneurismas, las degeneraciones malignas, las hipertrofias ganglionares, etc., ejercen influencia sobre el nervio vago.

El tejido del nervio puede ser lesionado todavía por una espada ó por un cuchillo, por balas de revólver, por sección ó luxación, por ligaduras, así como durante las operaciones (Billroth), puede ser lacerado, completamente cortado ó estar comprimido en una ligadura de la carótida.

SÍNTOMAS. — Los síntomas que acompañan á las lesiones del pneumogástrico son de dos órdenes: 1.º, trastornos cardíacos que se regula-

rizan más ó menos rápidamente; 2.º, trastornos vocales (afonía ó ronquera) que atraen la atención del observador, trastornos que varían en intensidad, según la lesión se fije en uno ó bien sobre los dos nervios, y según también se interesen en totalidad ó en parte.

Al examen laringoscópico, estos desórdenes no difieren en nada de los observados en los casos de lesiones de los recurrentes; así que no insistiremos más, reservándonos el volver sobre esta materia más tarde.

III. — Parálisis ocasionadas por la alteración del laringeo superior.

Sumario. — Función del laringeo superior. — Etiología de su parálisis. — Síntomas: la voz se altera; diftonía; lesiones vocales. — Trastornos de la sensibilidad: sus consecuencias. — Aspecto de la laringe. — Anatomía patológica. — El pronóstico puede ser grave. — Tratamiento de los síntomas: el de la parálisis se estudiará ulteriormente.

El nervio laringeo superior es, al mismo tiempo, un nervio sensitivo por su rama interna, y un nervio motor por su rama externa. Por más que Türk haya señalado un caso de atrofia del crico-tiroideo sin lesión concomitante del nervio laringeo superior, los experimentos que tienden a probar su acción son muy suficientes para que consideremos como una excepción el hecho de Türk, y, por consiguiente, mirar este nervio como el que preside el movimiento del crico-tiroideo y la sensibilidad de la mucosa laringea.

ETIOLOGÍA. — Si hemos de creer a Morell-Mackenzie, la parálisis del laringeo superior no se encontrará más que en la difteria; pero me apresuro a manifestar que no participo de esta opinión, porque me ha sucedido bastante frecuentemente observarlo en individuos que jamás habían sufrido ataques de semejante afección, y que, por consiguiente, no presentaban ninguno de estos síntomas. En efecto: es relativamente frecuente verla producirse en la laringitis catarral aguda, así como en las inflamaciones directas ó de vecindad, y podemos también colocar á la histeria entre las causas determinantes. Se comprende que un tumor ó toda lesión que interese el filete nervioso en el momento de su entrada en la laringe, será susceptible de ocasionar su parálisis. Por lo demás, el autor británico dice haber observado un caso cuya producción debía atribuirse á la hipertrofia de las glándulas y á la inflamación del tejido areolar situado más abajo del ángulo de la mandíbula.

SÍNTOMAS. — Teniendo en cuenta las diferentes funciones del nervio, se viene en conocimiento de que los síntomas de la parálisis del nervio laríngeo superior son de dos órdenes, observándose, en efecto, 1.º, desórdenes anestésicos; 2.º, desórdenes parestésicos. Los primeros se revelan por medio de un examen muy atento, tocando directamente las partes interesadas de la mucosa laríngea. El contacto del algodón en rama ó del estilete laríngeo con la región glótica, no determina en estos casos más que pocos ó ningún reflejo, pudiéndose igualmente, en algunos enfermos, maniobrar en la laringe como se hace después de la cocainización del órgano. Esta anestesia va, por punto general, acompañada de un desorden análogo por parte de la faringe y también de la parte posterior de la garganta. Con mucha frecuencia, los enfermos se quejan de experimentar la sensación de un cuerpo extraño en esta última parte, ó de las diversas manifestaciones parestésicas de que ya hemos tenido ocasión de hablar.

Morell-Mackenzie dice haber encontrado igualmente trastornos de



FIG. 19.

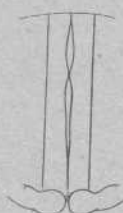


FIG. 20.

Aspecto esquemático de las cuerdas vocales vistas durante la fonación en los casos de parálisis de los crico-tiroideos. La figura 20 representa las cintas en los casos de doble glotis que produce la diftonía.

la deglución, explicando la penetración del bolo alimenticio en las vías aéreas, por la parálisis de los músculos depresores de la epiglotis, siendo conocidas las razones en virtud de las cuales yo no puedo asentir á esta teoría, y acerca de la cual juzgo inútil hablar de nuevo: toda vez que creo muy sencillamente que, en estos casos, la introducción del cuerpo extraño es debida á la anestesia misma de la mucosa vocal.

Además de los trastornos sensitivos, los enfermos tienen ronca ó velada la voz. Según que los crico tiroideos sean ó no los únicos atacados, la voz es baja, algunos sonidos no se emiten, y durante la inspiración, estando flojas las cuerdas vocales, podrá oírse un verdadero ruido de válvula, que, sin embargo, está lejos de ser característico y constante.

Si se hace el examen laringoscópico, encuéntrase una mucosa

normal en todas sus partes; y si el enfermo emite un sonido, veremos entonces las cuerdas vocales que, en lugar de aparecer tensas y nacaradas como en el estado fisiológico, están, por el contrario, blandas, flojas y sucias, formando una línea ondulosa, que caracteriza la parálisis de los músculos crico-tiroideos. En la inspiración fuerte forman las cuerdas vocales nudos de vibraciones y circunscriben un triángulo isósceles de bordes sinuosos. Mas, sobre todo, durante los esfuerzos de fonación, se podrá percibir la falta de paralelismo y, por consecuencia, de la exacta adaptación de los dos repliegues tiro-aritenoideos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones que se observan son siempre las de las parálisis nerviosas. En la autopsia se encuentran músculos degenerados, filetes nerviosos atrofiados y todas las alteraciones habituales en estos casos.

El curso de estas parálisis se halla subordinado en absoluto á la causa que las ha producido; es decir, que será variable en absoluto, según se trate de una afección central, de la sífilis, de una parálisis à frigore, ó de origen histérico.

El diagnóstico se desprende naturalmente de todo lo que acabamos de decir. Pensaremos al momento en una parálisis del laringeo superior, cuando se encuentra en presencia de una anestesia laríngea comprobada por medio de la sonda, y cuando el examen laringoscópico revela el aspecto onduloso y flácido de las cuerdas vocales, aspecto sobre el que creo haber insistido suficientemente.

PRONÓSTICO. — Estas parálisis son poco graves por sí mismas y no comprometen gran cosa la existencia del enfermo. No se observan en ellas más que desórdenes fonéticos; pero adquieren, sin embargo, una considerable importancia en las personas que usan de su voz como medio profesional y para asegurar su subsistencia.

Además, como existen por punto general, no sólo trastornos paralíticos, sino también anestesia de la mucosa, se agrava el pronóstico por este nuevo hecho, puesto que los alimentos pueden penetrar en las vías aéreas y determinar una muerte inmediata, ó bien producir una neumonía mortal. Precisamente los trastornos de este género consecutivos á la difteria, son los que necesitan una alimentación por medio de la sonda esofágica, hasta la completa desaparición del trastorno morbozo.

TRATAMIENTO. — Nuestro primer cuidado será, en los casos graves acudir á los accidentes inmediatos y, á este efecto, si hay necesidad, instituir una alimentación con la sonda esofágica. Practicar en seguida la electrización del órgano mediante corrientes galvánicas ó farádicas.

Administrar interiormente los tónicos. La estriknina en píldoras, ó mejor en inyecciones subcutáneas, ha dado resultados excelentes á Ziemssen y á Lennox-Browne. Por lo demás, tendremos ocasión de tratar con mayor amplitud esta cuestión de la terapéutica de las parálisis laríngeas, cuando nos ocupemos del *Tratamiento de las parálisis laríngeas*.

IV.—Parálisis de los nervios laríngeos inferiores (recurrentes).

Sumario. — Parálisis de los nervios laríngeos inferiores. — Estas son las más frecuentes. — La compresión es la causa ordinaria. — Causas generales: neurosis, neuritis primitiva; la causa es á veces difícil de encontrar. Síntomas: la parálisis es completa, la voz y la respiración se modifican; aspecto de la laringe. — Es atacado un lado solo; altérase poco la voz; sustitución vocal por el lado sano. La parálisis no es completa, un solo grupo de músculos está atacado; constrictores de ambos lados; de uno solo; aspecto de la laringe. — Síntomas funcionales. Se paralizan los dilatadores. — Rareza relativa de esta lesión bilateral; la voz puede ser normal; los desórdenes respiratorios son importantes; examen de la laringe. — La parálisis es unilateral, los trastornos funcionales muy poco marcados; aspecto del órgano. — Anatomía patológica.

¿Tienen en realidad los músculos abductores una tendencia marcada á ser los primeros atacados? — Discusión de diversas teorías. — Parálisis y contractura. — Curso y duración. — El diagnóstico es generalmente fácil; utilidad de distinguir la parálisis de la contractura. — El pronóstico varía según que la lesión es uni ó bilateral.

Las parálisis de los nervios laríngeos inferiores son, de todas las del órgano vocal, las más frecuentes y también las más importantes. Pueden ser uni ó bilaterales, pero las primeras son, sin duda alguna, las que más á menudo se observan.

ETIOLOGÍA. — Las parálisis de los laríngeos inferiores reconocen, hablando con propiedad, tres órdenes de causas, pudiendo ser: 1.º, de origen central; 2.º, periféricas; 3.º, miopáticas; pero como estas últimas no han recibido hasta aquí explicaciones suficientes, es posible confundirlas en una misma descripción con las parálisis periféricas.

Los agentes de compresión estarán colocados al uno ó al otro lado de la línea media; de donde emana la posible compresión de uno de los recurrentes, según el sitio de la lesión que lo altera. Sin embargo, debo añadir que el nervio del lado izquierdo es, merced á su situación anatómica, el más frecuentemente comprimido, observándose lesiones de este último en los casos de aneurismas de la aorta, y muy á me-

nudo también hacen descubrir el aneurisma el examen del órgano vocal y la existencia de la lesión laríngea. En el lado derecho, las dilataciones de la subclavia son las que más generalmente comprimen el laríngeo inferior; siendo preciso también agregar las induraciones pleuríticas y del vértice del pulmón, cualquiera que sea, por otra parte, su naturaleza.

Respecto á las demás causas susceptibles de ocasionar la compresión del uno ó del otro recurrente, son: los tumores del esófago, los del cuerpo tiroides, los bocios, los ganglios del cuello ó de los bronquios hipertrofiados, etc., pues nadie ignora, en efecto, que á lo largo de la tráquea existe una verdadera pléyade ganglionar sobre la que han llamado particularmente la atención los Dres. Baréty, Gougouenheim y Leval-Piquechef. La hipertrofia de estas glándulas linfáticas basta muy bien, como se comprende con facilidad, para producir compresiones de los recurrentes, así como las alteraciones del movimiento que de ellos resultan. La etiología no es fácil de establecer en estos casos, dada la dificultad que se experimenta de reconocer, durante la vida, la existencia de estas hipertrofias ganglionares.

He aquí una causa frecuente de la lesión que nos ocupa, y el motivo que me hace insistir más sobre esta disposición patológica. Así se explican, en mi sentir, muchas de las toses apellidadas nerviosas de la primera infancia y ciertas parálisis ó contracturas laríngeas del segundo período de la sífilis.

Las neumonías del lado derecho, y los derrames del pericardio, deben asimismo tenerse en cuenta en la etiología de estas alteraciones nerviosas. Á este propósito, Baumler ha referido un caso de derrame pericárdico que provocó una parálisis de los dos recurrentes.

Debo señalar igualmente un hecho de parálisis izquierda, sobrevenida en el curso de un derrame pleurítico carcinomatoso del mismo lado. En este caso, que fué seguido de autopsia, encontró Unverricht el nervio comprimido por una nudosidad cancerosa, situada en una especie de arco que vino á formar alrededor de la aorta. Al efecto, se cree el autor germano autorizado para formular el precepto siguiente:

« Cuando se vea una parálisis de la cuerda vocal acompañar á un derrame pleurítico, y haya sospechas—cualquiera que sea el motivo—para pensar en un carcinoma, podremos diagnosticar con bastante certidumbre la naturaleza cancerosa del derrame, teniendo sólo en cuenta aquellas circunstancias.»

Todavía refieren Johnson, Baumler, y otros, casos de parálisis de los dos recurrentes á consecuencia de la presión ejercida sobre un solo pneumogástrico. Johnson, que los ha colocado en el número de los trastornos reflejos, da la siguiente explicación:

« Comprimidas las fibras sensitivas del pneumogástrico, transmi-

ten la excitación á los ganglios del accesorio, y como las fibras de estos ganglios se cruzan, resulta la parálisis muscular bilateral.»

Gottstein admite asimismo que la continua excitación del pneumogástrico concluye á la larga por producir alteraciones centrales que ganan los dos accesorios.

Constituyen otras causas indirectas, la sífilis en el período secundario y la histeria; en ésta, la pérdida del movimiento laríngeo es el único síntoma.

Concluiré con esta etiología, ya un poco larga, señalando la posibilidad de ciertas neuritis primitivas de uno ó de ambos recurrentes. Admitidas por el profesor Massei, de Nápoles, que acaba de llamar recientemente la atención sobre este importante punto, reconocen estas neuritis causas absolutamente variables, pues unas veces son debidas á un enfriamiento, y otras resultan de una infección general. El doctor Massei ha citado el caso de una muchacha atacada de neuritis, después de una fiebre tifoidea, en la que se encontraron las mismas lesiones que en los tuberculosos. En estos últimos, no sólo puede estar influenciado el mismo tronco nervioso, sino que los filetes periféricos son también susceptibles de ser atacados. Trátase en estos casos de verdaderas neuritis periféricas, según han descrito y observado los doctores Pitres y Vaillard en el curso de tan terrible diátesis.

El sexo no tiene influencia alguna respecto á la frecuencia de la lesión, la cual está á veces asociada á un estado anémico ó reumático.

Por último, no debemos olvidar que, en ciertos casos, la causa nos es desconocida, y que no se puede llegar á determinarla á pesar de las investigaciones más minuciosas, de cuya verdad pueden encontrarse ejemplos en un trabajo publicado, muchos años há, por uno de mis antiguos jefes de clínica, el Dr. Ducau.

SÍNTOMAS. — Los síntomas de la parálisis de los recurrentes, son de dos órdenes: 1.º, síntomas funcionales, y 2.º, síntomas locales. Varían según la extensión de la lesión, su sitio, y según que la parálisis sea uní ó bilateral, que sea parcial, ó ataque uno ó muchos grupos musculares.

Si es doble y total, es decir, si todos los músculos de la laringe, así los aductores como los abductores, están interesados, se comprobará la alteración de la voz, que será baja, grave, y á veces completamente extinguida.

La tos es igualmente afónica, velada ó ronca, pudiendo también suceder que se halle el enfermo en absoluta imposibilidad de toser y de esputar, á causa de no ofrecer ningún punto de apoyo para el cumplimiento de estos actos las considerables dimensiones de la glotis.

La respiración es bastante fácil; mas los esfuerzos son imposibles

por las razones que acabamos de señalar. En las tentativas de expiración forzada, prodúcese lo que Ziemssen ha llamado « profusión fonatoria del aire », es decir, que se precipita fuera de la boca del enfermo una fuerte corriente de aire. No se puede decir que existe dispnea, pero se comprueba frecuentemente una especie de inspiración forzada, estridulosa, debida á que las diversas porciones de la glotis que están en relajación entran en vibración bajo la acción de la corriente de aire, siendo atraídas hacia abajo por el paso del que penetra en los bronquios.

Mediante el examen laringoscópico, comprobaremos las cuerdas

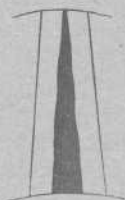


FIG. 21. — Aspecto esquemático de las cuerdas vocales en posición cadavérica, vistas durante un esfuerzo de fonación.

vocales en posición cadavérica, es decir, en una situación intermedia á la fonación y á la inspiración profunda, de tal modo, que se ven de un aspecto sucio, casi pardusco, y dejan entre sí un espacio elipsoideo, cuyos bordes parecen poco claros por falta de tensión. Si se invita al enfermo á que haga una inspiración profunda, se ve el borde libre de las cintas vocales deprimirse hacia abajo, formando entonces una especie de plano inclinado, cuya parte más declive se encuentra en el borde libre de la cuerda. Ambos aritenoides quedan inmóviles, tanto durante los movimientos respiratorios, cuanto en los ensayos de fonación.

Si existe una parálisis de todos los músculos de un solo lado de la laringe, queda la cuerda atacada completamente inmóvil en relación con su congénere, observándose en este caso una nueva alteración de la voz, es á saber, que se vuelve bitonal.

Cuando el enfermo trata de elevar la voz ó forzarla, ésta toma en seguida el timbre de falsete, y entonces las oscilaciones de la cuerda sana tienen un número desigual de vibraciones.

La respiración es absolutamente fácil, y la tos no existe de ordinario, siendo, por lo común, normal, y á veces un poco ronca.

El examen laringoscópico pondrá de manifiesto, en estos casos, una cuerda vocal con el aspecto que acabo de describir, y que adopta lo que acabamos de llamar posición cadavérica, esto es, que estará in-

móvil por completo, mientras su congénere tenderá á aproximarse y hasta á traspasar la línea media para establecer una compensación cuyo fenómeno nos hará comprobar cierta oblicuidad de la glotis, debida á la sustitución funcional del lado sano. Es que, en efecto, los adductores y los tensores, especialmente el erico aritenoideo lateral, ejercen una acción tan enérgica sobre el cartilago aritenoides, que la apófisis vocal traspasa la línea media y se pone casi en contacto con la del lado opuesto. Con bastante frecuencia podrá notarse que la cuerda paralizada presenta en su borde libre una pequeña concavidad, que deja en el momento de la fonación un ligero espacio hueco; pero si la sustitución es suficientemente enérgica, puede todavía hacerse posible la voz.

Si la compresión de uno ó de ambos recurrentes no es bastante considerable ó bastante antigua para aniquilar por completo las funciones de estos nervios, obsérvanse entonces diversos desórdenes musculares, sobre los que debo llamar la atención de una manera particular. En estos casos, las lesiones no recaen, en opinión de ciertos autores, más que sobre un grupo muscular: dilatadores ó constrictores. Antes de pasar á discutir estas diversas teorías, expondré los síntomas que caracterizan cada una de estas dos especies de trastornos musculares.

A. — Parálisis de los constrictores.

Según el papel que se atribuye á este importante grupo de músculos de la laringe, podrán deducirse inmediatamente los desórdenes que se desprenden de su parálisis. Durante el esfuerzo, las cuerdas quedan

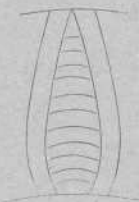


FIG. 22. — Aspecto esquemático de las cuerdas vocales durante el ensayo de fonación en la parálisis bilateral de los constrictores (adductores).

completamente alejadas las unas de las otras, dando al orificio de la glotis la apariencia de un triángulo isósceles de base posterior (aritenoides), cuyos bordes laterales se encuentran ligeramente encorvados hacia dentro, y, por consiguiente, los dos ángulos posteriores serán redondeados, conservando únicamente al interior su forma angular. Los bordes estarán un poco rectilíneos durante la respiración habitual,

encontrándose siempre los aritenoides en su máximo de alejamiento posible.

Debo agregar que si la *parálisis es unilateral*, el orificio de la glotis estará absolutamente desviado, quedando inmóvil una de las cuerdas y alejada de la línea media, en tanto que la otra, por el contrario, vendrá á unirse á su congénere durante los esfuerzos de la fonación. Precisamente de este esfuerzo resulta el aspecto asimétrico de la laringe, mucho menos apreciable durante la respiración y, en especial, en el momento de la inspiración un poco fuerte. En algunos casos se ve con toda claridad que el músculo ari-aritenoideo se contrae á medias, haciendo simplemente un pequeño movimiento de báscula el aritenoides

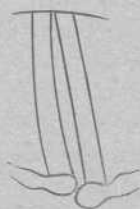


FIG. 23. — Aspecto esquemático de las cuerdas durante la fonación; la izquierda queda alejada de la línea media.



FIG. 24. — La cuerda derecha sana, fuertemente contraída, traspasa la línea media, compensando en parte la inacción de su congénere.

del lado paralizado, de tal modo, que este cartilago se encuentra, durante la fonación, como llevado un poco hacia dentro.

Terminaré diciendo que si la parálisis de este grupo muscular es bilateral, el enfermo está completamente afónico; la tos produce únicamente un soplo traqueal, desprovisto de sonoridad, siendo la respiración normal y fácil. Si la lesión es unilateral, la voz y la tos están siempre notablemente alteradas en su timbre, á pesar de la compensación de la cuerda sana, compensación siempre incompleta al principio, cuando la cuerda vocal se encuentra en su máximo de alejamiento de la línea media. En tal caso, la respiración es fácil.

Si la parálisis recae sobre otro grupo muscular, produce una serie de desórdenes que merecen nos detengamos algunos instantes.

B. — Parálisis de los dilatadores (crico-aritenoideos posteriores).

La parálisis de los músculos dilatadores puede describirse como la de un solo músculo de la laringe, ya que la función de abrir la glotis

está encargada á los crico-aritenoideos posteriores, que permiten, al contraerse, el paso del aire durante la respiración.

Esta parálisis reconoce la misma etiología que la de los otros músculos de la laringe, pareciéndome inútil volver ahora sobre este punto, después de haber insistido acerca de las diversas causas de los desórdenes de la motilidad de los músculos vocales al principiar este estudio (véase pág. 44). Permitaseme, sin embargo, recordar que esta parálisis puede ser consecutiva á un catarro agudo de la laringe, y que, en ciertos casos, parece ser más bien de origen miopático que neuropático. Se la ha visto una vez manifestarse, después que se atascó un trozo de carne en la entrada del esófago, y hubo ejercido, durante veinticuatro horas, una regular presión sobre los aductores.

La parálisis bilateral de los músculos dilatadores es relativamente rara, y por más que se haya sospechado su existencia antes del período laringoscópico (1859-60), y Trousseau haya dicho que esta lesión podría impedir el retiro de la cánula en los niños operados por la traqueotomía, así como se le hayan atribuido, por esta época, un gran número de desórdenes respiratorios, realmente no se comprobó el hecho, hasta que Gerhardt reveló, por medio del laringoscopio, la existencia de semejante parálisis. Burow la estudió de un modo bastante completo, habiendo tomado para su libro Morell-Mackenzie, bastantes notas de aquel autor. El doctor inglés, en 1882, aportó 35 casos, tomados de orígenes diversos. Si bien después ha aumentado el número, ha sido en no grandes proporciones.

SINTOMAS. — Los desórdenes funcionales que pueden comprobarse son los siguientes: desórdenes vocales muy pronunciados (voz velada, baja), ó muy poco marcados; ligera incomodidad ó molestia en ciertos enfermos, los cuales presentan un poco de ronquera ó una ligera alteración del timbre vocal. La tos es ronca y siempre ahogada.

Cuanto á los desórdenes respiratorios, para comprender toda su importancia, bastará pensar en el papel que desempeñan los crico-aritenoideos posteriores (músculos dilatadores). Si no cumplen su función dilatadora, resultará una inmovilidad de las cuerdas vocales sobre la línea media, cuya consecuencia fatal será una respiración estridulosa, con cornaje sonoro. Por lo demás, esta respiración particular de la parálisis de los dilatadores se observa en la inspiración y en la expiración. El ruido producido es tan característico, que ninguna afección de la laringe ocasiona una respiración tan ruidosa; sólo los enfermos atacados de estenosis de la tráquea lo producen algún tanto análogo. Especialmente durante el sueño, es cuando el cornaje adquiere su máximo de intensidad, tanto, que el Dr. P. Koch, de Luxemburgo, cita el caso de un enfermo que, colocado en el fondo de

una sala del hospital, impedía á los demás enfermos se durmieran, por el ruido que hacía al respirar.

Si se practica el examen laringoscópico, encuéntrase una mucosa normal, pero las cuerdas se hallarán casi exactamente en posición de fonación. Están colocadas en la línea media, de la que se separan poco ó nada en la inspiración. Durante el esfuerzo, á consecuencia de su tensión, las cuerdas vocales forman una línea de contacto bastante clara para permitir á la fonación ejecutarse casi sin dificultades, lo cual explica los pocos trastornos vocales observados en tales casos. Esta falta de separación, durante el esfuerzo inspiratorio, caracteriza la lesión. La pequeña hendidura que se comprueba por medio del examen laringoscópico, se cierra todavía más á cada inspiración, por cuyo motivo se produce una dispnea intensa (fig. 25).

El mencionado estrechamiento inspiratorio ha recibido diversas

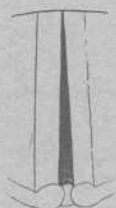


Fig. 25.— Posición de las cuerdas vocales durante la inspiración normal, dilatación máxima.

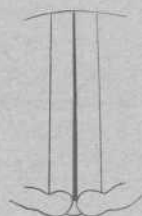


Fig. 26.— Posición de las cuerdas durante la fonación; la línea de contacto es perfecta.

explicaciones: ciertos autores, como Ziemssen y Burow, atribuyen la aproximación de las cuerdas á la presión predominante del aire ambiente cuando, por el contrario, existe aire rarificado en la tráquea; según Rosenbach, será preciso ver una perversa inervación rítmica que transmite súbitamente la excitación nerviosa al grupo de músculos no paralizados. Parece incontestable, á mi juicio, que durante el esfuerzo inspiratorio aspira el enfermo, en cierto modo, á la par que el aire, las cuerdas vocales, y esta depresión hacia abajo y adentro del borde libre de las cuerdas, produce el fenómeno del cierre glótico al tiempo del mencionado esfuerzo inspiratorio. Es, por otra parte, el mismo fenómeno que se observa después de la sección de los recurrentes, y esta es la explicación que da el Dr. André en su discurso inaugural (1854), en donde expone dicho autor detalladamente los experimentos realizados por el Dr. Bérard en el cadáver no rígido y en los animales, resultando claramente que la expiración rechaza hacia arriba los labios de la glotis, en tanto que la inspiración los conduce

hacia abajo y hacia dentro. En una palabra, que semejante mecanismo exagera la cerradura del paso estrechado.

Cuando hay parálisis de un solo crico-aritenoideo posterior, una sola será la cuerda que quedará en posición vocal y sobre la línea media.

La fonación y la tos son normales; la respiración se efectúa muy fácilmente. Sólo el examen laringoscópico revela entonces la existencia de la parálisis. También pasan inadvertidas buen número de estas lesiones, precisamente á causa de los pocos desórdenes que producen.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — En los casos de parálisis de los crico-aritenoideos posteriores, existen degeneraciones nerviosas y musculares más ó menos pronunciadas. Me limitaré sencillamente á mencionar

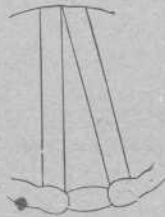


Fig. 27. — Aspecto esquemático de las cuerdas vocales en los casos de parálisis de uno de los crico-aritenoideos posteriores. En la imagen expuesta arriba, se ve la laringe durante la inspiración fuerte y la cuerda derecha (lado izquierdo de la figura) paralizada, queda en posición media.

estas alteraciones, porque pueden variar casi con cada causa productora de la lesión y con sus diversas maneras de ser. Únicamente hay un punto acerca del que debe estar instruído el lector, cual es las apasionadas discusiones, todavía pendientes, á que han dado lugar estas parálisis.

En 1881, F. Semon, basándose en algunas observaciones, en parte personales, y en parte recogidas por otros, que representan todas las publicadas hasta hoy, establece que, en todas las afecciones orgánicas progresivas de los nervios laríngeos que van desde los centros medulares á la periferia, los abductores son los primeros que se paralizan, y con frecuencia, durante largo tiempo; cuya tesis se demostró clínicamente por el hecho de que la cuerda vocal afectada permanecía inmóvil en la porción media. En estos casos, se comprobaba después de la muerte que, aunque la causa de la enfermedad hubiese actuado sobre el tronco ó los troncos nerviosos (espinal accesorio, pneumogástrico ó laríngeo inferior, recurrentes), ó sobre todos los centros medulares, las fibras de los músculos crico-aritenoideos posteriores

eran sólo atacadas por la degeneración grasosa ó por la atrofia; y que siempre estas alteraciones degenerativas estaban mucho más desarrolladas en estos músculos que en los abductores correspondientes animados por el mismo nervio. El Dr. Semon no ha pretendido explicar este hecho curioso, y, por el contrario, dice que la explicación entonces expuesta por Morell-Mackenzie, según la que las fibras abductoras quizá estarán situadas más superficialmente ó que los constrictores de la glotis recibirán una inervación complementaria del nervio laringeo superior, es insuficiente para dar cuenta de los fenómenos clínicos y las observaciones después de la muerte.

Como puede suponerse, la opinión de Semon, admitida desde luego por muchos laringólogos, no tardó en encontrar bastante número de adversarios. Krause (de Berlín), experimentando en los perros, ha demostrado que la excitación del cabo periférico, después de la sección del r corriente, producía la adducción, con contracción de los músculos constrictores de la laringe, que recaería sobre sus congéneres. De estas distintas experiencias deduce que la excitación del recurrente, por compresión ó neuritis, produce una *contractura* de los músculos adductores, y, por consiguiente, el cierre del orificio de la glotis. Efectivamente, si el crico-aritenoideo posterior no está paralizado, sino contraídos los constrictores de este lado, la posición de la cuerda vocal permanecerá siempre la misma, es decir, ocupará la línea media como en la parálisis del dilatador.

Esta teoría ha encontrado numerosos partidarios, y Krishaber admitía que en los casos en que las cuerdas vocales se encontraban en la línea media, se producía una tetanización de los músculos constrictores de la laringe, cuya acción repercutía sobre las de los crico-aritenoideos posteriores. Schnitzler adhirió igualmente á esta opinión, y explicó la parálisis doble, con lesión de un solo recurrente, por hallarse paralizado un dilatador y tetanizado el otro.

En América, F. Donaldson y F. Hooper (de Boston), han hecho asimismo experimentos á este objeto. Mientras este último practicaba sobre 42 perros 312 experimentos, Donaldson, por su parte, emprendió un gran número. Hooper, después de haber hecho en gatos la electrificación del recurrente en su periferia, obtuvo la dilatación de la glotis, en tanto que en el perro el resultado era absolutamente opuesto, puesto que se producía, por el contrario, la contractura, y por ende el cierre del orificio de la glotis. Sin embargo, este autor pudo, también en este último animal, obtener la dilatación y no la contracción, sometiendo al perro á una narcosis profunda á beneficio del éter. En estas condiciones, la excitación del extremo periférico del recurrente produce, no la cerradura, sino, por el contrario, la apertura del orificio de la glotis. Á este fenómeno llama el autor americano «*ether effect*». El doctor

Donaldson, por su parte, dice no haber obtenido la dilatación más que con una corriente débil, mientras que una corriente fuerte producía la oclusión de la laringe.

Gerhardt (de Wurtzbourg), por simple electrización á través de la piel de los músculos de la laringe, obtuvo el cierre del orificio glótico, lo que parecería confirmar la opinión de Hooper. Desgraciadamente, en estos casos puede reprocharse á este modo de electrizar la producción de fenómenos reflejos ó excitaciones á distancia, que quitan al experimento así realizado una gran parte de su precisión, y, en consecuencia, su valor científico.

Los Dres. Semon y Horsley, habiendo repetido á su vez los experimentos de Hooper y practicado la narcosis con el éter, pudieron comprobar también lo que el autor americano llama el *ether effect*; pero estos experimentos no resuelven el problema. Bastará, en efecto, leer las conclusiones del muy concienzudo trabajo del Dr. Hooper para convencerse de la realidad de esta aserción. «La acción del recurrente— dice desde luego — varía según los animales; varía también, según el anestésico empleado y el grado de narcotismo; así, que nada positivo puede esperarse de estas minuciosas investigaciones.» Permitaseme agregar todavía que, con mi antiguo jefe de clínica el Dr. Natier, hemos repetido los experimentos de Hooper en perros, y que, como él, hemos obtenido el *ether effect* y el temblor (vibración) de las cuerdas que precede alguna vez á su contracción violenta. Con el cloroformo, la excitación del recurrente producía el cierre tetánico del orificio de la glotis durante el paso de la corriente, y veíase claramente al aritenoideo contraído proyectarse dentro de la laringe, pareciendo acortada la cuerda, á veces un tercio más que su congénere, según la intensidad eléctrica.

El Dr. Tissier (de París), en un artículo sobre las estrecheces de la glotis en los tuberculosos, ha admitido *à priori* que la excitación de la extremidad periférica del recurrente producía la contractura, es decir, la posición media de la cuerda vocal. Este nervio, que comprende fibras que vienen del pneumogástrico y del espinal, nos hace sospechar, dice el Dr. Tissier, que puesto que la excitación eléctrica del primero de estos nervios se expresa con mayor viveza que la del segundo, el espinal, en cambio, conserva su acción más largo tiempo que el pneumogástrico. De ello resulta que ejerciéndose sólo la influencia fonatriz, se coloca la cuerda vocal en la línea media en posición de fonación. Habrá, en suma, predominio de la función fonatriz sobre la función respiratoria.

Esta hipótesis puede ser muy ingeniosa, pero está seguramente muy lejos de satisfacerlos, porque es contraria á la conservación natural del individuo. Efectivamente, si teóricamente es forzoso que pre-

domine una función, con seguridad que la que preside es la respiración.

Por último, y muy recientemente, el Dr. Massei, que desde luego habíase adherido, como tantos otros, á la teoría de Semon, acaba de separarse de él admitiendo que la excitación del recurrente por neuritis ó compresión produce, al principio, la contractura de la cuerda vocal, y más tarde la parálisis, cuando las funciones nerviosas se han abolido. Por lo demás, esto es lo que pasa con el resto de los filetes nerviosos y lo que exige la verdad, pues de lo contrario, la laringe se exceptuaría de esta regla, que parece la general. Esta es la teoría á la que me adhiero por completo, dado que he tenido ocasión de ver bastante á menudo una contractura, de una duración más ó menos larga, preceder á la parálisis de uno de los ligamentos tiro-aritenoideos.

En ambos casos, la cuerda atacada ocupará la línea media. He aquí el hecho más frecuente, según lo ha observado Semon; pero las dos lesiones serán perfectamente distintas la una de la otra, y al tratar del diagnóstico indicaré el modo de reconocerlas. Quedará por explicar la posición externa de la cuerda (en abducción) observada en algunos casos y de la que el Dr. Charazac ha referido un ejemplo muy claro. Evidentemente, este problema es de difícil resolución, á menos de admitir que, en algunos individuos, la excitación del recurrente produce la dilatación, y no el cierre del orificio glótico, como Hooper ha observado en el gato. Estas observaciones se considerarán entonces como verdaderas anomalías, en las cuales la acción del crico-aritenoideo posterior recaerá quizás en la de los constrictores degenerados.

Apresúrome á añadir que las investigaciones muy recientes de los Dres. Semon y Horsley sobre la existencia de un centro cerebral de la laringe, parecen deber proyectar alguna luz sobre esta interesante materia que, sin embargo, permanece en estudio todavía.

CURSO. — DURACIÓN. — Estas parálisis siguen un curso que varía absolutamente, según su causa. Si se trata de una afección transitoria y de corta duración, las funciones del recurrente se restablecen pronto. Si, por el contrario, el nervio ha estado largo tiempo comprimido, la cuerda vocal podrá conservar siempre la posición viciosa que adoptó. Únicamente la histeria se acompaña de parálisis vocales, que desaparecen tan pronto, como repentina había sido su aparición. Los desórdenes consecutivos á un estado catarral no resisten mucho al tratamiento, y es bastante frecuente verlos desaparecer bajo la influencia de una medicación también bastante ligera, que puede ser, por lo demás, medicamentosa ó simplemente mecánica. Tengo necesidad de añadir que lo que acabo de apuntar indica la marcha general de la dolencia en los casos de compresión del recurrente. Al principio, cuan-

do el nervio está simplemente excitado, se observan fenómenos de excitación y contractura; después, á medida que la compresión aumenta y los filetes nerviosos degeneran, se mostrará, más ó menos completa, la parálisis de la cuerda vocal.

DIAGNÓSTICO. — Á veces es difícil establecer un diagnóstico exacto. En primer lugar habrá de buscarse la causa de la parálisis ó de la contractura, si se sospecha una compresión; el punto donde se ejerce y la naturaleza del agente compresor. ¿Trátase de la aorta, de la subclavia, del pulmón, del corazón, del mediastino, de una inflamación local, de ganglios hiperfrotados, del cuerpo tiroides, de un tumor del esófago, etc., etc., de una intoxicación? La histeria produce alguna vez mucha dificultad, especialmente si la parálisis de que se acompaña es unilateral, lo cual sucede con mucha frecuencia. Entonces debe buscarse si existe anestesia por parte de la faringe, del velo del paladar, de la úvula, del tegumento externo, ú otros signos de esta neurosis, ó bien si hay síntomas susceptibles de ponernos en vías de diagnóstico. Eliminadas las causas de compresión, deberá pensarse en las neuritis diatésicas ó de otra clase, y en las lesiones centrales.

El edema de la glotis, ó mejor, de los repliegues ariepiglóticos, es fácil de reconocer por la hinchazón de la mucosa y su rubicundez. Navratil ha señalado un caso de triquinosis de los músculos de la laringe; pero el hecho es tan sumamente raro, que no puede concedérsele más que una importancia absolutamente relativa.

Obsérvanse á veces cicatrices viciosas que provienen de afecciones antiguas de la laringe, y se encuentran también anquilosis de las articulaciones crico-aritenoideas. Si no existe más que una cicatriz viciosa en un solo lado de la laringe, tendrá bridas una sola cuerda vocal; pero entonces será posible, por punto general, percibir por encima de ella un relieve que indica bastante bien se trata de una reliquia patológica.

Si nos encontramos en presencia de una anquilosis de una sola articulación vocal, los síntomas objetivos de que se acompaña son suficientemente claros para evitar que caigamos en error. Efectivamente, puede comprobarse hinchazón de la región aritenoidea, no apareciendo con claridad los aritenoides y las pequeñas eminencias cartilagosas que están encima; hay una tumefacción y una pastosidad que descubren una lesión material. Además, las artritis crico-aritenoideas están rara vez aisladas, frecuentemente se observan en la sífilis ó en la tuberculosis, acompañadas de lesiones concomitantes que indican su verdadero carácter.

Los neoplasmas de la laringe (pólipos) y los infartos de la región aritenoidea impiden igualmente la aproximación de las cuerdas voca-

les; pero entonces se establece fácilmente el diagnóstico diferencial, gracias al relieve de la región posterior, y á su estado papilar velvético.

En la respiración normal, y en el momento en que se examina la laringe, tienen ciertas personas sus cuerdas ligeramente separadas, pudiendo semejante estado simular una parálisis; pero bastará que el enfermo respire tranquilamente, sin emocionarse, para ver desaparecer rápidamente esta pretendida parálisis. Debemos, pues, recordar esta particularidad porque es capaz de inducir á error á los prácticos poco familiarizados con los exámenes laringoscópicos.

Si existe contractura de los músculos adductores, se diferenciará de la parálisis por los signos laringoscópicos siguientes: mientras en esta última se ve, en el momento de la fonación, que los aritenoides se encuentran en un mismo plano horizontal y la cuerda queda casi rectilínea de delante á atrás é inmovilizada en posición vocal, en la contractura, por el contrario, el aritenoides está por dentro de su congénere, pareciendo la cuerda más corta que la del lado opuesto. De este modo, durante la fonación, el aritenoides del lado contraído apa-



FIG. 28. — Aspecto de la laringe durante la fonación; la cuerda izquierda (lado derecho de la imagen) está contraída.

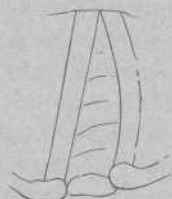


FIG. 29. — Laringe vista durante la inspiración; la cuerda derecha, contraída, ocupa la línea media que traspasa.

rece en el espejo un poco por encima del lado normal, y en ciertos casos traspasa la línea media y se apoya en el lado sano, resultando de esta situación que la cuerda vocal, describiendo un ligero arco de círculo de concavidad interior, parece más corta que su congénere.

Durante la inspiración, el aritenoides del lado contraído queda completamente inmóvil, en tanto que, en la parálisis, experimenta alguna vez muy ligeras oscilaciones, siendo suficiente fijar la atención en este lado para aprender á no confundir nunca estas dos especies de lesiones, tan distintas la una de la otra.

Si se examina, durante la fonación, un enfermo que haya tenido antiguamente parálisis de uno de los recurrentes con inmovilidad de la cuerda vocal por degeneración del nervio, vese casi siempre la cuerda vocal que quedó sana compensar, en parte, la falta de acción de la del lado opuesto, y la aproximación realizarse todavía, gracias al acaba-

llamiento de los aritenoides el uno sobre el otro. (Véase la fig. 24, pág. 48).

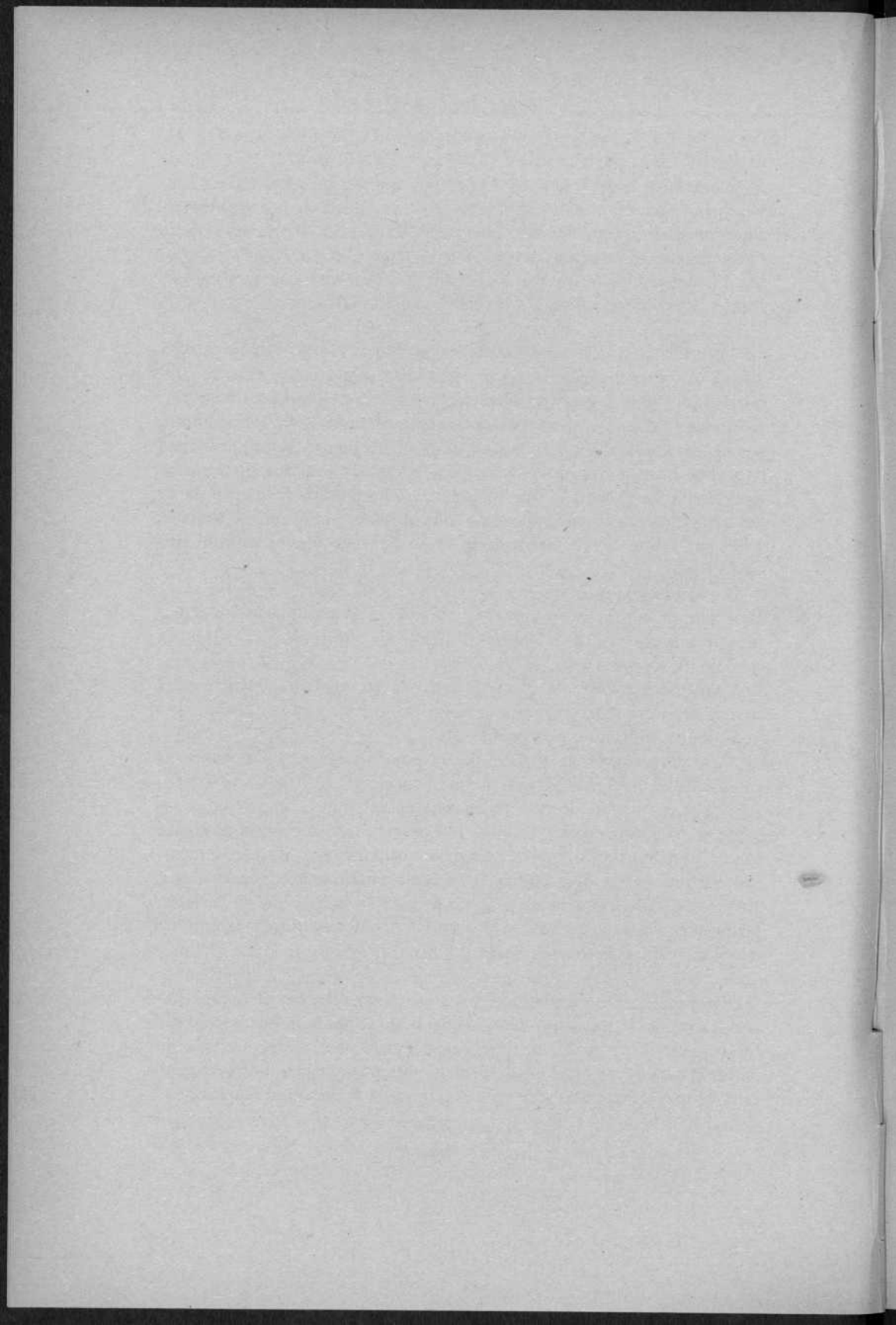
Al examen laringoscópico se aprecia entonces ambos cartílagos colocados el uno delante del otro, y estar inmóvil una de las cuerdas vocales, en tanto que la del lado opuesto describe una curva exagerada, tomando casi la posición de una cuerda con contractura. En el momento en que el enfermo respira, puede comprobarse con facilidad la inmovilidad de uno de los lados del órgano de la voz.

PRONÓSTICO. — Las parálisis de los músculos de la laringe no son graves más que según la causa productora de la lesión; pero el pronóstico puede oscurecerse si sobreviene parálisis de los dos dilatadores, porque la respiración se verá entonces comprometida y la traqueotomía se hará necesaria. También sobreviene con frecuencia la muerte antes de que se haya podido intervenir. Pero, antes de practicar una operación cualquiera, convendrá buscar cuidadosamente la causa de la parálisis, porque si se tratase de una manifestación de la diátesis sifilítica, habría — en primer término — que ensayar el tratamiento específico.

En la histeria, nos veremos obligados á intervenir cuando la afección, por lo demás muy rebelde, no ceda al tratamiento habitual; necesitando ser muy prudentes en tales casos, porque, como refiere un médico de Nueva York, vió, en el servicio del Dr. Charcot, producirse una contractura muscular de la laringe de un modo repentino, en el momento en que tan eminente práctico percutía ligeramente el órgano vocal de un individuo neuropático.

Paréceme superfluo añadir que, en las parálisis unilaterales, el pronóstico es benigno, porque no pone en peligro la existencia del enfermo; y se puede, desde luego, considerar como excepcionales los casos en que la parálisis, unilateral al principio, se hizo después bilateral (Johnson, Baumler, etc.). Es más ordinario ver la afección persistir durante años sin producir otros desórdenes que los de la fonación. Entiéndase bien que el pronóstico se agrava si la causa de la lesión laríngea es de importancia; pero estudiar la cuestión desde este punto de vista, sería salirnos de nuestro habitual programa.

TRATAMIENTO. — Acabo de hablar de la posible intervención quirúrgica en las lesiones que hemos estudiado. Cuanto á la cuestión del tratamiento de la parálisis, dejémoslo para más tarde, después de haber revistado los diversos desórdenes que pueden atacar aisladamente cada uno de los músculos que accionan en el órgano de la voz.



Parálisis aisladas de los músculos de la laringe.

Sumario. — Algunas palabras sobre la etiología general. — 1.º Parálisis del crico-aritenoideo lateral. ¿Puede ser atacado aisladamente? ¿Cuál es el aspecto de la laringe en estos casos? — 2.º Parálisis del tiro-aritenoideo. Es frecuente; la causa más habitual es la inflamación. — Aspecto de la laringe. Según la parálisis es completa é incompleta, varían los signos laringoscópicos; nódulos de las cuerdas vocales; diftonía. — El diagnóstico es fácil; el pronóstico benigno; el tratamiento se estudiará más adelante. — 3.º Roturas del tiro-aritenoideo. Son poco ó nada conocidas; causas habituales. Aspecto de la laringe. — El pronóstico es grave. — Indicaciones terapéuticas.

ETIOLOGÍA GENERAL. — Las parálisis aisladas de los músculos de la laringe tienen una etiología idéntica á la de la parálisis de los recurrentes. Pueden provenir de afecciones centrales, de neuritis periféricas ó de miopatías primitivas, como el Dr. Morell-Mackenzie ha señalado un caso, en el que la lesión recaía en el músculo aritenoideo. Comprendese igualmente que las parálisis de los tiro-aritenoideos pueden ser de naturaleza miopática, aunque, sin embargo, son hechos de una rareza excesiva.

Hase dicho también que las parálisis aisladas de los músculos laríngeos podrán encontrarse en el reumatismo. Romberg, y con él otros autores, han referido casos; pero hasta más amplio informe, yo me permito dudar de su autenticidad absoluta.

En cuanto á mí, he tenido ocasión recientemente de examinar un enfermo, en el que había creído poder referir al reumatismo cierta parálisis laríngea de que aquél estaba atacado. Ahora bien: después del examen de la cavidad laríngea me creí con derecho de sospechar muy diferente etiología, y mis sospechas fueron confirmadas plenamente por uno de mis colegas, que descubrió una dilatación aneurismática de la aorta.

El Dr. Gottstein es igualmente de mi opinión, pues recomienda la mayor circunspección en el diagnóstico de la parálisis reumática de las

cuerdas vocales, en el que no hay derecho á fijarse sino cuando se han eliminado con certeza todas las demás causas posibles.

Se han atribuído también á los tumores de vecindad, por la compresión que ejercen sobre los recurrentes. La anemia y la histeria pueden asimismo determinar parálisis limitadas á un músculo solo. Ciertos autores han pretendido que era posible verla sobrevenir en el período catamenial; pero yo creo que se tratará mejor entonces de una neuropatía general, reflejándose muy particularmente sobre la laringe.

Estas parálisis aisladas pueden atacar el crico-aritenoideo lateral, el tiro y los aritenoideos. Vamos á estudiar sucesivamente los síntomas ocasionados por la pérdida del movimiento de estos diferentes músculos. Descarto las lesiones de los crico-aritenoideos posteriores y las de los crico-tiroideos, de las cuales ya hemos examinado suficientemente los desórdenes paralíticos.

1.º — Parálisis del crico-aritenoideo lateral.

¿Podrá el crico-aritenoideo lateral paralizarse aisladamente y reconocerse su parálisis por medio del laringoscopio? Entre todos los autores, sólo Elsberg (de Nueva York) ha dado cuenta de la parálisis aislada de este músculo, que es excesivamente rara, y lo más á menudo va asociada á la de los tiro aritenoideos. El autor americano, apoyándose en los experimentos que él había emprendido á este efecto, ha



FIG. 30. — Aspecto esquemático de la laringe en la parálisis del crico-aritenoideo lateral, según Elsberg.

podido describir esta forma y dar una figura según la imagen laringoscópica que obtuvo

La *etiología* de la parálisis del crico aritenoideo no difiere en nada de la de la parálisis de los demás músculos de la laringe, y considero como enteramente superfluo insistir en ello de nuevo, después de lo que ya hemos dicho anteriormente.

Por medio del examen laringoscópico, en los casos de parálisis de los dos crico-aritenoideos laterales, se comprobarán las siguientes particulares: el orificio de la glotis tendrá una figura romboédrica; las

cuerdas vocales adosadas á la parte posterior, gracias á la contracción de los músculos transversos, quedarán separadas la una de la otra en la línea media.

El enfermo está completamente afónico, como si hubiese parálisis de los constrictores. El Dr. Morèll-Mackenzie, habiendo encontrado en un enfermo la cuerda vocal de un lado mantenida cerca de la pared de la laringe durante los esfuerzos de la fonación, mientras la cuerda sana se colocaba en posición fonatoria, ha descrito este caso como tipo de parálisis de un solo lado del músculo crico-aritenoideo lateral; pero Gottstein cree que se trataba mejor de una parálisis unilateral de todos los aductores. Por lo demás, no puede concebir la posibilidad de hacer una distinción clínica y laringoscópicamente de ambas especies de parálisis. Es incontestable que semejante distinción será muy difícil la mayor parte de las veces, tanto que, según tengo dicho repetidas veces, es muy raro el observar una parálisis limitada á este músculo.

2.º — Parálisis del músculo tiro-aritenoideo.

Por su situación, el músculo tiro-aritenoideo es ciertamente, de todos los músculos de la laringe, el más expuesto á la parálisis. En efecto: colocado inmediatamente debajo de la mucosa vocal, participa de sus consecuencias desde el momento en que la última se hace asiento de una inflamación cualquiera.

Nadie ignora que este músculo se compone de dos órdenes de fibras; las más internas, que constituyen lo que se llama el tiro-aritenoideo interno, y las otras externas, que forman el tiro-aritenoideo externo. De los dos, el tiro-aritenoideo interno es el que ofrece mayor importancia. Es probablemente el que, por su contracción, da la elevación del sonido.

ETIOLOGÍA. — Fuera de las causas generales que he señalado al principio de este estudio, debo añadir que la parálisis de uno ó de los dos tiro-aritenoideos reconoce por causas: la inflamación aguda ó crónica de la mucosa vocal, frecuente ésta en los abogados, en los cantantes, en los predicadores y en los reumáticos.

También se ha atribuido á los esfuerzos exagerados; pero aquí, la parálisis pudiera bien ser resultado de una rotura muscular; tratárase entonces de un verdadero latigazo, análogo al de la pantorrilla. He tenido ocasión de observar algunos casos de este género, y uno de mis discípulos, el Dr. Lacoarret, ha referido también un caso típico en los *Annales de la polyclinique de Bordeaux*. Cuanto á mí, asiento á esta última opinión.

SÍNTOMAS. — Los músculos tiro-aritenoideos suelen afectarse, ó bien de un solo lado, ó, por el contrario, de los dos lados á la vez, pudiendo esta pérdida de movimiento acompañarse además de parálisis ó de paresia de otros aductores.

En las parálisis incompletas, la voz está frecuentemente ronca, difónica, y al mismo tiempo diftónica. Cuando existen dos sonidos, es bueno saber que armoniza siempre el uno con el otro, y, por punto general, emitidos á la octava ó en tercera el uno con el otro.

Cuando la parálisis es, por el contrario, completa, está entonces la voz enronquecida, afónica, ó al menos, ciertas silabas no pueden pronunciarse. Obsérvanse, en semejante caso, todas las modificaciones de la voz que se comprueban en la laringitis catarral aguda, y sobre las cuales he insistido suficientemente para que crea inútil detenerme ahora.

Por parte de la respiración, no hay trastornos. La tos está en relación con la causa de la dolencia. No existen, en suma, otros síntomas funcionales que los desórdenes vocales de que acabo de hablar.

Al examen laringoscópico, del mismo modo que en la parálisis de los tensores, las cuerdas vocales adoptan una forma ondulosa, como

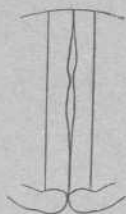


FIG. 31. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la parálisis completa de los tiro-aritenoideos.

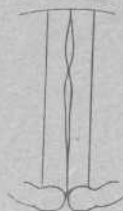


FIG. 32. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la paresia y en los casos de diftonia.

igualmente se observa la ondulación de las cuerdas en la parálisis de los tiro aritenoideos. Es preciso, sin embargo, notar que existen espacios libres y que, al nivel del punto en que se yuxtaponen las cuerdas, fórmanse verdaderos nodos de vibración. Las cuerdas vocales parecen, por decirlo así, distendidas de delante atrás; parecen pequeñas, teniendo su borde libre mal tendido y sinuoso. La glotis afecta una forma irregular, extendiéndose desde la comisura anterior de las cuerdas hasta la porción cartilaginosa aritenoidea.

Si el músculo está simplemente parésico, la voz es diftónica: existe como una doble glotis, de las que la una (anterior) es, generalmente, más pequeña que la otra. El punto de contacto de las cuerdas vocales se realiza lo más á menudo en el tercio anterior y, á veces, en el tercio

posterior. En el momento de la inspiración, cuando las cuerdas vocales se separan, parecen recubiertas, en su punto de contacto medio, de dos pequeñas mucosidades, muy á menudo adherentes á este nivel. Sin embargo, después de la limpieza del borde libre de la cuerda, podrán verse todavía persistir lo que el Dr. Wagnier llama *nódulos*; es decir, pequeños relieves simétricamente colocados, y que tienen el aspecto de dos pólipos pequeñísimos que afectan apenas el volumen de una *diminuta* cabeza de alfiler.

En estos casos encuéntrase constantemente las cuerdas vocales deslustradas, parduscas, alguna vez rojas ó rosadas, otras veces lisas, como despojadas de su capa epitelial, y por medio de un potente alumbrado (luz de Drummond), percíbense con toda claridad vasitos que surcan la superficie de las cuerdas y que se dirigen paralelamente á ellas. Especialmente en los cantantes fatigados y en los profesores, en una palabra, en los individuos que hayan usado y aun abusado de su voz, se comprueba este estado especial de las cuerdas con los nódulos á que acabo de aludir, y que juzgo ser la consecuencia de una falta de tensión en las cuerdas, consecutiva á la paresia de los tiro-aritenoideos.

Las modificaciones de la voz que corresponden á estas lesiones son absolutamente variables. Si la aproximación de las cuerdas se verifica por delante, el sonido grave es el más claro; si es por detrás, prodúcese el contrario. La diftonía es un síntoma frecuente, pero á veces se hace preciso buscarle.

Sucede con frecuencia que se encuentra asociada á la parálisis de los músculos tiro-aritenoideos, la de los músculos transversos. También he tenido ocasión de señalar en el Congreso de Toulouse dos hechos de este género, en los que las parálisis habían sido consecutivas á laringitis catarrales agudas. Entonces se ve sobrevenir una afonía completa, que es preciso atribuir á la abertura de las dos glotis, cartilaginosa y ligamentosa.

No es raro, en los casos de parálisis de los músculos tiro-aritenoideos, ver, con ocasión de los esfuerzos fonatorios, producirse una yuxtaposición casi completa de las bandas ventriculares; he aquí una causa de error para ciertos prácticos que se creen tener delante una hinchazón edematosa de las falsas cuerdas. Gottstein cita en su libro dos casos semejantes, donde la intervención terapéutica fué inoportuna por completo, porque se practicaron inhalaciones, cauterizaciones, etc., que, naturalmente, no fueron seguidas de resultado alguno, cuando un tratamiento racional produjo, por el contrario, la curación. Sin embargo, bastará señalar esta causa de error, para que hagamos por evitarla.

DIAGNÓSTICO. — Con la ayuda del laringoscopio, es posible, casi siempre, determinar las causas de la ronquera. La parálisis de los tiro-aritenoideos podrá confundirse con la de los crico-tiroideos, pero en estos últimos casos no se observan los nódulos de que acabo de hablar, viéndose una verdadera ondulación de las cuerdas, cuyas sinuosidades están más ó menos pronunciadas; el color de las cuerdas es más normal cuando el crico-tiroideo es el único atacado; además, existen entonces desórdenes por parte de la sensibilidad de la mucosa laríngea. La voz está más alterada si están lesionados los tiro-aritenoideos. Por consiguiente, por ese mismo hecho de la manera como se verifica el contacto de las cuerdas vocales, se puede deducir la parálisis de los crico-tiroideos, ó bien, por el contrario, la de los tiro-aritenoideos. En cuanto al pretendido edema ó hinchazón de las bandas ventriculares, puede reconocerse practicando el examen durante la respiración tranquila, para percibir las cuerdas en su verdadero aspecto.

No insistiré en el diagnóstico con los demás desórdenes musculares de la laringe, porque presentan particularidades muy claras y muy salientes que la diferencian de la que acabamos de estudiar.

Más, frecuentemente, la parálisis del ó de los tiro-aritenoideos pasará inadvertida, si no se fija la atención en este punto ó si no se practica seriamente el examen laringoscópico durante la fonación y durante la respiración. Agregaré que las roturas musculares se reconocen por signos muy claros, sobre los cuales he insistido suficientemente.

PRONÓSTICO.—La parálisis de los tiro-aritenoideos ofrece, por punto general, un pronóstico poco grave. Hácese, sin embargo, más sombrío cuando se trata de personas para las que la voz puede considerarse como un medio profesional. Así es que en los cantantes, la voz se cansa pronto, pierde su timbre, su pureza y hasta su sonoridad, y agravándose semejante estado, se ve el artista muy pronto obligado á renunciar á su profesión. Únicamente las parálisis que yo llamaría inflamatorias ceden con rapidez al tratamiento, sin dejar ningún vestigio detrás de sí, con la condición, sin embargo, para el cantante, de no volver á ejercer el oficio que exige á su laringe.

En cuanto al tratamiento, me limitaré á decir que el reposo más absoluto del órgano es, desde luego, el punto esencial. Si la causa del mal es conocida, habrá que combatirla con los medios apropiados. Por lo que concierne al tratamiento de la parálisis, nos ocuparemos al final de estas lecciones, en este conjunto de trastornos musculares, lo que nos evitará inútiles repeticiones.

3.º — Rotura del tiro-aritenoideo.

Como corolario á lo consignado en capítulos precedentes, creo inútil llamar la atención sobre los desórdenes de la mucosa vocal, que han escapado á la mayor parte de los autores; voy á hablar de la rotura de algunas fibras del tiro aritenoideo. Me ha sido posible, por tres veces, comprobar claramente esta lesión, y basándome en observaciones recogidas con cuidado (véanse los *Anales de la policlínica de Burdeos*, fasc. I, Enero 1889, pág. 16), voy á describir esta especie de lesión.

Sébase desde luego que esta rotura se observa generalmente á consecuencia ó durante esfuerzos vocales exagerados; yo la he encontrado en un pregonero público, en un mercader ambulante y en un artista que se quedó ronco cantando el famoso *suvez-moi* de *Guillermo Tell*.

Compréndese fácilmente que bajo la influencia de un esfuerzo



Fig. 33. — Aspecto esquemático de las cuerdas en los casos de rotura del tiro-aritenoideo; la lesión cae aquí sobre la cuerda izquierda (lado derecho de la figura).

vocal brusco y violento, contrayéndose el músculo tiro-aritenoideo con una energía desmedida y desordenada, puede producirse en su interior, y principalmente al nivel de su fascículo interno, más largo y menos resistente, la rotura de algunas fibras. Cual acontece en las roturas musculares ordinarias, el enfermo experimenta súbitamente, al emitir fuertemente un sonido, un dolor vivo, latigazo de que hablan los autores; la voz se pone ronca súbitamente, y así permanece para siempre.

No insisto mas sobre los trastornos vocales, que no ofrecen absolutamente nada de característico; la voz es rasgada, ofreciendo ese timbre especial tan conocido, y que le ha valido el nombre de «voz cascada». Es absolutamente imposible la voz cantada.

Después de cierto tiempo, muy corto generalmente, desde algunos minutos á algunas horas, el dolor desaparece por completo, y los des-

órdenes de la fonación constituyen únicamente todo el cortejo habitual de la dolencia.

Al laringoscopio, se ve con claridad que en el punto en que se ha efectuado la rotura, se encuentra una ligera muesca acompañada de sufusión de sangre, á veces poco abundante, y que no existe si las lesiones duran algún tiempo. Durante la fonación, la cuerda parece deslustrada, distendida, y los hacecillos rotos, contrayéndose aisladamente, ó unidos por una cicatriz floja, determinan á este nivel, retrayéndose, una ligera tumefacción en cada lado de la depresión; esta hinchazón hace aparecer la cuerda redondeada, más corta y ondulada, como en el caso de parálisis del tiro-aritenoideo ó del crico-tiroideo.

Bastará conocer la posibilidad de esta lesión, para saberla distinguir de las demás; esta muesca de la cuerda vocal tiene un aspecto tan característico, que no se encuentra en ningún otro desorden parésico de la laringe.

Estando, por su situación, más expuesto el tiro-aritenoideo, será el más frecuentemente atacado; sin embargo, las roturas musculares, en la fonación forzada, pueden producirse del mismo modo en los demás músculos constrictores de la laringe, especialmente en los crico-aritenoideos laterales. Los ari aritenoideos, como más resistentes, se encuentran casi enteramente al abrigo de esta eventualidad.

Los síntomas suministrados por el examen directo no difieren, en uno y en otro caso, de los que se observan en la parálisis aislada de estos músculos, siendo más ó menos completos, según la extensión de las lesiones. Por lo demás, se observa una integridad absoluta de las cuerdas vocales, y el diagnóstico se hará por los conmemorativos y por la desaparición más ó menos rápida de los accidentes.

En cuanto al pronóstico, es grave en el sentido de que la lesión es aquí definitiva, y que la voz queda para siempre cascada y áspera.

El tratamiento, muy difícil de aplicar, por razones fáciles de comprender, consistirá en el reposo absoluto del órgano, revulsivos á la piel, pulverizaciones y fumigaciones emolientes y, finalmente, la faradización extra ó intralaringea.

Parálisis del ari-aritenoideo.

(Tratamiento de las parálisis laríngeas.)

Sumario. — Un poco de historia. — La afección es más frecuente de lo que se supone. — Causas especiales de esta parálisis. — Importancia de los síntomas funcionales. — Caracteres de la voz y de la tos. — Del timbre llamado crupal. — Examen de la laringe. Las figuras esquemáticas habituales son inexactas. Verdadero aspecto del órgano en estos casos. — El diagnóstico debe hacerse entre la paresia y la parálisis, con los tumores de esta región. — El curso, la duración y el pronóstico dependen de la causa.

Parálisis combinadas. Son conocidas en parte. — Diversos aspectos de la laringe.

Tratamiento de las parálisis de los diversos grupos musculares de la laringe. — Es necesario conocer la causa de la parálisis y tratarla en consecuencia. — Parálisis neuropática. — Electricidad; corrientes que habrán de emplearse; manera de usarlas. — Electrificación externa ó directa; sople eléctrico. — Gimnástica vocal; sugestiva. — La traqueotomía es á veces necesaria. — Utilidad de las preparaciones iodadas. — Del sulfato de estrictina. Importancia del tratamiento general.

La parálisis del ari-aritenoideo, señalada por Türk, Mandl y por los Dres. Poyet y Lemarchand en su discurso inaugural, ha sido estudiada especialmente por Elsberg, de Nueva York, y por muchos discípulos míos. También los Dres. Ducau y Lauga han publicado un buen estudio sobre esta materia en la Revista que yo dirijo, y el Dr. Lecointre ha hecho, bajo mi inspiración, el asunto de su tesis del doctorado (Burdeos, 1882).

Este último pudo reunir 17 casos compulsando buen número de publicaciones; mas, esto no obstante, se olvidó señalar la observación de Türk. Parecería, pues, al primer golpe de vista y según el exiguo número de casos publicados, que la afección no es frecuente, y sin embargo, con el olvidado Elsberg, opino lo contrario.

La parálisis aislada del ari-aritenoideo se encuentra en bastantes afecciones laríngeas, y la paresia de este músculo es poco más ó menos constante en la mayor parte de las inflamaciones de la mucosa vocal.

ETIOLOGÍA. — Como causa particular de este desorden muscular, pudiera decir que la edad y el sexo son absolutamente indiferentes cuando de parálisis inflamatorias se trata, pero que el sexo femenino está particularmente predispuesto a las parálisis llamadas nerviosas.

La parálisis aislada completa se observa quizá más frecuentemente en el adulto, mientras que la parálisis aislada é incompleta es, por el contrario, afección casi exclusiva de la infancia.

Entre las demás causas hay que notar todavía las flegmasías limitadas al espacio interaritenideo, que producen la alteración del movimiento en este músculo, como se observa en el tiro-aritenideo. La histéria es también un factor importante de parálisis completa y bien aislada de este músculo.

El caso de degeneración miopática observado por Morell-Mackenzie es único, y todavía el autor inglés no llegó á formular el diagnóstico más que por la sola razón de que no había podido lograr curar á un enfermo; así, no creo que esté bien fundado en absoluto, hacer entrar esta alteración muscular en la etiología de este género de afección.

SÍNTOMAS. — Los autores se hallan en un desacuerdo completo sobre los desórdenes vocales debidos á la parálisis aislada del ari-aritenideo. Para Mandl, sólo se pierde el registro superior de la voz, en tanto que estaría ronca para Elsberg. Poyet dice que le es imposible silbar al enfermo. En una palabra, cada autor ha encontrado trastornos casi diferentes en los casos observados. Sin embargo, parece que actualmente no es posible la duda, y que la mayor parte de los prácticos que han tratado este asunto no han tenido cuidado de averiguar si la parálisis era completa ó incompleta. Por mi parte, he comprobado siempre, en el primer caso, una afonía absoluta; el enfermo, á pesar de la aproximación exacta de las cuerdas vocales en los dos tercios anteriores, se encontraba tan afónico como en la parálisis de los músculos constrictores. Si, por el contrario, se encuentra simplemente pasesiado, la voz está entonces apagada, ronca y no afónica. Estos hechos me parecen absolutamente indudables, porque he adquirido muchas veces la prueba, y es precisamente esta modificación del timbre de la voz, que varía con el grado de la parálisis muscular, la cual explica las diversas opiniones de los autores en este sentido.

Como la voz, la tos está apagada, ronca, como también afónica; pero es especialmente crupal, constituyendo éste un importante síntoma desde el punto de vista del diagnóstico. En la deglución no existe ningún desorden.

La respiración, normal en el adulto, es un poco penosa en el niño, sobre todo durante la noche. ¿Trátase simplemente en estos últimos de una parálisis muscular, ó bien dominan la escena los desórdenes

concomitantes? Esta es la suposición que me parece más probable. En el niño, cuando hay tos crupal, existe al mismo tiempo laringitis catarral y tumefacción de la mucosa aritenoides, lo bastante para explicar ampliamente los desórdenes glóticos, espasmos y accesos de sofocación. No insistiré en tratar esta importante cuestión, porque creo haberla dilucidado suficientemente en el artículo *Laringitis estridulosa* (véase tomo I, pág. 184).

Al examen laringoscópico, si se tiene presente la situación del músculo ari-aritenoides y su papel fisiológico, será fácil comprender los trastornos que son la consecuencia de su falta de acción.

En la parálisis completa, y durante la fonación, quedan separados ambos aritenoides el uno del otro, poco más ó menos, tanto como lo están durante la inspiración, resultando de ello que la región aritenoides tendrá casi su máximo desarrollo, y la imagen laringoscópica es-

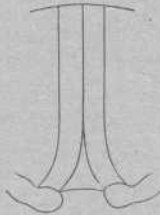


FIG. 34. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la parálisis completa del ari-aritenoides.

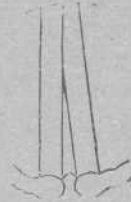


FIG. 35. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la parálisis incompleta del ari-aritenoides.

tará constituida por un triángulo glótico, de base posterior, y con vértice anterior que se remonta casi hasta el tercio anterior de las cuerdas vocales.

En la parálisis incompleta, el vértice del triángulo se aproxima más y más al ángulo tiroideo. De aquí los desórdenes funcionales variados en los dos casos.

Conviene tener presente que durante la fonación, los músculos de la laringe, queriendo concurrir a la producción de un sonido vocal, se contraen de un modo exagerado, así como se ponen fuertemente tensos los músculos ariepiglóticos, y las fibras musculares de las bandas ventriculares, no permitiendo, por lo tanto, ver el interior de la laringe, sino un órgano casi cerrado por completo.

Así es que la *epiglotis*, muy *deprimida*, oculta los dos tercios anteriores de la glotis; las bandas ventriculares borran en parte las cuerdas vocales, y los repliegues ariepiglóticos, llevados con fuerza hacia dentro, contribuyen también a estrechar el campo visual. Separados los aritenoides, dejan entre sí un triángulo glótico muy limitado. Pero a medida

que la parálisis cede, se agranda poco á poco la parte visible al laringoscopio. No es, pues, la figura esquemática de la parálisis de este músculo la que se presenta á la vista con una epiglotis levantada sobre la base de la lengua y un triángulo glótico muy definido; sino, por el contrario, una laringe contraída, una epiglotis muy deprimida y una abertura posterior triangular que constituyen la característica de esta lesión.

Si hubiera una laringitis catarral concomitante, se encontrarán los síntomas habituales durante la inspiración, en cuanto el opérculo glótico, al levantarse, permita la inspección más completa de la cavidad laríngea.

DIAGNÓSTICO. — Esta parálisis es muy importante y á veces bastante difícil de conocer. En efecto: en la parálisis completa, estando la laringe, por decirlo así, encogida sobre sí misma y la mucosa vocal turgente, roja, al mismo tiempo que la región aritenoidea aparece tumefacta, podría hacer creer en una laringitis inflamatoria con congestión de la mucosa posterior. Para asegurarse acerca del carácter de la afección, convendrá, por medio de muchos ensayos, hacer respirar al enfermo, ver si la hinchazón no desaparece y si se está delante de una lesión inflamatoria, paralítica, ó ambas lesiones combinadas.

Al laringoscopio se ven los tumores interaritenoides; además, los aritenoides se aproximan el uno al otro y se comprobarán, en todos los casos, los esfuerzos que ejecuta el músculo interaritenoideo para acercar las eminencias aritenoides, contrayéndose al tiempo mismo que ellos los demás músculos, si bien no de una manera exagerada.

La anquilosis doble se acompaña de síntomas concomitantes muy claros, sobre los que me parece inútil insistir.

CURSO. — DURACIÓN. — El curso y la duración de las lesiones que acabamos de estudiar con el nombre de parálisis aisladas, dependen en absoluto de la naturaleza de la afección y de la causa que la produce. Será pueril esperar un éxito si se trata de una parálisis miopática. El curso será relativamente muy corto, si la afección es de naturaleza inflamatoria ó catarral.

Si la histeria es la causa, entonces el movimiento del músculo se restablecerá tan rápidamente como haya desaparecido, y recíprocamente.

En cuanto al pronóstico, como en la mayor parte de los casos, se encuentra también bajo la dependencia del factor etiológico que ha producido el desorden muscular.

Tratamiento de las parálisis laríngeas.

El tratamiento de las parálisis musculares de la laringe puede dirigirse, bien á la causa de la parálisis, y ser, en este caso, general, ora tan sólo contra la misma afección laríngea, en cuyo caso el tratamiento es local.

No seré difuso respecto del tratamiento general, porque no entra en modo alguno en el programa de estas lecciones estudiar las medicaciones aplicables á las diversas lesiones susceptibles de producir trastornos de la movilidad en el órgano vocal. Todos los tratados de Patología contienen en este sentido indicaciones suficientes, sobre las cuales no habré de insistir aquí.

Por lo que concierne al tratamiento local, he de decir, desde luego, que convendrá tratar con antelación la flegmasia, casi constante en semejantes casos, de la mucosa vocal, porque de otro modo, el tratamiento mejor dirigido quedará sin resultado. La inflamación catarral de la mucosa, como he tenido ocasión de decir en las lecciones precedentes, se combatirá con emolientes, pulverizaciones, toques con el cloruro de zinc, con el nitrato de plata, y, en una palabra, con soluciones astringentes que en ningún caso deberán ser cáusticas. Después de semejante tratamiento, la mucosa recobra su aspecto normal, al cabo de siete ú ocho días.

En los casos rebeldes, podrá aplicarse la electricidad local, y he aquí los medios á que podrá recurrirse.

Consiste un primer procedimiento en obrar al exterior por medio de corrientes, ora farádicas, ora continuas. En cuanto á mí, prefiero las corrientes farádicas, en oposición á la práctica de Massei, que tiende, sobre todo, á alabar las corrientes continuas.

Si se quieren electrizar los crico-tiroideos, se colocan los dos polos, el uno por delante del cartilago tiroides y el otro en su parte lateral. Si la parálisis ha atacado los constrictores, uno de los polos se colocará en la nuca y el otro por delante de la laringe ó á los lados del cuello, en el ángulo posterior del tiroides. Los polos podrán ponerse, ora lateral, ora verticalmente.

Ciertas parálisis ceden bien á las corrientes externas, pero es á menudo necesario colocar un polo en el interior de la laringe, lo que constituye el segundo modo de electrizar ó *electrización directa*, siendo raro que las parálisis histéricas resistan á este procedimiento. También bastará algunas veces (Moura) que el polo se aplique en la epiglotis para que la voz adquiriera su timbre normal.

En algunos casos es necesario penetrar hasta las cuerdas vocales,

sea con un polo, sea con el electrodo doble, colocado al nivel de la región posterior; otras veces, uno de los polos se coloca por fuera de la laringe y el otro en el interior. La intensidad de la corriente será proporcionada al grado de la parálisis observada, á la resistencia y á la tolerancia más ó menos grande del enfermo.

Cualquiera que sea la eficacia que se obtenga por medio de la electricidad, hay que tener presente, sin embargo, que no siempre es suficiente para obtener la curación. Es, con frecuencia necesario instituir un tratamiento general: tónicos, soluciones bromuradas, duchas, hidroterapia y una higiene conveniente capaz de mantener y acrecentar los buenos efectos obtenidos.

Por lo tanto, una gimnasia vocal sabiamente comprendida producirá excelentes resultados. Háganse emitir sonidos largamente sostenidos; hágase recorrer muchas veces la escala musical empleando diversas vocales del alfabeto, y rogando al enfermo que no emita el sonido hasta después de haber hecho una larga inspiración. Deberá aprender á hablar en la expiración, sin esfuerzo, lanzando simplemente el aire contenido en el pecho y haciendo una simple aspiración sonora.

Ciertas afonías que desaparecen momentáneamente, no tardan en volver; entonces será muy útil la gimnasia de la voz; convendrá guardarse en semejante caso, como se ha hecho muchas veces sin razón, de impedir que los enfermos hablen. Al principio se harán pronunciar las palabras con lentitud, recomendando mucho medir cada una de las sílabas que las componen, para que el enfermo aprenda de nuevo á hablar. Se continuará esta gimnasia durante bastante tiempo, para que la voz tome bien su carácter normal. Si fuese insuficiente esta práctica, se deberá entonces hacer comprimir la laringe en su parte posterior, para aproximar mecánicamente los aritenoides. Los mismos enfermos deben ejercitarse en este género de compresión, que facilita la fonación.

No es raro comprobar en las parálisis nerviosas (histéricas), que muy especialmente llaman mi atención en este momento, la existencia de verdaderas zonas fonógenas en uno de los lados del órgano vocal. Muchos habrán podido observar que en las mujeres atacadas de afonía nerviosa, la compresión exterior de la región posterior de la laringe devuelve inmediatamente, por una parte, la voz, en tanto que la compresión del lado opuesto produce, por el contrario, la afonía. Se sabe que en esta neurosis es preciso atender á todas las particularidades, hasta las más inverosímiles, y que se puede hacer hablar á ciertos enfermos por la sugestión pura y simple, en el estado de vigilia. Este procedimiento tiene buen éxito, especialmente en esta clase de enfermos, para conservar el resultado obtenido por medio de la electricidad.

No hablo del sopro eléctrico que, como la electrización directa, suministra también buenos resultados.

Compréndese fácilmente que el precedente tratamiento se aplica, sobre todo, á las parálisis neuropáticas, porque en los desórdenes motores de origen central, ó por lesión de los mismos filetes nerviosos (compresión, neuritis), la electricidad no dará resultados tan favorables.

La parálisis de los dilatadores necesitará alguna vez medios más radicales. La respiración podrá estar, en semejante caso, muy comprometida, y la traqueotomía hacerse una operación de urgencia. El mejor procedimiento será entonces la laringotomía inter-crico tiroidea, á causa de la mayor facilidad con que podrá practicarse, y también porque, debiendo quedar la cánula colocada durante un tiempo relativamente corto, se quitará más fácilmente.

En los casos dudosos, se debe prescribir un tratamiento mixto de iodo y mercurio, y los embadurnamientos iodados en el trayecto de los recurrentes. Por estos medios, desaparecen ciertas parálisis nerviosas resultantes de neuritis agudas ó de compresiones debidas á ganglios tumefactos. Esta causa es, á mi juicio, una de las que determinan más á menudo parálisis unilaterales, y cuya manera de producirse escapa al examen más minucioso.

Por último, recuerdo, al terminar, los preparados de nuez vómica ó el sulfato de estriquina, administrado este último por la vía estomacal ó hipodérmica, como aconseja Lennox-Browne; pero no debo tampoco ocultar que si las preparaciones iodadas y la electricidad no dan resultado, es muy de temer que, á su vez, resulte ineficaz la estriquina.

Tales son las diversas medicaciones de que podemos disponer en los casos de parálisis laringeas, en las que debe tratarse, ante todo, de investigar la causa primera, para obrar en seguida con mayor seguridad y más esperanzas de éxito.

[De las numerosas variedades de parálisis laringeas que, según hemos visto, existen, hay, por desgracia, un gran número contra las cuales los recursos terapéuticos de que podemos disponer son más ó menos infructuosos. Tal ocurre con las determinadas por cáncer del esófago, aneurismas de la aorta, lesiones tabéticas, etc.]

En lo que concierne á estas dos últimas enfermedades, el Dr. Luc establece en su tratado sobre *Les neuropathies laryngées*, que se puede hacer una ligera restricción.

Opina que no todas las parálisis recurrenciales de origen aórtico son producto fatal de la dilatación aneurismática de aquel tronco sanguíneo, pues las relaciones tan íntimas que le unen al recurrente izquierdo le permiten suponer que « simples lesiones inflamatorias peri aórticas

(fáciles de reconocer, así como de combatir mediante el reposo, la revulsión exterior y la medicación iodoformada) son susceptibles de interesar la motilidad de la cuerda vocal de este lado.

Respecto de la terapéutica demostrada Fournier el papel tan importante que juega la voz en su etiología, y en su consecuencia, debemos instituir un tratamiento mixto desde el momento en que hemos podido establecer el diagnóstico de la parálisis laríngea, producto de aquélla enfermedad.

Siempre que veamos depende la parálisis laríngea por una compresión justificable de una intervención operatoria (tumor cervical operable), estaremos en el deber de instituir la terapéutica quirúrgica como el tratamiento más racional.

En la laringe, cual acontece en la faringe, reclaman las parálisis de origen diftérico la medicación tónica acompañada de la electrización.

Iguales medios emplearemos en las parálisis histéricas (además de los antiespasmódicos, sugestión, hidroterapia, gimnasia y género de vida higiénico desde los puntos de vista corporal é intelectual), las cuales, por otra parte, presentan, bajo el concepto de su curabilidad, las más opuestas y raras variabilidades. Es suficiente, en ocasiones, practicar un simple toque, una embrocación con cualquiera agente farmacológico, ó una insuflación intralaringea y hasta la sencilla aplicación del espejillo laringoscópico, para hacerlas desaparecer al momento, por más que el retorno de la voz — que, en tales casos, ha obedecido á un acto sugestivo — reaparezca más tarde ó más temprano.

Sin embargo, esto no ocurre sino muy excepcionalmente, y, por lo tanto, hemos de vernos obligados, la mayoría de las veces, á desarrollar el plan terapéutico antes citado, á base, sobre todo, de la electrización.

Esta forma de tratamiento se aplicará bajo la de sesiones farádicas seguidas de sesiones galvánicas, por los métodos extra ó intralaringeos.

En el primer caso, se colocarán los reóforos á cada lado del cartilago tiroides, si la parálisis es bilateral. Si, por el contrario, se halla limitada ésta á una mitad del órgano fonético, deberemos aplicar uno de los reóforos á la lámina correspondiente afectada del tiroides, y el otro á la región cervical de la columna vertebral.

En el segundo caso (método intralaringeo), se fijará uno de los reóforos en la parte anterior del cuello, y el otro, sirviéndonos, por supuesto, del espejillo laringoscópico, lo introduciremos en la cavidad de la laringe en forma de estilete, encorvado convenientemente y cubierto por una envoltura de caucho á fin de aislarlo, menos en su extremidad terminal, la cual convendrá tenga la forma de botón. Esta extremidad habrá que recubrirla con un poco de algodón en rama, humedecida en el momento en que vayamos á emplearlo. El mango al que se adopte dicho estilete conductor de la corriente, debe llevar un resorte ó inte-

ruptor, que sólo permita la comunicación del fluido cuando se oprima con el dedo del operador, tal cual se hace con el mango del galvanocauterio. De este modo, sólo permitiremos el paso de la corriente cuando hayamos introducido el estilete en la laringe y hayamos colocado su extremidad libre en el punto conveniente.

En los casos en que la parálisis se halla limitada á un grupo determinado de músculos, habrá que aplicar el botón del reóforo sobre el punto *A* ó el punto *B* de la cavidad laríngea correspondiente á aquél. Así, en las parálisis del ari-aritenoides, se aplicará sobre la pared posterior; en las de los tiro-aritenoideos, sobre las mismas cuerdas vocales.

Ziemssen ha hecho construir un electrodo doble, que suprime la necesidad de emplear el reóforo externo.

Generalmente, el paso de la corriente da por resultado el inmediato retorno de la voz; mas este retorno, cual hemos visto acontecer con los medios sugestivos, es sólo transitorio, y desaparece ora á seguida de terminarse la sesión, bien algún tiempo después. Cuando sucede esto último, es un buen augurio para el pronóstico.

Gottstein aconseja los ejercicios de vocalización en el intervalo de estas sesiones.

Si los enfermos presentan signos evidentes y manifiestos de anemia ó de clorosis, obtendremos grandes ventajas del empleo simultáneo de la electrización y la medicación tónica (hierro, hidroterapia, etc.).

Debo consignar, respecto de la hidroterapia, que, además de sus efectos tónicos, suele provocar á menudo la impresión causada por el agua fría, crisis agudas que suelen ser el punto de partida del retorno definitivo de la voz.

En ciertos casos rebeldes, y cuando hayamos agotado estos medios, podremos recurrir á la compresión bilateral de la laringe por el método de Ollivier; á la compresión ovárica (Jonquière); á la estricnina; al cambio de aires y de clima (Gottstein), ó á la sugestión (Schnitzler).

Es evidente que cuando la inercia de las cuerdas vocales coexista ó reconozca un origen probable de lesiones catarrales del órgano vocal, reclamará una medicación local apropiada (toques, insuflaciones, pulverizaciones, etc.), así como cederá á la ablación de las amígdalas si éstas son voluminosas y están hipertrofiadas; á la causticación de hipertrofias nasales; al restablecimiento de la función menstrual interrumpida ó alterada, etc., etc.

El *masage* se ha utilizado entre algunos laringólogos para combatir ciertas parálisis de las cuerdas vocales, por cierto con escaso resultado.

Si algún éxito se ha obtenido, ha sido en los de origen histérico, y en gran parte habrá influido la sugestión.

Se practica con los dedos, á través de la piel, sobre el grupo de músculos crico-tiroideos.

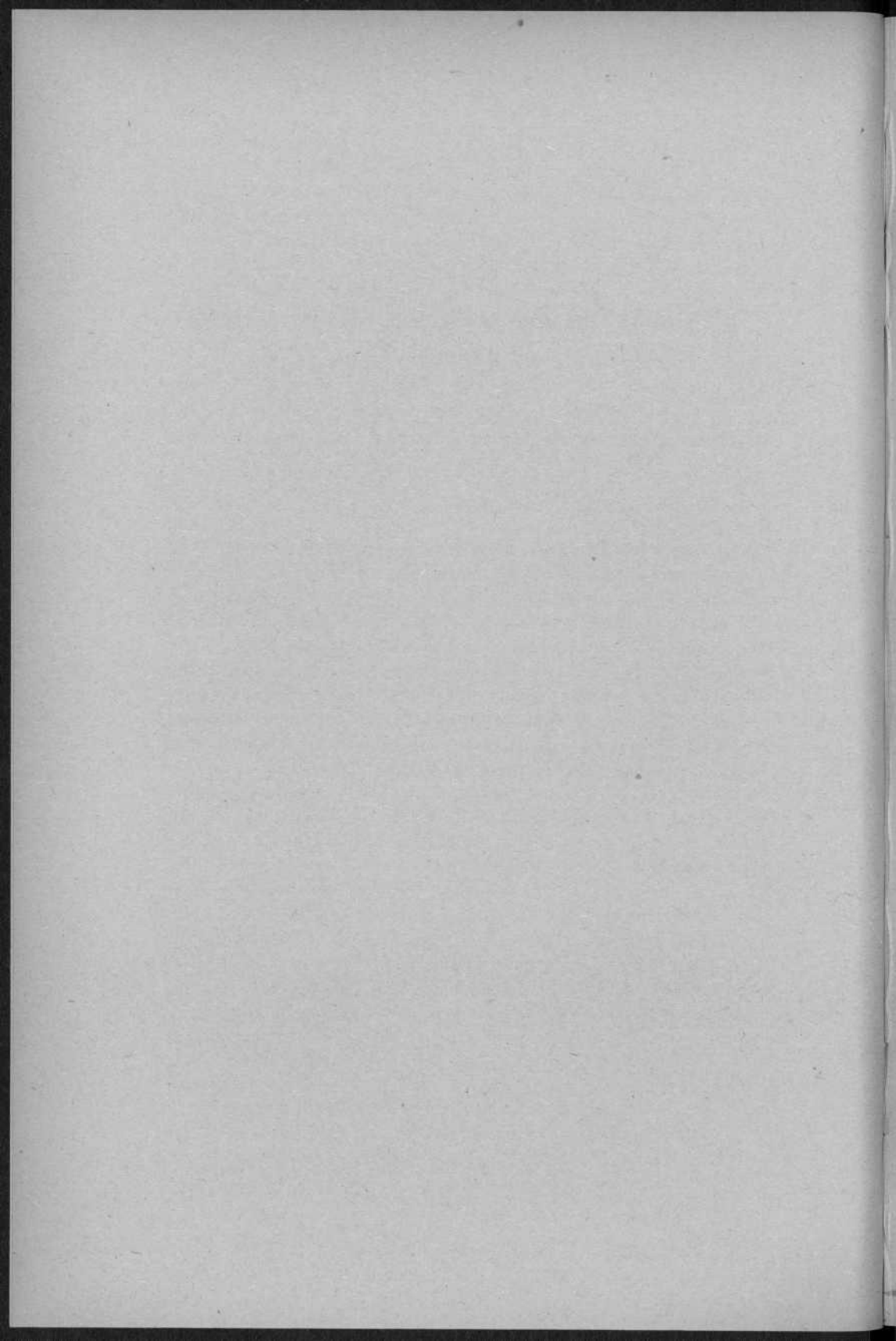
También he usado desde hace mucho tiempo, con resultados diferentes, los toques endolaríngeos con cloroformo puro, en las parálisis histéricas. Pero, á pesar de los muchos éxitos, no concedo ni á este remedio ni á la forma de su aplicación, otro valor que el puramente psíquico, esto es, el sugestivo.] — DR. C. COMPAIRD.

Espasmos de los músculos de la laringe.

Sumario — Definición. — División de la materia. — La clasificación que se funda en la etiología de los espasmos musculares es la más cómoda para el estudio de estas lesiones.

Designase con el nombre de espasmo de los músculos de la laringe, una contracción transitoria ó duradera de todos ó de una parte de los músculos de este órgano.

Según la contracción ataque tal ó cual grupo de músculos, puede establecerse con Elsberg, de Nueva York, la siguiente división: 1.º, espasmo de los músculos fonadores; 2.º, de los músculos inspiradores (dilatadores), y 3.º, espasmo de los músculos constrictores (adductores). Sin embargo, es preferible y hasta posible, hacer una clasificación etiológica de estos desórdenes musculares, á saber: 1.º, espasmos funcionales; 2.º, espasmos por irritación directa; 3.º, espasmos de origen periférico; 4.º, espasmos de origen central; 5.º, espasmos reflejos, y 6.º, espasmos asociados á una afección general. Esta es la que adoptaremos y este el orden que seguiremos en el estudio de los desórdenes musculares que vamos á emprender.



1.º Espasmos funcionales ó de los músculos fonadores.

Sumario. — Denominaciones variadas. — La fatiga vocal es la causa ordinaria. — Son fáciles de reconocer. — Naturaleza de los trastornos vocales. — El examen laringoscópico proporciona pocos resultados. — Curso, duración y terminación de la dolencia. — Facilidad del diagnóstico. — El pronóstico generalmente es grave; esta regla tiene excepciones. — Tratamiento local y general: es necesario el examen de las fosas nasales.

Comprendemos con el nombre de espasmos funcionales, ó de los músculos fonadores, una especie de calambre profesional de los músculos que presiden á la función de la voz.

Descrita con nombres bastante variados, esta afección ha recibido sucesivamente las denominaciones de contractura de los músculos fonadores (Elsberg), de espasmo fónico (P. Koch), de mogifonia (fatiga de la voz) (Fränkel, Breggen), de disfonía espástica (Schech), y de espasmo profesional, que es el que nosotros elegimos.

ETIOLOGÍA. — Como indica esta última denominación, la causa habitual de esta neurosis es la fatiga vocal exagerada.

Los esfuerzos vocales de toda especie, el prolongado ó desacostumbrado trabajo de la voz son, en primer lugar, susceptibles de ocasionar los desórdenes que vamos á estudiar. También, con P. Koch, podemos comparar el espasmo fónico á la disquinesia profesional de los escritores, de los pianistas, de los violinistas, etc. Este autor cita, en apoyo de su opinión, una observación bien hecha para convencernos de la exactitud de la comparación. Todavía la fatiga vocal no será la única causa que explique la producción del espasmo que en este momento nos ocupa. Precisa contar también con el histerismo, este verdadero Proteo con el cual es preciso contar siempre en la etiología de las neurosis de la sensibilidad ó del movimiento en las primeras vías aéreas.

En los demás casos, convendrá buscar en las fosas nasales la explicación de los fenómenos que se observan, y especialmente en la

pituitaria que, más ó menos alterada (vegetaciones polipoideas, hipertrofias, pólipos, diversos tumores, etc.), podrá exigir el tratamiento.

Bresgen atribuye á las lesiones de este orden la falta de coordinación de los músculos de la laringe, á la que Fränkel ha dado el nombre de mogifonía, no porque este autor vea en ella la expresión de un desorden reflejo, sino más bien el resultado de un obstáculo mecánico en la respiración y en la salida de las ondas sonoras, donde resulta un aumento en el trabajo para los músculos vocales.

Tres casos referidos por Bresgen ponen en evidencia, preferentemente, el origen nasal de la enfermedad de la laringe, ya que ésta se cura por medio del tratamiento aplicado á la membrana de Schneider hipertrofiada. Nosotros no vamos á detenernos en la explicación de estos fenómenos, limitándonos á registrar los hechos para recordarlos á propósito del tratamiento.

Schech agrega á estas diversas causas las inflamaciones agudas de la mucosa de la parte posterior de la garganta ó de la laringe, que pueden ocasionar desórdenes parésicos especiales, sobre los que he llamado ya la atención, con motivo de la laringitis catarral aguda, y no he de volver ya á hacerlo de nuevo.

En algunos casos, los enfermos tenían bocios más ó menos voluminosos (Jonquières, Schech, Koch), siendo entonces posible admitir una irritación de uno ó de ambos recurrentes en ciertas posiciones del cuello ó de la cabeza, que permitían al cuerpo tiroides hipertrofiado hacer titilar el nervio laríngeo superior y producir el espasmo observado.

Finalmente, recuérdese que, en otras ocasiones, el espasmo es de origen central. He aquí una etiología particular sobre la que habremos de volver más tarde.

SINTOMAS. — El síntoma funcional que domina la situación es el desorden vocal resultante de la contracción rápida y brusca de los músculos fonadores. En el momento en que el enfermo quiere emitir un sonido, hablar, leer en voz alta ó cantar, hácese evidente la disfonía. Entonces la voz se vuelve entrecortada, las palabras cortadas no salen más que á medias, y á veces ninguna; prodúcese, como ha dicho muy bien el Dr. P. Koch, un verdadero «tartamudeo de las cuerdas vocales», cuya intensidad puede, como se comprende, ser extremadamente variable.

Los desórdenes son fácilmente apreciables, en especial durante la emisión de ciertas palabras, y la afonía casi completa. La fonación en voz baja es, alguna vez, posible.

La tos, la risa y el cuchicheo efectúanse habitualmente de una manera normal; pero, en los casos más graves, estas funciones se encuentran también comprometidas.

Las alteraciones de la voz varían según estén afectados de espasmo un grupo muscular ó todos los músculos de la laringe, y según aquél sea transitorio (Jurasz), ó permanente (Krause, Michael). Esto no obstante, no hay que olvidar que estudiamos especialmente, en este momento, los espasmos pasajeros que se producen al emitir la voz é impiden la función regular de las cuerdas vocales.

La respiración permanece íntegra en absoluto; he aquí un hecho importante sobre el que llamo la atención. Pero cuando el espasmo acaba de producirse y cesa durante algunos momentos, no es, como ha dicho con razón el Dr. P. Koch, una respiración profunda y sonora la que se verifica, sino una verdadera expiración, un verdadero suspiro de alivio, que permite escaparse al exterior al aire retenido en los pulmones. Entonces cesa esta especie de voz comprimida tan patognómica, resultado de la acumulación del aire que el enfermo no puede emitir á su voluntad, haciendo vibrar á su paso las cuerdas súbitamente aproximadas, y separándose apenas cuando el espasmo es violento y rápido.

El examen laringoscópico en el estado de reposo no suministra más que datos negativos, siendo la imagen del órgano absolutamente normal, en tanto llena las funciones respiratorias; pero á la menor tentativa de fonación, ó, por lo menos, al cabo de algunos instantes, vense las cuerdas vocales, repentinamente afectadas de contractura, aproximarse bruscamente la una á la otra, y yuxtaponerse, ora en toda su longitud, ora, por el contrario, por una especie de ondulación que las hace casi montar la una sobre la otra.

Según que el espasmo se localice en los músculos posteriores (aritenoides), ó en los tiro-aritenoides, observaremos imágenes glóticas, pasajeras, es verdad, pero con aspecto muy variable. En el primer caso, los dos aritenoides se apoyan el uno en el otro, produciendo la brusca aproximación de las cuerdas; en el segundo, por una especie de ondulación antero-posterior, se yuxtaponen los labios de la glotis más ó menos en toda su longitud, quedando mientras tanto abierta la región posterior. En este último caso, los crico-aritenoides laterales participan habitualmente del espasmo.

De una manera general, los músculos fonadores (constrictores) son los que se contraen simultáneamente del modo que acabo de indicar.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — El curso de la afección se desprende naturalmente de la descripción que acabo de trazar. Varía con la causa que la produce. Habitualmente ligero al principio, el espasmo puede ir aumentando si el enfermo no toma las precauciones necesarias para evitar su agravación. Por otra parte, este síntoma no se presenta en ciertos enfermos más que después de esfuerzos vocales

exagerados, ó después de la emisión de algunos sonidos. Una emoción algo viva aumenta generalmente el desorden muscular.

En cuanto á su duración, es igualmente variable: transitoria en algunos casos, acepta en otros una desesperante tenacidad, hasta el punto de que no cesa casi nunca, haciéndose entonces indefinida su duración.

La curación, me apresuro á decirlo, es bastante rara, casi excepcional también, ya que la lesión reaparece á los menores esfuerzos que el enfermo hace.

PRONÓSTICO. — Resulta de lo que precede, que el espasmo profesional de los músculos fonadores es una afección grave para los individuos que necesitan su voz, y con Schech, Morell-Mackenzie y P. Koch, diremos que es casi incurable. Casi únicamente los desórdenes neuropáticos darían un pronóstico menos sombrío, pues ya se sabe con qué facilidad desaparecen en las histéricas las variadas manifestaciones de esta neurosis; pero no hay que olvidar cuán frecuentes son las recidivas, aun en los casos aparentemente benígnos.

Los espasmos que tengan su origen en las fosas nasales serán también susceptibles de mejoría y aun de curación. Aunque los casos de fatiga vocal de Bresgen no entran en absoluto en el cuadro que acabo de trazar, se aproximan bastante, á mi juicio, para que merezcan ser descritos paralelamente, y, por consecuencia, suministrar un pronóstico favorable.

DIAGNÓSTICO. — No insistiré en un diagnóstico que me parece imponerse por sí mismo; de tal modo son característicos los desórdenes vocales y el examen de la laringe. El carácter transitorio de la contractura permite eliminar todos los demás desórdenes del movimiento que ocasionan lesiones permanentes visibles en el espejo. Acordémonos tan sólo de examinar las fosas nasales de los enfermos para asegurarnos de que no se encuentra en estas cavidades la explicación de los fenómenos observados.

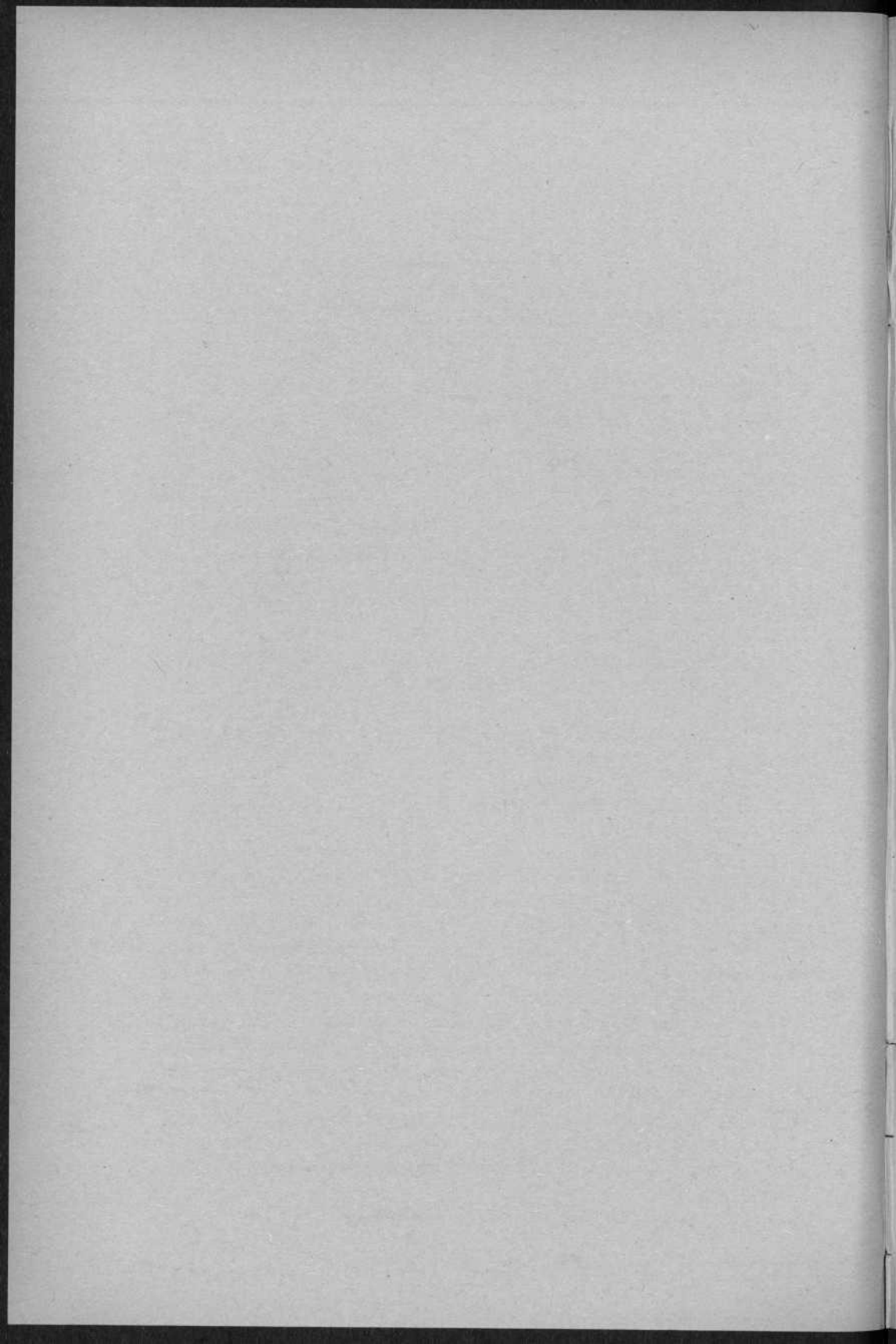
TRATAMIENTO. — En una afección tan rebelde como la que nos ocupa, me parece inútil aconsejar que se combata la causa de la neurosis, si es conocida. Así es que el reposo del órgano debe ser la primera prescripción, á la que agregaremos, después de cierto tiempo, la gimnástica vocal metódica, hecha con sabia lentitud y suficiente perseverancia. Al mismo tiempo, se aplicarán corrientes eléctricas, inducidas preferentemente, y aplicadas, si es al exterior, por delante y sobre las partes laterales de la laringe (un polo en la nuca, y otro por delante de este órgano), ó en cada lado, al nivel del punto que corres-

ponde á la articulación crico-aritenoidea. Se podrá también colocar un polo en la laringe y el otro exteriormente (nuca, tiroides), ó ambos en el órgano vocal (electrización directa).

El masaje laringeo, la hidroterapia, las inhalaciones de cloroformo, los toques de la mucosa con una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10 ó al 1 por 15 se podrán poner en uso sucesivamente.

Interiormente se administrará, según los casos, bromuro de potasio valerianato de zinc, de atropina, iodo (casos de bocio), aceite de hígado de bacalao, ó tónicos (quinina, hierro, ejercicio regular), etc., etc.

Por último, si la causa está en las fosas nasales, habrá que reducir la mucosa hipertrofiada con el ácido crómico ó el galvanocauterio, ó hacer desaparecer los neoplasmas que se crea son susceptibles de determinar los trastornos que hayamos comprobado. Para estos diversos tratamientos un tanto especiales, no puedo hacer más sino remitir al lector á la parte correspondiente de esta obra, en la que se estudian las enfermedades de las fosas nasales, y en donde se encontrarán detallados los diversos procedimientos operatorios de que actualmente disponemos para obrar sobre las diferentes alteraciones de la mucosa pituitaria.



2.º Espasmos por irritación directa.

Sumario. — Son bastante comunes. Modo de producirse. Su etiología es variada y su duración generalmente corta. — El pronóstico, benigno de ordinario, puede hacerse grave. — Tratamiento profiláctico y tratamiento del acceso.

Los espasmos por irritación directa se observan en el curso de las inflamaciones agudas de la mucosa vocal, en algunos enfermos nerviosos, predispuestos á esta especie de ataques. Así que son frecuentes en los niños afectos de catarro agudo de la laringe, puesto que constituye en ellos una verdadera entidad morbosa, descrita con el nombre de laringitis estridulosa. No hemos de volver ahora sobre esta afección particular de la infancia, que podría entrar en la categoría de los espasmos por irritación directa ó de origen reflejo, según la patogenia que al acceso se atribuya.

El edema de la mucosa, brusco, agudo, haciendo oficio de verdadero cuerpo extraño de las vías aéreas, puede también hacerse el punto de partida de espasmos laríngeos.

Los tumores pediculados muy voluminosos son igualmente susceptibles, en el momento en que se desprenden, de titilar los puntos de la mucosa con los que no están en contacto habitualmente, y originar ó engendrar una estrechez espasmódica de las cuerdas vocales. Sin embargo, este hecho es raro, pues sabemos que la membrana de la laringe se acostumbra ordinariamente á estas titilaciones repetidas, las cuales á la larga no producen ningún reflejo. Es preciso, para que este síntoma aparezca, que el neoplasma haya adquirido un volumen bastante considerable á fin de impedir la entrada del aire en la tráquea; entonces el espasmo, por ligero que sea, no hace más que aumentar la estenosis respiratoria.

Los cuerpos extraños, cuando se introducen en el árbol respiratorio, producen una verdadera rebelión del esfínter de las vías aéreas superiores, ocasionando de este modo un espasmo más ó menos violen-

to, según la naturaleza del cuerpo introducido. Los líquidos acarrear el fenómeno conocido con el nombre de atragantamiento, es decir, una tos espasmódica, que se calma pasados algunos instantes. Las inhalaciones de vapores ó de polvos acres, irritantes (ácido sulfuroso, ipecacuana en polvo, etc.), causan también una verdadera sofocación momentánea; pero los cuerpos extraños sólidos son, con mucho, los que determinan los accesos de espasmo más graves, ya que la asfixia puede ser la inmediata consecuencia. Veremos, sin embargo, al ocuparnos de estas lesiones, que no es obligatorio ese síntoma inicial.

Ciertos tópicos introducidos voluntariamente en la laringe con un objeto terapéutico, pueden igualmente producir espasmos. Tales son, en primer lugar, las soluciones concentradas de ácido crómico, de nitrato ácido de mercurio, de nitrato de plata y de ácido láctico. Principalmente en los enfermos en que por primera vez se trata la mucosa vocal, estos espasmos son muy frecuentes y atacan con una violencia tal, que asustan al médico poco circunspecto ó poco acostumbrado á las maniobras laringoscópicas, observándose también, en algunos sujetos nerviosos, esta contracción pasajera de los músculos de la laringe después de un embadurnamiento de la pared faríngea ó de una simple depresión de la lengua.

El lector verá pronto cómo se pueden evitar estos accidentes, ó al menos atenuarlos de un modo considerable.

SÍNTOMAS. -- El espasmo por irritación directa no se presenta más que en el momento preciso en que entra en acción una de las causas que acabamos de enunciar, es decir, que su principio es brusco. Precedido alguna vez de una sensación de cosquilleo que provoca una tos por accesos, compuesta de una serie de expiraciones rápidas, á las que sucede una inspiración sonora, silbante, completamente característica, principia otras veces de repente por esta aspiración, residuo del aire que penetra difícilmente entre las cuerdas vocales afectadas de contractura. La expiración es corta y superficial, porque el enfermo se apresura á retener su aliento, lo que hace con mucha dificultad, no consiguiéndolo alguna vez. Por poco que este estado se prolongue, el rostro del paciente se congestiona, se levanta de su asiento el enfermo, corriendo á la ventana, con el cuerpo echado hacia delante y los labios entreabiertos, buscando un aire que no se introduce en sus pulmones; y si esto se prolonga, la asfixia y algunas veces la muerte termina tan lamentable escena.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La exposición que acabo de hacer indica poco más ó menos la marcha de la dolencia que en este momento nos ocupa.

El espasmo se reproduce cada vez que obra la causa determinante. Sin embargo, es preciso saber que no reviste siempre el mismo carácter de intensidad; así es que, por ejemplo, un tópicó llevado á la laringe, que haya ocasionado la primera vez una contracción violenta, podrá á la segunda ó tercera aplicación no producir más que una ligera sensación de constricción que apenas merece el nombre de espasmo. Sucede lo mismo con los vapores ó polvos, que no son irritantes más que al principio, y á los que la mucosa concluye á la larga por habituarse poco á poco.

La duración del espasmo glótico, objeto de nuestro estudio, es generalmente tan corta como muy violenta; pero si el aire penetra todavía en las vías aéreas, la respiración sibilante, estridulosa, puede prolongarse durante muchos minutos y también más de una hora, como se ha observado después de ciertos toques de la mucosa vocal (ácido crómico, etc.).

En los casos de cuerpos extraños, la crisis se reproduce á cada desalojamiento experimentado por el cuerpo del delito, constituyendo éste un signo característico sobre el que volveremos á hablar más tarde. Pasajero y de duración bastante corta, según el punto en que se ha parado el objeto introducido en el árbol respiratorio, el espasmo procede por crisis más ó menos lejanas, ó muy próximas, según los casos y los enfermos.

Por punto general, después de algunas inspiraciones sonoras, sibilantes, la respiración se hace paulatinamente más fácil, y la calma reaparece, con grande satisfacción del enfermo, cuyo rostro toma el aspecto normal.

En otros casos más serios, la apnea, según tengo manifestado, es completa y la asfixia que comienza detiene la contractura espasmódica, á menos que el enfermo no sucumba por suspensión de los latidos del corazón, observándose esta terminación fatal principalmente en los cardiacos ó en los enfermos de aneurisma, en que el espasmo ocasiona la rotura del saco.

PRONÓSTICO. — Despréndese, naturalmente, de la exposición que acabo de hacer. Benigno en la generalidad de los casos, adquiere, como fácilmente se comprende, una gravedad excepcional cuando la muerte viene á terminar la escena.

DIAGNÓSTICO. — No insistiré en el diagnóstico; los conmemorativos por una parte, y el examen de la laringe por otra, hacen comprender, casi en todos los casos, á qué causa podrá atribuirse la lesión, y, por consiguiente, conocer los medios á que habrá de recurrirse para combatirla. En cuanto al diagnóstico del espasmo mismo, los síntomas por

los que se manifiesta no permiten dudar sobre la naturaleza de la fatiga respiratoria, que el enfermo describirá ó que tendremos á la vista. Sólo la idea de una afección refleja pudiera detenernos algunos instantes; pero, como acabo de decir, el interrogatorio nos fijará con rapidez en este sentido

TRATAMIENTO. — Será profiláctico, y consistirá en apartar del sujeto atacado las causas que puedan producir la laringitis espasmódica.

Así, que se combatirán los puntos inflamatorios ó edematosos por los medios conocidos; si existe un tumor ó un cuerpo extraño, se practicará la extracción con los medios que indicaremos ulteriormente. (Véase *Pólipos de la laringe y cuerpos extraños: tratamiento.*)

Si el espasmo resultara de aplicaciones tópicas ó de inhalaciones irritantes, se habituara gradualmente la mucosa laringea á las manipulaciones necesarias, y se educará el órgano antes de emplear los tópicos astringentes ó cáusticos, que determinan esos accesos de espasmos, formidables á veces, y siempre desagradables para el enfermo y para el médico. Recuérdese entonces que estas contracturas disminuirán naturalmente de frecuencia y de intensidad, si se tiene la precaución de no aplicar cáusticos sino después de haber anestesiado la mucosa vocal con una solución de clorhidrato de cocaína (al 1 por 10 ó al 1 por 5). En todos los casos, cuando se haya practicado un primer toque de la laringe, habrá que asegurarse de que la respiración por la nariz se efectúa con normalidad, y si se encuentra un desorden por esta parte, no se dudará, como aconseja el Dr. Ruault, en practicar desde luego la anestesia de esta mucosa con la solución que acabo de mencionar. La cocaína, produciendo la retracción de la mucosa, hará posible el paso del aire por la nariz, y, por consiguiente, llevado el cáustico al órgano vocal, permitirá que el enfermo respire por aquella vía, cerrando herméticamente la boca, método que da el inmediato resultado de impedir que el espasmo se produzca ó, por lo menos, de atenuarlo.

El tratamiento del acceso consiste, efectivamente, en impedir que el sujeto aspire con avidez, abriendo ampliamente la boca, y en rogarle que detenga el aliento durante algunos instantes, para que efectúe en seguida la respiración por la nariz. Tal es el procedimiento, por medio del cual se modifica este estado, siempre tan espantoso, y el medio mejor para evitar su producción.

Si la depresión forzada de la lengua ocasiona el espasmo, se deprimirá simplemente la punta ó el tercio anterior de este órgano, con lentitud y suavidad, para que el enfermo tenga confianza, y en todos los casos para rechazar la base de la lengua sobre el orificio de la faringe, cuya epiglotis caída puede ocasionar el principio de la crisis.

3.º Espasmos de origen periférico.

Sumario. — Los espasmos de origen periférico son bastantes raros. — Causas habituales. — Síntomas: tos seca, por accesos, espasmódica, como la de la coqueluche. — Curso, duración, terminación. — Pronóstico. — Tratamiento.

Los espasmos de la laringe que acabamos de estudiar débense especialmente á la irritación más ó menos viva de los nervios pneumogástricos ó de sus ramas recurrentes; lo cual quiere decir que todas las modificaciones patológicas sobrevenidas en los órganos relacionados con los filetes nerviosos, pueden determinar el acceso espasmódico. Con este título pudiera señalar las hipertrofias ligeras de los lóbulos laterales del cuerpo tiroideo; los neoplasmas malignos de la laringe, de la tráquea ó del tercio superior de la misma; los aneurismas de la aorta (recurrente izquierdo) ó de la subclavia (recurrente derecho); las induraciones del pulmón; ciertos abscesos del cuello; las heridas de esta parte, y, finalmente, la hipertrofia transitoria ó duradera de los ganglios intra-traqueales. Esta adenopatía especial, muy conocida actualmente gracias á los trabajos de los Dres. Guéneau de Mussy, Barety, Leval-Piquechef, Jules Simon, etc., etc., es una de las causas más frecuentes de la irritación de los nervios laringeos ó pneumogástricos.

No puedo referir en este sitio la historia de la adenopatía tráqueo-bronquial, tan bien estudiada por los autores que he mencionado; pero insisto de una manera especialísima en esta etiología, demasiado desconocida con frecuencia, de la neurosis que en estos momentos nos ocupa.

Es útil, sin embargo, no exagerar la importancia de estas hipertrofias, más que las diversas causas que he señalado, porque es necesario añadir que si la compresión se acentúa, no es el espasmo el que se observará, sino más bien la parálisis. Por desgracia, los trabajos de Guéneau de Mussy, de Barety y, puedo añadir, de la mayor parte de los autores que se han ocupado en la adenopatía tráqueo-bronquial,

están desprovistos de un criterio indispensable: del examen laringoscópico. Así es que el Dr. Barety habla bien del espasmo, de la respiración ronca y de la parálisis; aduce también la opinión del doctor Hourmann (1852), que atribuía la laringitis estridulosa infantil a la compresión de los recurrentes por los ganglios hipertrofiados; pero es fácil notar que en este trabajo existe una confusión lastimosa entre los espasmos y las parálisis de los dilatadores de la glotis, problema espinoso entre todos, como ya hemos tenido ocasión de verlo.

En una palabra: es preciso que exista irritación del filete nervioso, y no abolición de la función que por el espasmo se produce.

SÍNTOMAS. — Cuando se realiza esta última condición, el enfermo se queja al principio, cuando la irritación nerviosa es ligera, de una simple sensación de cosquilleo en la parte posterior de la garganta, de un verdadero prurito que le hace toser, como si quisiera desembarazarse de una mucosidad detenida en la laringe. La tos seca, brusca, entrecortada, nerviosa, se reproduce con una tenacidad porfiada, exasperando al enfermo, que no consigue calmar momentáneamente este síntoma, desagradable entre todos, más que tragando algunos sorbos de líquidos, tomando narcóticos (morfina) ó anestésicos locales (cocaína).

En un grado más avanzado, no es una simple expiración brusca y rápida, sino una serie de expiraciones entrecortadas, que producen accesos de tos semejantes á los de la coqueluche, con respiración más ó menos sibilante y alguna vez suspensión de la respiración y, por exageración, el espasmo laríngeo.

Cuando se llega á esta última etapa, la irritación nerviosa llega al colmo por punto general, haciéndose permanente, y la contractura consecutiva de una de las cuerdas vocales es entonces resultado de la agravación que se produce en el trayecto del nervio, contracción que la parálisis vendrá á reemplazar más tarde, cuando la función nerviosa se encuentre abolida en absoluto (degeneración).

Un hecho importante en la sintomatología de los espasmos de origen periférico es la aparición ó la disminución, y hasta la suspensión de estos síntomas, en ciertas posiciones de la cabeza ó del cuello del enfermo, particularmente cuando existen tumores de esta región, en que los cambios de posición del sujeto influyen en la existencia ó desaparición del elemento espasmódico.

Apresúrome á añadir que el examen laringoscópico dará un resultado negativo, estando la mucosa habitualmente sana ó apenas roja por detrás, si la tos es incesante ó el espasmo frecuente.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La marcha de la dolencia varía con la causa que determina su explosión. Efectivamente, si el

neoplasma que acarrea los desórdenes que acabo de describir, continúa desarrollándose, la marcha progresiva del mal será la regla absoluta, sucediendo al espasmo pasajero del principio la contractura ó la parálisis definitiva.

Si, por el contrario, la irritación nerviosa disminuye ó desaparece, el elemento espasmódico seguirá la evolución de la lesión primitiva. Particularmente en los casos de adenopatía, como igualmente de bocio, se verá la contractura retroceder por intervalos, para hacerse más intensa otras veces, ó no reproducirse, bajo la influencia de un tratamiento apropiado.

De lo dicho resulta que la duración de la enfermedad es esencialmente variable. Muy corta á veces, es susceptible también de durar muchos años, desapareciendo por un momento para reaparecer en seguida con la causa que había determinado su presentación.

PRONÓSTICO. — Depende esencialmente de la causa productora del espasmo, porque es raro que éste tenga suficiente intensidad para poner en peligro la existencia del individuo ó necesitar una intervención quirúrgica. Constituye más bien una verdadera incomodidad para el enfermo, á quien inquietan con exceso la tos incesante ó los accesos de sofocación; pero este síntoma desaparece por sí mismo, precisamente en los casos de compresión más graves (tumores malignos, aneurismas, etc.), por agravación de la lesión primitiva.

DIAGNÓSTICO. — No tengo nada de particular que decir sobre el diagnóstico de esta afección, que es fácil de conocer. Convendrá, sobre todo, aplicarse á buscar la causa primera de la irritación nerviosa, y he aquí, lo aseguro, un problema á veces difícil de resolver. Se pensará en las diversas causas invocadas al principio de este capítulo, examinando con un cuidado exquisito el trayecto de los pneumogástricos ó de los recurrentes, la laringe, los pulmones, el corazón y, en una palabra, todos los órganos susceptibles de obrar en esta etiología tan compleja.

TRATAMIENTO. — Conocida la causa del espasmo, el primer cuidado será combatirla con los diversos medios terapéuticos de que disponemos.

No tengo necesidad de recordar las medicaciones empleadas contra los tumores benignos ó malignos de esta región, contra los aneurismas, las induraciones del pulmón, los ganglios hipertrofiados, etc., etc. Me circunscribiré á decir que, en los casos dudosos, no debe vacilarse en prescribir el ioduro de potasio ó de sodio al interior, á dosis débiles desde luego, 0,50 por día, y después á dosis progresiva. Igualmente

los revulsivos en el trayecto de los filetes nerviosos (tintura de iodo, vejigatorios, puntos de fuego), podrán producir resultados inesperados.

Cuando no se consiga el éxito apetecido, no hay que olvidar que la morfina, el cloral, solos ó asociados al bromuro de potasio, administrados interiormente, darán al enfermo algunos momentos de calma. Las pulverizaciones de clorhidrato de cocaína, con bromuro ó con cloral, constituyen asimismo tópicos de elección que deberán usarse si los precedentes medios fracasan.

Por último, en estos casos, la progresión del mismo mal pondrá término á la irritación del filete nervioso, aniquilando sus funciones y determinando la atrofia.

IV.—Espasmos de origen central.

Sumario. — Su historia es de fecha reciente. — La ataxia es la causa habitual. — Sintomatología de las diferentes formas: descripción de las crisis laringeas. — La marcha es progresiva: la parálisis termina frecuentemente la escena; el pronóstico es grave. — Tratamiento general y local.

La historia de los espasmos laringeos de origen central data de algunos años apenas, porque desde 1863, época en que el Dr. Cruveilhier publicó la primera observación, repetida desde luego por el doctor Bourdon, y más tarde por el Dr. Féréol, no se encuentran más que algunos hechos análogos esparcidos en la literatura médica, de los que, los más conocidos, son los de los Dres. Martin (1874), Jean (1878) y Boudin (1879). Es preciso llegar hasta el año 1880 para encontrar el primer trabajo publicado sobre este asunto por los Dres. Krishaber y Charcot; pero, rindiendo tributo á la verdad, he de decir que el eminente profesor de la Salpêtrière había ya (1879) bosquejado este estudio en una lección magistral sobre el *Vértigo laringeo*. Después de la publicación de estos trabajos, el Dr. Cherchewski, en una Memoria que vió la luz pública en 1881 en la *Revue de Médecine*, reunió las diversas observaciones anteriores, las clasificó, y estableció definitivamente las relaciones existentes entre los accidentes laringeos y la ataxia locomotriz. Desde esta época, los hechos se han multiplicado hasta el punto de que actualmente sería difícilísimo agruparlos todos, vista la extensión que ha tomado, en estos últimos años, en la literatura médica. Limitaréme á citar entre los más conocidos, los estudios ó las observaciones de los Dres. Gasquet, Lhoste, Oppenheim, Fournier, Althaus, Munschina, Krause, Armstrong, Weill (de Heidelberg), Wegener, Luc, Weill (de Lyon), Felici, Charcot, Cartaz, Lucas-Championnière, etc., viéndose, según este rápido relato histórico, que las relaciones de los espasmos de la laringe con ciertas afecciones centrales están al presente suficientemente demostradas y admitidas por los clínicos, para que merezcan una descripción especial.

Resulta claramente de las interesantes observaciones del Dr. Krause en el Hospital de la Caridad de Berlín, que los espasmos de los músculos de la laringe pueden observarse en determinado número de afecciones de los centros nerviosos; así que sobre 200 enfermos diversos examinados por este autor, ha notado desórdenes funcionales de la laringe en las afecciones que conoce con los nombres de sífilis espinal, tumores ó hemorragias cerebrales, parálisis saturnina, epilepsia, parálisis pseudo-bulbar, parálisis progresiva, esclerosis en placa, *railway spine*, parálisis bulbar y tabes. En la mayor parte de los casos existían, ó desórdenes de la sensibilidad, parálisis de los músculos de la laringe, ó contracciones permanentes; y solamente en la ataxia locomotriz ha visto Krause producirse verdaderas crisis espasmódicas. Nosotros no podemos comprender, bajo esta denominación, el temblor de las cuerdas observado por este autor en un caso de parálisis saturnina. Es, pues, efectivamente en la tabes, donde exclusivamente se presentan las crisis laríngeas que voy á describir.

Sin alejarme demasiado de nuestra materia, no podría hablar de la etiología especial de esta neurosis, que se encuentra, por lo demás, perfectamente descrita en los tratados clásicos.

SÍNTOMAS. — Con los Dres. Krishaber y Cherechewsky, admitimos tres formas de espasmos, basadas en la intensidad de los síntomas que se observan, y son:

- 1.º Accesos de tos espasmódica.
 - 2.º Accesos de sofocación que llegan hasta la pérdida del conocimiento.
 - 3.º La forma sideral, apoplectiforme, con inminencia de asfixia.
- Dejamos aparte el segundo tipo, creado por el Dr. Fournier y adoptado por el Dr. Munschina en su discurso inaugural con el nombre de espasmo afónico, porque nos parece ser la obligada consecuencia de la aproximación y de la separación brusca de las cuerdas vocales, y, por consiguiente, entraremos en el estudio del primer grupo.

1.º *Acceso de tos espasmódica.* — Constituye la forma más ligera del ataque. El enfermo experimenta en la parte posterior de la garganta, en la entrada de las vías aéreas, una especie de cosquilleo, de irritación ó de escozor que provoca accesos de tos violenta, convulsiva, de corta duración, con inspiración sibilante. Después de algunos segundos, la cara se pone cianósica, el enfermo está ansioso, se agita y la crisis se detiene por sí misma, para volver de nuevo tres, cuatro y cinco veces por día. Althaus dice asimismo, haber visto estos accesos presentarse hasta cuarenta y cincuenta veces en el mismo tiempo. Esta es la pequeña crisis que, en un caso observado por el Dr. Guinon y publicado por el Dr. Munschina, fué acompañado de

eructos y de desórdenes cardíacos (asistolia, sin lesión apreciable del corazón).

2.º *Espasmo sofocante*. — En el segundo periodo, la crisis laringea se dibuja más claramente, el espasmo se hace bastante violento para producir la pérdida absoluta del conocimiento, con ó sin movimientos epileptiformes. La sensación inicial de quemadura en la garganta ó de estrechez, abre la escena; después se contraen las cuerdas bruscamente, la respiración se hace estridulosa, palidece el rostro, se pone azulado (Krishaber) en algunos casos, ó vultuoso y violáceo en la mayor parte, y el enfermo cae sin conocimiento, habiendo tenido generalmente tiempo para caer suavemente por su propio peso.

Este estado se prolonga varios minutos, durante los que se presentan movimientos convulsivos habitualmente limitados á los miembros superiores ó inferiores. Entonces se acelera la circulación; después cesa casi bruscamente el espasmo, la respiración se restablece, el enfermo vuelve en conocimiento y todo entra en orden hasta la aparición de una nueva crisis. Estas últimas se producen bajo la influencia de causas variables, durante el acto de la deglución en algunos enfermos, pero también se las ha visto (Krishaber) aparecer durante el sueño.

3.º *Espasmo apopléctico*. — Finalmente, el tercer grupo comprende una serie de accidentes muy graves, que necesitan la intervención quirúrgica. Aquí el enfermo se ve de pronto acometido por una verdadera estrangulación, cae en absoluta sideración, con los fenómenos todos de una congestión cerebral. La cara está cianósica, hinchada, los ojos salen de las órbitas, la apnea es casi total y el enfermo se asfixia. El pecho permanece regular, pero por regla general se acelera un poco y se debilita. Las convulsiones epileptiformes acompañan de ordinario á esta crisis violenta, cuya consecuencia puede ser la muerte (Keller), á menos de una rápida intervención quirúrgica. Como acontece en los casos precedentes, suele el espasmo calmarse del mismo modo que aparece, y todo entra en orden hasta que se presenta una nueva crisis, que se anuncia casi siempre por una sensación particular de escozor, de ardor ó de estrechez de la laringe.

Cualquiera que sea la forma de estos desórdenes convulsivos, tienen por carácter común aparecer súbitamente, sin causa ocasional conocida la mayor parte de las veces. Sin embargo, es útil añadir que la deglución de los líquidos, los olores fuertes, los vapores ó polvos irritantes provocan particularmente la crisis.

El examen laringoscópico, practicado en el intervalo del ataque, suministra resultados negativos ó bien demuestra la existencia de una parálisis ó contractura de una de las cuerdas vocales, ordinariamente colocada en posición fonadora, es decir, en la línea media.

CURSO. — DURACIÓN. — Las manifestaciones laringeas que acabamos de estudiar pueden aparecer sea en el período premonitorio de la tabes, llamado período preatáxico, sea cuando la enfermedad se halla plenamente confirmada. Así es que en los dieciocho casos del doctor Cherevsky, los fenómenos laringeos habían sobrevenido nueve veces de uno á trece años, con los síntomas clásicos de la afección central. Este principio de la tabes por crisis espasmódicas, no tienen nada que pueda sorprendernos, porque sabemos ya que, muy frecuentemente, el ojo, y alguna vez el oído, pueden ser atacados en el período prodrómico.

Ordinariamente, las crisis son ligeras al principio, pasando también casi inadvertidas hasta el día en que adquieren una importancia capital que llama la atención del enfermo y del médico hacia este lado. Los accidentes no marchan de una manera gradualmente progresiva, pues sucede que pasan bruscamente de la primera á la tercera forma que acabamos de estudiar. Los accesos pueden repetirse muchas veces en las veinticuatro horas, ó dejar al enfermo tranquilo durante muchos días, y hasta muchos meses, para aparecer de golpe bajo una influencia muy ligera en apariencia.

PRONÓSTICO. — Las crisis laringeas constituyen por sí mismas una complicación seria, en el sentido de que puedan llevarse rápidamente al enfermo en un acceso de sofocación

Los hechos de este género no son, por desgracia, muy raros, y el Dr. Munschina, en su tesis publicada en 1885, cuenta siete casos (de Jean, de Hanot, de Estore, de Duclos, de Oppenheim, de Fournier y Leroy, de Méricourt y el del Dr. Lizé).

Por un espasmo de esta especie debió el Dr. Krishaber practicar la laringotomía inter-crico-tiroidea, salvando así al enfermo de una asfixia casi cierta.

Del mismo modo, en casos aparentemente benignos, las crisis laringeas, en el curso de la tabes, agravará el pronóstico de una afección, que es ya grave por sí misma.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Wesphal, Demange y Kakler, en casos de tabes con crisis laringeas, han encontrado, al practicar la autopsia, una esclerosis ó una inflamación del epéndimo del cuarto ventrículo que tenía, según todas las apariencias, atacado el haz de origen del pneumogástrico, de donde derivan los síntomas que se observaron durante la vida del enfermo.

Cruveilhier encontró los cordones medios posteriores grises é indurados, en toda la longitud de la médula, que se hundían en los cuerpos restiformes y penetraban en el cerebelo. Los Dres. Jean, Estore, Demange y Hanot notaron una atrofia de las pirámides posteriores,

con un pequeño foco de reblandecimiento del cuerpo restiforme izquierdo. Resumiendo: lesiones bulbares, centrales y lesiones de las raíces del pneumogástrico y del espinal ó de los mismos troncos nerviosos, los que se encontraron reducidos á filamentos muy delgados. El Dr. Gieson, en un trabajo muy moderno sobre este punto (Sociedad de Neurología de Nueva York, Diciembre, 1889), atribuye las crisis laringeas, más á las alteraciones (neuritis) de los troncos nerviosos, que á las lesiones centrales comprobadas en la autopsia.

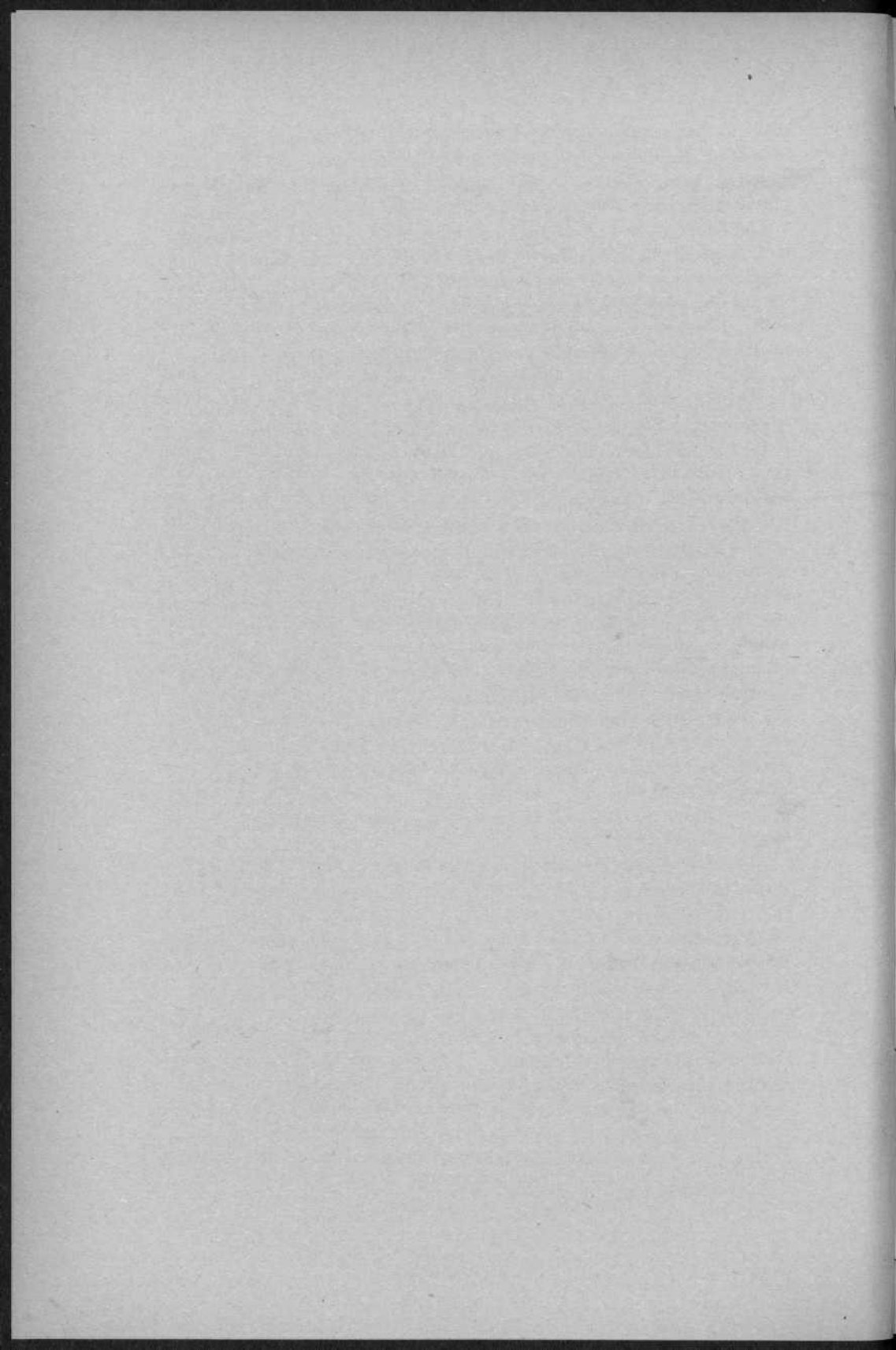
Omitiremos las modificaciones patológicas (atrofia) de los músculos de la laringe, que inmovilizan tal ó cual parte del órgano vocal.

DIAGNÓSTICO. — Cuando el espasmo aparece en el período llamado preatáxico, podrá ofrecer el diagnóstico verdaderas dificultades, sobre todo si la crisis es ligera. En efecto: encontraremos chocantes analogías, ya con los espasmos por irritación periférica, ya con los que estudiaremos con el nombre de espasmos reflejos. Se llegará á formular el diagnóstico por el atento examen del enfermo, eliminando todas las causas de compresión de los filetes nerviosos que he señalado ya, examinando con cuidado los diversos órganos que pueden producir un espasmo reflejo, especialmente las fosas nasales, interrogando al enfermo y buscando los diversos síntomas del principio de la tabes. Si el examen laringoscópico revela la existencia de un desorden parésico ó paralítico, sin una causa apreciable de compresión, tendremos fuertes presunciones en favor de la existencia de desórdenes ligados á la ataxia.

Las dos otras formas de espasmos son bastante características para que puedan confundirse con otros desórdenes musculares de esta naturaleza, que tienen diferente origen. La pérdida del conocimiento por una parte, la frecuencia del acceso por otra, serán, con la existencia de algunos síntomas tabéticos, elementos muy suficientes de diagnóstico.

TRATAMIENTO. — Tendré poco que decir sobre el tratamiento de una afección que no es, en realidad, más que un episodio histórico de la ataxia locomotriz, siendo el de esta última el tratamiento que habrá de instituirse. Sin embargo, si las crisis son bastante violentas para poner en peligro la vida del enfermo, no deberá dudarse en seguir el ejemplo de Krishaber, ó sea en practicar la abertura de las vías aéreas.

Durante el acceso de sofocación, la respiración artificial, las inhalaciones de éter ó de cloroformo y, si se tienen los instrumentos necesarios, la intubación de la laringe, permitirán acudir al peligro de la asfixia inmediata y recurrir luego á los medios quirúrgicos.



Vértigo laríngeo.

Sumario. — Ha sido estudiado pocos años há; constituye el síntoma de muchas afecciones. — Variedad de su etiología. — Síntomas. — Descripción del acceso. — Pérdida del conocimiento. — Curso. — Duración. — Benignidad del pronóstico. — Dificultad del diagnóstico y causas de error en estos casos. — Tratamiento.

La afección descrita por Charcot con el nombre de vértigo laríngeo paréceme formar casi como el corolario de los desórdenes que acabamos de estudiar, y con este título creo que deben exponerse los síntomas á continuación de los espasmos de origen central. Señalado por de pronto por el Dr. Charcot, quien hizo de él una entidad morbosa perfectamente definida, asimilable hasta cierto punto al vértigo de Menière, al vértigo estomacal ó á otros análogos desórdenes, el ictus laríngeo ha sido estudiado después por los Dres. Krishaber, Berbès, Garel, Knight, quien en 1886 reunió catorce observaciones, Cartaz y especialmente por el Dr. Weill (de Lyon), el cual, á propósito de un caso que expuso en la *Province Médicale*, hizo un estudio muy completo de esta neurosis.

DEFINICIÓN. — Con este último autor, definiremos el vértigo laríngeo un aturdimiento, con pérdida más ó menos completa del conocimiento, que sobreviene, ora con ocasión de un estado de padecimiento particular de la laringe, ora en el estado sano.

ETIOLOGÍA. — Hase observado el vértigo laríngeo en enfermos atacados por una afección de las vías respiratorias, y particularmente de bronquitis espasmódicas, de asma ó de pólipos de la laringe (Sommerbrodt), cuya ablación suprimió los accidentes. Se le ha notado igualmente en la tabes, porque se asemeja de un modo singular á la segunda forma que acabamos de estudiar. Por último, se presenta en plena salud, constituyendo entonces una verdadera entidad morbosa. Toda-

vía son muy oscuras las causas susceptibles de producir este síntoma. Todo lo más puede atribuirse á la impresión del frío, al paso repentino de una temperatura elevada á otra más baja, á las emociones, á los vapores irritantes (humo de tabaco), á los alcohólicos y en particular á las inflamaciones de la mucosa vocal ó de las primeras vías respiratorias. Nótese, sin embargo, que las crisis pueden producirse durante el sueño.

SÍNTOMAS. — El acceso es habitualmente precedido de una sensación de cosquilleo, de quemadura ó de cuerpo extraño en la laringe y que el enfermo localiza, sea en uno de los lados de la garganta, sea en medio. Poco después aparece una tos por accesos, semejante á la de la coqueluche, á la que sucede rápidamente una pérdida del conocimiento de intensidad variable.

El aturdimiento es fugaz, parecido, como dice Krishaber, al que produce un bastonazo en la cabeza, ó á una verdadera crisis vertiginosa. El enfermo, acostumbrado á este ictus, tiene, por punto general, tiempo para apoyarse ó para sentarse. Se han descrito, en otros casos, simples accesos de tos espasmódica, con dispnea más ó menos intensa, sin pérdida de conocimiento. Veremos más adelante lo que conviene pensar de estas crisis colocadas, probablemente sin razón, en el cuadro del vértigo laringeo, porque considero que la pérdida del conocimiento debe ser el síntoma esencial, característico de la afección que nos ocupa, como la sensación de golpe ó de vueltas alrededor de sí sirve para conocer el vértigo de Menière.

La patogenia de estos trastornos me parece difícil de establecer, y me limitaré, en este sentido, á citar la opinión del Dr. Weill, que parece muy plausible. Después de haber recordado los experimentos de Rosenthal y de Frank sobre el laringeo superior y los de Brown Séquard sobre la influencia del ácido carbónico en la laringe, concluye este autor « que el órgano vocal es el punto de partida de una serie de irradiaciones que pueden atacar hasta las porciones más importantes del sistema nervioso central, y herir, por su intermedio, los órganos más importantes á la vida. En estas acciones á distancia, las unas suspenden la actividad cerebro espinal, ó, en otros términos, son inhibitorias; las otras, por el contrario, refuerzan esta actividad y son dinámogenas. Así es que una excitación de la laringe (toques) puede acarrear un espasmo que vaya hasta la pérdida del conocimiento ».

CURSO. — **DURACIÓN.** — **PRONÓSTICO.** — La marcha del vértigo laríngeo es esencialmente variable, puesto que depende de la afección que lo haya producido. Ya alterna con crisis de asma y tiene intervalos más ó menos lejanos, y ya, por el contrario, son frecuentes las crisis, repi-

tiéndose muchas veces por día. Su duración es generalmente bastante corta; alguna vez el enfermo padece un simple aturdimiento, una pérdida pasajera del conocimiento que le obliga á detenerse algunos momentos en la calle, ó igualmente á apoyarse en un objeto sólido. La caída al suelo se observa alguna vez, especialmente en las formas tabéticas que ya hemos descrito.

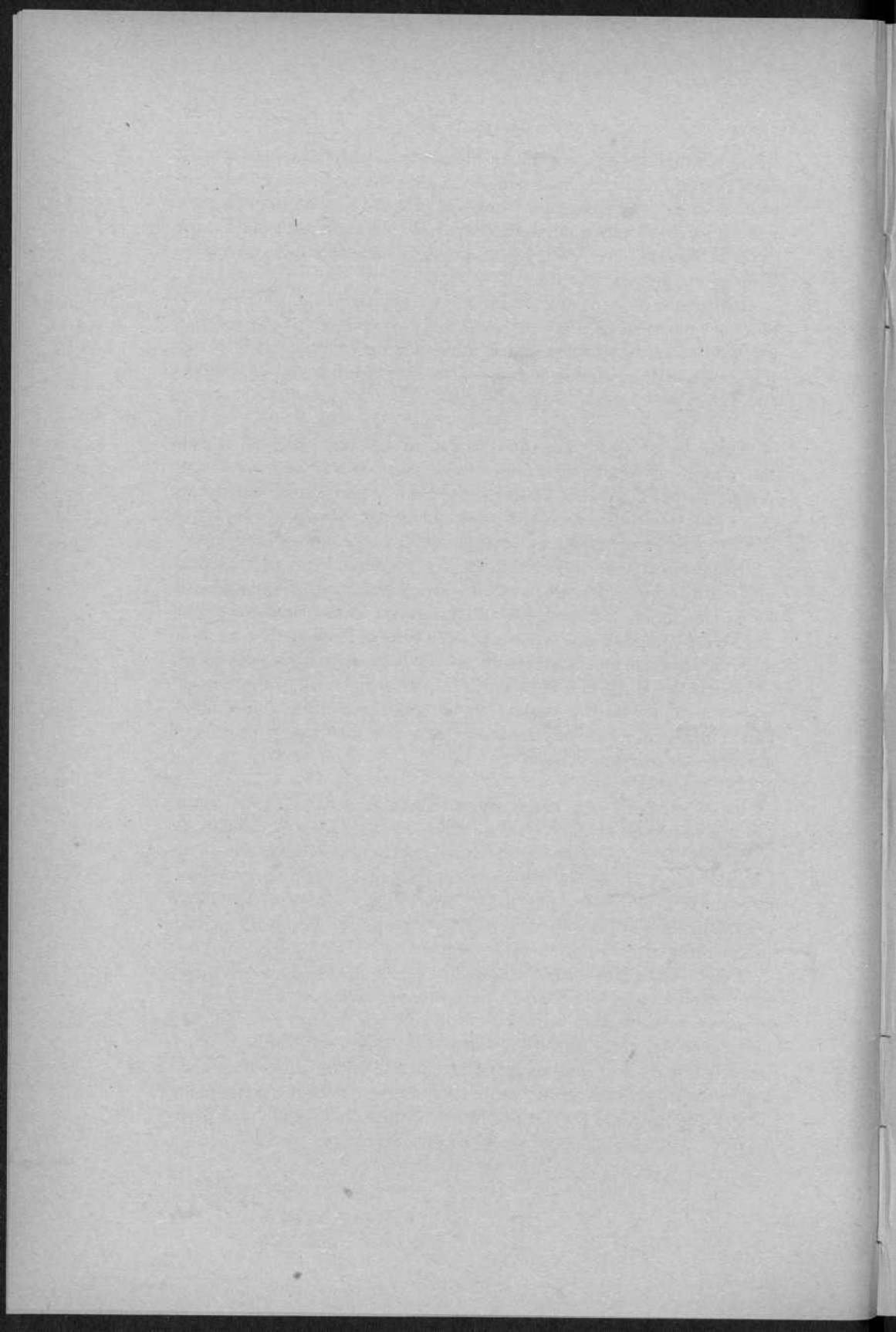
En cuanto al pronóstico, se modifica con la causa de la afección; si el ictus va asociado á una inflamación de los bronquios, á crisis espasmódicas ó á la diátesis reumática, es generalmente benigno. Si el vértigo depende de la ataxia, sólo se conoce una terminación de la dolencia, y, por consiguiente, su gravedad.

DIAGNÓSTICO. — Merece que nos detengamos en él algunos instantes, porque, después de leer la mayor parte de las observaciones de vértigo laríngeo, hay derecho para preguntar si el examen del enfermo se ha realizado con la necesaria profundidad para afirmar que la lesión tiene la laringe por punto de partida y no las demás mucosas.

La descripción de los espasmos reflejos, materia de nuestro próximo estudio, se roza de una manera tan íntima con la que acabamos de hacer, que parece lastimoso no ver consignada, en los casos que se han publicado, la ausencia de lesiones por parte de las fosas nasales. Cuando describa los espasmos ocasionados por las lesiones de la membrana de Schneider, se comprenderá mejor la importancia de esta observación. Quizá un día los verdaderos casos de ictus laríngeo se harán más raros, para entrar, unos, en las formas de espasmo tabético, y otros, en el grupo de las neurosis reflejas.

TRATAMIENTO. — Sea como quiera y para terminar, hay que recordar que el primer cuidado estriba en calmar la hiperexcitabilidad de la mucosa laríngea, ya por los medios directos, ya modificando la de los centros nerviosos. Las soluciones bromuradas ó polibromuradas á altas dosis, preconizadas por el Dr. Charcot, nos permiten atender á este último objeto. Los revulsivos á la nuca (puntos de fuego) podrán también concurrir al alivio del enfermo.

Como tratamiento local, recuérdense los beneficios de la cocaína en estos casos, y úsese este tóxico, bien en pulverizaciones, ya directamente por medio de toques hechos durante las crisis, ora preventivamente. La adición del bromuro ó del hidrato de cloral á la solución, será igualmente un buen medio para llegar al objeto que nos hayamos propuesto. En casos de lesiones irritativas de la mucosa vocal, las aplicaciones locales de nitrato de plata ó de cloruro de zinc disueltas al 1 por 60, al 1 por 50 y al 1 por 30, produce resultados excelentes.



5.º Espasmos reflejos.

Sumario. — Definición. — Etiología habitual. — Síntomas; la falta de lesión laríngea, periférica ó cortical, debe alejar la idea de un espasmo reflejo. — Utilidad del examen de las fosas nasales. — Curso. — La duración es interminable, si la causa permanece desconocida. — Terminación. — El pronóstico puede ser grave. — El diagnóstico es ordinariamente fácil. — Examen del enfermo. — Tratamiento.

Con el nombre de espasmos reflejos, estudiaremos los desórdenes espasmódicos de los músculos de la laringe, consecutivos á las lesiones de órganos más ó menos lejanos.

ETIOLOGÍA. — Estas especies de contracturas transitorias están lejos de ser tan raras como pudiera suponerse desde luego, pues desde estos últimos años, han venido publicándose y citando en la literatura médica un número considerable de observaciones de este género. Encuéntrense estos reflejos en las irritaciones ó lesiones que recaen en el oído, el estómago, el útero y principalmente en las fosas nasales. Los trabajos de mayor importancia publicados sobre esta última serie de desórdenes laríngeos (1), se deben á los Dres. John Mackenzie, Hack (de Friburgo), Joal, Longuet y A. Ruault.

El reflejo de origen uterino, conocido y descrito por Aran, Nonat, Courty, Pozzi, Martineau, Cazeaux, Tarnier y Boudin, ha sido bien estudiado por el Dr. Müller en su discurso inaugural (1887), y en él expone las opiniones de los autores y observaciones concluyentes en este sentido.

La tos genital ó uterina, tos seca y espasmódica, se observa en las uniones sexuales, practicadas con ó sin exceso, ó bien en el período menstrual, sin que pueda comprobarse lesión del útero. La ligadura

(1) No vamos á ocuparnos aquí de otras afecciones conocidas con el nombre de neurosis reflejas de origen nasal, sobre las cuales Voltolini, Hönish y Fränkel han sido los primeros en llamar la atención de sus colegas. Como lo indica el título de esta lección, nosotros nos limitaremos á tratar del espasmo reflejo laríngeo.

del pedículo, en la histerectomía, ha podido determinar violentos espasmos laríngeos. Del mismo modo, diversas afecciones del cuello ó del órgano gestador, y, en particular, las posiciones viciosas que éste puede tomar (anteversión, retroversión, etc.), son otras tantas causas que pueden acarrear el desorden que en este momento nos ocupa.

Sin embargo, precisa añadir que este sintoma aparece de ordinario bajo la influencia de excitaciones psíquicas más ó menos violentas, y en los individuos predispuestos; el sexo femenino es particularmente atacado, sin que los hombres estén libres de esta neurosis, que se manifiesta en ellos á consecuencia de excitaciones venéreas y, sobre todo, después del coito.

Finalmente, todos conocen los golpes de tos espasmódica y hasta los accesos de verdadera sofocación que acompañan á la introducción del *speculum auris* ó al toque del conducto auditivo en algunos sujetos (1).

Por lo que concierne á las fosas nasales, el espasmo sobreviene, en la gran generalidad de los casos, á consecuencia del coriza hipertrófico, con ó sin desviación del tabique que forma espolón y se hunde más ó menos en la mucosa hipertrofiada; se le observa también á consecuencia de lesiones de la cavidad naso-faríngea; finalmente, se le ha visto producirse á consecuencia de pólipos mucosos, y cuya ablación hizo cesar el desorden laríngeo, mas para reaparecer tan pronto como un nuevo pólipo se desarrollaba (caso de Hering). En la actualidad, se encuentra perfectamente establecida la cuestión de los espasmos laríngeos de origen glótico.

Algunos autores van más lejos y creen que si el estómago, los desórdenes intestinales (Secchi), las afecciones uterinas, la irritación genital, etc., producen la tos ó los reflejos, es por el intermedio de las fosas nasales.

Así es que, en su interesante Memoria sobre esta materia, recuerda el Dr. Ruault que el profesor Bouchard ha señalado la frecuencia de los corizas en los enfermos atacados de dilatación del estómago, revelando el examen de las fosas nasales, en estos casos, una hipertrofia más ó menos notable de la mucosa pituitaria. Igualmente los doctores John Mackenzie, Joal y otros, han llamado la atención hacia las congestiones nasales que acompañan á las diversas lesiones de la matriz, de sus anejos ó á las excitaciones genitales. La membrana de Schneider juega, en efecto, un papel considerable en la producción de los reflejos que nos ocupan actualmente, y no puedo menos de insistir sobre la importancia del examen de estas cavidades, cuando se vaya á tratar un

(1) Véase, al efecto, mi trabajo titulado "¿Tos auricular?..", publicado en el número 4 del "Bollettino delle malat. dell'orecchio..", etc., Firenze, Aprile de 1891, y en "El Siglo Médico..", del mismo año. — EL TRADUCTOR.

enfermo de desórdenes espasmódicos laringeos. Agregaré que estos fenómenos se presentan especialmente en los individuos que ofrecen, en un grado variable, las condiciones de lo que se ha convenido llamar temperamento nervioso ó fácilmente excitable, constituyendo el histerismo una predisposición muy natural á esta dolencia.

Lo que acabamos de decir, nos dispensa de insistir más ampliamente sobre las causas ocasionales del espasmo, porque toda irritación del punto que sirve de partida al reflejo, producirá casi infaliblemente este último.

SINTOMAS. — En cierto número de enfermos, se comprobará pura y sencillamente un acceso de tos *seca*, quintosa, semejante á la de la coqueluche, y la cual tiene la mayor analogía con la que hemos estudiado ya á propósito de la tabes (*Espasmos de origen central*, pág. 93), si bien no llega hasta la sofocación.

Otras veces, por el contrario, el enfermo es presa de una verdadera sofocación, de una contractura violenta de las cuerdas vocales, con lo que dejan pasar difícilmente el aire á través del orificio de la glotis, notablemente estrechado; el enfermo se pone cianósico, hace violentas aspiraciones de aire y algunas veces se asfixia, hasta el punto de perder el conocimiento durante algunos instantes. En ocasiones principia la crisis por un acceso de tos violenta, espasmódica, seguida presto de asfixia, mientras que en otros enfermos, la estenosis glótica es brusca, rápida y bastante violenta para necesitar la abertura de las vías aéreas.

Los accesos sobrevienen con frecuencia sin causa aparente durante el sueño; entonces es muy probable que la congestión nasal se acentúe y haga más y más intensa, según la posición del enfermo, estallando la crisis de repente, cuando la turgencia de la pituitaria es suficiente para producir el reflejo.

Muchas veces he comprobado este hecho en enfermos de desviaciones del tabique con espolones óseos ó cartilagosos, atacados al mismo tiempo de coriza hipertrófica. No era dudoso en estos casos que el decúbito lateral, del lado desviado, determinaba el infarto de la mucosa, y como consecuencia, la oclusión de la fosa nasal del mismo y la irritación de la membrana de Schneider; de aquí la aparición del reflejo, que despertaba sofocado al enfermo.

La contractura no ataca siempre los músculos constrictores, pues los Dres. Hering, Bribion y algunos otros, han descrito un verdadero espasmo fónico consecutivo á lesiones nasales. Es un desorden perfectamente conocido, sobre el cual no he de insistir.

El examen de la laringe no suministra ninguna indicación. Se puede, después de la crisis, observar la hiperhemia de la mucosa vocal, que no

puede considerarse como la causa del acceso por ser simplemente la consecuencia. Si se comprueban lesiones paralíticas, trátase entonces, con toda probabilidad, de una afección de naturaleza atáxica.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Los espasmos reflejos proceden por verdaderos impulsos que se producen cuando se excitan los diferentes órganos que sirven de punto de partida. Hemos visto que la excitación puede ser directa (desviaciones uterinas, toques del conducto auditivo, corizas agudos, etc.), ó indirecta (trastornos gástricos, intestinales, uterinos ú otros, que repercuten sobre la mucosa pituitaria, y, por su intermedio, sobre la laringe). Los accesos pueden reproducirse todos los días, ó detenerse, según la extensión de la lesión determinante, su naturaleza y las diversas modificaciones que experimenta. No debo describir aquí las variadas maneras de ser del coriza hipertrófico ó las afecciones de las fosas nasales que acarrearán este reflejo, limitándome tan sólo á remitir al lector á quien interese este punto, á la parte correspondiente de esta obra, en donde se estudian las *enfermedades de las fosas nasales*.

La duración de la enfermedad es poco más ó menos indefinida hasta el día en que, habiéndose establecido el diagnóstico de la causa primera del espasmo, un tratamiento racional haga desaparecer rápidamente la tos ó la sofocación. La curación es la regla ordinaria, pero hanse visto casos suficientemente graves para necesitar que se intervenga en ellos quirúrgicamente. Conviene consignarlo: he aquí verdaderas excepciones, porque al principiar la asfixia detiene el espasmo por punto general, y el enfermo recobra pronto el conocimiento, si lo había perdido durante un momento.

PRONÓSTICO. — Depende de la causa, de la intensidad de las crisis y de la rapidez con que se ha hecho el diagnóstico, siendo lo general ver desaparecer las manifestaciones en cuanto se ha reconocido y tratado la causa que haya originado el mal. El pronóstico es entonces benigno.

DIAGNÓSTICO. — Por lo precedente se conocerá la importancia que entraña para el práctico, y para el enfermo sobre todo, establecer el punto de partida del desorden laríngeo. Así, en presencia de un enfermo que presenta los síntomas que acaban de describirse, conviene examinar sucesivamente los órganos que pueden determinar la crisis, recayendo por modo principal el examen en las fosas nasales. Eliminadas las causas locales del espasmo de la glotis, se debe interrogar cuidadosamente al enfermo para saber si el comienzo de la crisis se ha anunciado ó no por romadizo más ó menos pronunciado; si padece

corizas frecuentes ó estornudos fáciles; hágasele respirar por la nariz; examínense las fosas nasales por delante y por detrás con objeto de descubrir en ellas la causa del proceso. Se llegará á notar muy á menudo la facilidad con que atacan al enfermo las rinitis catarrales, el romadizo, en una palabra, síntomas que no habian llamado la atención, pero que tienen capitalísima importancia.

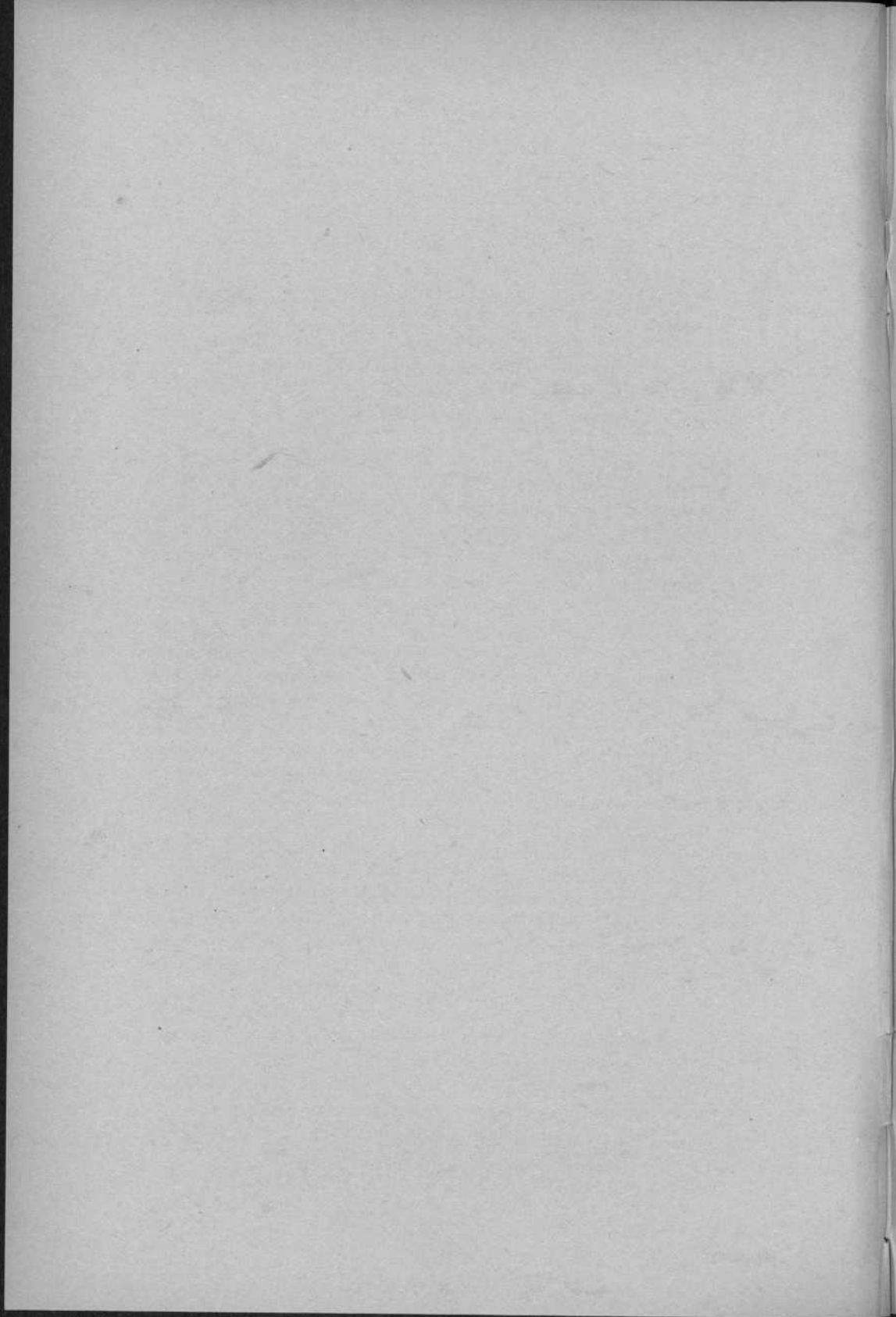
El resultado negativo que el examen laringoscópico suministra, vendrá todavía á servir de punto de apoyo al diagnóstico. Al observar espasmos de la glotis ó accesos de tos más ó menos espasmódica, que no puedan atribuirse á ninguna de las alteraciones que anteriormente se han estudiado, no hay que olvidar que la verdadera causa de los accesos se halla siempre en las fosas nasales.

TRATAMIENTO. — El tratamiento del acceso habrá de consistir en obligar al enfermo á que respire suavemente por la nariz, en la que se hará, si fuere necesario, un embadurnamiento ó una pulverización con la solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10.

El Dr. Morell-Mackenzie recomienda en estos casos las inhalaciones de cloroformo ó de aire caliente, las que producirán un rápido alivio. Este autor aconseja prescribir 40 gotas de cloroformo en un cuarto de litro de agua caliente, agregando la misma cantidad cada cinco minutos, hasta que los síntomas se calmen. Ha obtenido igualmente ventajas con los preparados de cicuta, con el humo del estramonio y de *datura tatula* y con el valerianato de zinc combinado con la asa-fétida.

Hanse aconsejado también las aplicaciones excitantes al exterior, como la mostaza en el pecho y las piernas, y las aspersiones ó flagelaciones de la cara con agua fría. Tobold cree en la eficacia de las corrientes constantes. Si pelagra la vida del enfermo, encontrarán su indicación la respiración artificial, la laringotomía inter-crico-tiroidea ó la intubación laríngea.

En cuanto al tratamiento curativo, será el de la lesión primitiva: extirpar los pólipos, reducir con el galvanocauterio la mucosa nasal hipertrofiada, tratar las dispepsias, las metritis ó las desviaciones del útero, etc., por los medios apropiados, tales serán las indicaciones que habrán de llenarse, según cada caso y según cada enfermo.



6.º Espasmos asociados á una afección general.

Sumario. — Definición. — ¿Son sinónimos la tos nerviosa y el corea de la laringe? Etiología. — El histerismo y el corea son las causas predominantes; los jóvenes y las mujeres son los más frecuentemente atacados. — Síntomas: la tos es brusca, frecuente y muy sonora, semejando al ladrido. — No hay expectoración; el examen laringoscópico da resultados negativos; temblor de las cuerdas. — Facilidad del diagnóstico; utilidad del examen de las fosas nasales. — El curso es variable, la duración alguna vez indefinida y el pronóstico benigno. — El tratamiento será general, tónico, antiespasmódico, ó local: pulverizaciones, cocaína, masaje laríngeo, electricidad, gimnástica vocal.

Hemos llegado al término de este largo estudio de los espasmos de la laringe. Terminaremos por esta serie de desórdenes que, á pesar de la investigación más completa, habrá que atribuir á un estado particular del enfermo. El espasmo es aquí, ora el síntoma capital de una neurosis general, ora un epifenómeno, una manifestación poco importante del desorden nervioso.

En la primera categoría, que será el único objeto de este estudio, colocaremos la tos nerviosa y el corea de la laringe, y en la segunda, que bastará señalar, las suspensiones temporales de la respiración, como también los espasmos que forman, con las convulsiones generales, el séquito de ciertos ataques de histerismo.

Mencionada desde luego como entidad morbosa por el Dr. Massei (de Nápoles) en 1878, el profesor Schrötter describió, al año siguiente, la tos nerviosa, con el nombre de corea de la laringe, y según el sentir de muchos autores, ambos desórdenes constituyen una sola enfermedad, siendo necesario añadir que, en los casos del Dr. Schrötter, los espasmos laríngeos alternaban con un corea generalizado, atestiguando una mucosa acompañada de desórdenes laríngeos.

Desde esta época hanse referido hechos análogos y, entre los más conocidos, me limitaré á citar las observaciones de los Sres. Masucci (dos casos, 1880), Garel, Rossbach, Knight, Fasano, Abate, etc., etc. Por la lectura de la mayor parte de los casos, y también basado en el

examen de muchos enfermos, créome autorizado para no confundir estas dos especies de desórdenes, limitándonos simplemente á señalar las diferencias que pueden presentar y que, á nuestro juicio, aseguran su propia autonomía.

Si tomamos de los autores las definiciones que se han dado de la *tos nerviosa*, vemos que, para el Dr. Morell-Mackenzie, esta expresión designa «una tos penetrante, á veces extremadamente metálica y que se presenta bajo la forma de accesos, sin que exista enfermedad alguna, ni laringea ni pulmonar.» Para Gottstein, «la tos nerviosa sobreviene por una excitación de las fibras sensibles, que fisiológicamente no pueden determinar tos, y, además, no depende de una acción refleja, sino de una afección del sistema nervioso central.» Eulemburg hace de ella una neurosis de detención respiratoria y la atribuye á la excitación de los filetes que pasan en el nervio vago respiratorio por el ramo laríngeo superior centripeto.

En cuanto al *corea de la laringe*, se manifestará, según Schrötter, por una tos asociada á convulsiones musculares del rostro, que se asemeja al corea. Geissler ha comprobado movimientos coreicos en los músculos de la laringe; Schreiber ha señalado la observación de una niña de dieciocho meses que tenía accesos periódicos del baile de San Vito y que emitía cada vez con mucha energía sonidos que se sucedían rápidamente y que parecían ser de cuarta y quinta. En 1829, Serres (de Alais) sostenía ya la opinión de que ciertos casos de tartamudez consistían en una afección coreica permanente de la lengua y de los labios; mas parece muy posible que la laringe pueda participar en el proceso ó también afectarse aisladamente. El Dr. Morell-Mackenzie ha notado con mucha frecuencia un temblor de los aductores y de los tensores de las cuerdas vocales en los individuos de constitución débil y muy nerviosa. Voltolini ha visto una contracción particular de la glotis al tiempo de toser; por último, según Schech, Ziemssen ha notado que la energía de la tensión y de la adducción de las cuerdas vocales se sometía á ciertas fluctuaciones. Krishaber ha señalado una *asinergia vocal*, que sobreviene en el curso de ciertas laringitis, pero que puede también tener un origen completamente idiópático.

ETIOLOGÍA. — La tos nerviosa y el corea de la laringe tienen un origen que es sensiblemente el mismo. Reconocen como causa predominante un estado completamente particular del sistema nervioso, y en primer lugar el histerismo, al que deben imputarse, por lo demás, la mayor parte de las neurosis de la laringe, siendo susceptibles de aparecer en muchas enfermedades asociadas á una exageración de la irritabilidad nerviosa sensitiva ó central. Se presenta en las mujeres

afectas de desórdenes en el aparato genital; en los casos de afecciones intestinales con accidentes reflejos; cuando existe cierto grado de discrasia sanguínea, como en la clorosis, la anemia profunda, etc. Ciertos estados particulares del espíritu (el temor, el terror, la agitación) pueden dar origen á la tos nerviosa.

Al lado de estas causas, que parecen responder á un estado general, pueden agregarse otras que se desprenden de un estado especial. Así, Rühle ha visto niños con tuberculosis de los ganglios bronquiales, en los que se presentaba una tos paroxística con remisiones muy francas. Probablemente en semejante caso debió tratarse de una irritación del pneumogástrico ó de los recurrentes, que podía obedecer á diversas causas.

Que esta tos aparezca con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, no debe sorprendernos, puesto que es este un hecho que se observa especialmente en muchachas de dieciséis á veinte años.

También el Dr. Morell-Mackenzie dice haber comprobado casos en muchachos de catorce á dieciséis años, cuyos casos, que he podido ver y examinar, recaen siempre en niñas de doce á dieciséis años.

SÍNTOMAS. — La tos coreica es brusca, inesperada, rápida, y se presenta sin accesos, pudiendo hacerse de tal manera vibrante que parece un verdadero ladrido. El Dr. Morell Mackenzie relata dos casos chocantes. En el primero, un muchacho de dieciséis años tuvo una tos que duró tres semanas; los sonidos que producía eran tan ruidosos que podía comparárselos á las notas bajas de un clarinete en el que se hubiera soplado un poco enérgicamente. El segundo concierne á una señorita que tenía una tos tan fuerte y tan constante, que la rogaron abandonase el hotel donde habitaba, porque incomodaba mucho á sus vecinos. La espiración es seca, frecuente, algunas veces profunda.

El Dr. Gottstein distingue dos tipos de tos nerviosa: 1.º, la que se presenta por paroxismos, y 2.º, la rítmica continua (1).

a) La primera es violenta, por paroxismos, no pudiéndose detener el enfermo. Los accesos pueden reproducirse después de muchas horas de intervalo.

b) En la tos rítmica continua, los accesos son menos violentos y mucho menos retumbantes, siéndole posible al atacado detener la

(1) No hablamos de las observaciones publicadas con el nombre de espasmos rítmicos respiratorios, de origen histérico (Pitres y Bitot, 1888). Este último refiere particularmente un caso de mugido histérico observado en el Hospital de San Andrés, en la sala del profesor Sr. Pitres. La enferma, de veinticinco años de edad, producía al inspirar, y durante dos ó tres segundos, un mugido muy sonoro, en la espiración, con eructos prolongados y ruidosos.

crisis para hablar y para comer. El sueño es generalmente muy pacífico. Schrötter pretende que se agrava el mal cuando los individuos advierten que se les observa.

Los enfermos de este segundo género presentan, en ciertos casos, contracciones musculares de la cara y de otras regiones. Gottstein ha observado un caso con alternativas de la tos y los movimientos coreicos que se reemplazaban mutuamente durante una semana entera.

La tos no tiene siempre la misma violencia, pues con la costumbre las crisis son más ligeras.

Si la tos nerviosa es seca, rápida y frecuente, en el corea es mucho más sonora. En esta mucosa, el sueño calma los accesos; la primera, por el contrario, no deja ningún momento de reposo y hace el sueño imposible.

En el corea laríngeo los síntomas no son siempre tan claros; puede-se, sin embargo, hacer una excepción para los cantantes, que alguna vez son impotentes para modular su voz según sus deseos. Frecuentemente estos enfermos no pueden emitir un sonido ni proseguir una frase de alguna extensión, sin interrumpirla.

La expectoración puede ser nula ó simplemente mucosa.

El Dr. Abate (de Catania) describe un corea vocal, en el que el enfermo emite distinta nota de la que deseaba proferir.

El examen laringoscópico suministra de ordinario un resultado negativo. Apenas se ha notado en el corea rubicundez de la mucosa vocal, ó, como en una observación de Geissler (1878), temblor de las cuerdas vocales. Krause dice ha observado lo mismo.

Si la tos se presenta cuando se examina la laringe, los aritenoides se aproximan bruscamente y las cuerdas se colocan en fonación, lo que explica el ruido que el enfermo produce cuando se efectúa la concentración brusca é involuntaria.

DIAGNÓSTICO. — Numerosos son los casos en que el pneumogástrico ó los recurrentes pueden irritarse en su trayecto, explicándose entonces fácilmente la tos que se haya comprobado.

El origen de la lesión se reconocerá alguna vez en las foras nasales y, por consiguiente, facilitará mucho el diagnóstico.

Las afecciones que describimos son muy claras y no pueden confundirse con otras alteraciones de la mucosa de la laringe.

Puede decirse que, faltando una modificación anatómica cualquiera en el aparato respiratorio, una tos paroxística ó rítmica, con ó sin movimientos espasmódicos, constituirá una presunción fuerte en favor de los desórdenes nerviosos que actualmente nos interesan. Esta tos puede colocarse entre los síntomas premonitorios de la tisis, cuando no existe ninguna manifestación pulmonar y las más minuciosas investigaciones

sehacen absolutamente negativas; pero el verdadero corea de la laringe ofrece caracteres tan claros, la espiración es tan sonora y de ladrido, tan brusca y tan rápida, que no se parece a ninguna otra afección, distinguiéndose con facilidad.

CURSO. — DURACIÓN. — En los histéricos, el espasmo laríngeo puede desaparecer sin dejar el menor vestigio; otras veces alterna con estados espasmódicos de otras partes, y más tarde se reproduce nuevamente. Si se trata de una tos nerviosa por irritación ó por compresión, desaparecerá cuando se presenten fenómenos parésicos ó paralíticos. Por el contrario, la tos coreica es intermitente.

La enfermedad cesa, en ciertos casos, con la afección que la ha originado: en la mujer, desaparece en el período catamenial, etc., ó bajo la influencia de un tratamiento bien dirigido; pero el corea laríngeo puede ser una afección rebelde, que puede durar años y más años.

El Dr. Gottstein refiere la observación de una mujer joven que padecía tos hacia doce años, sin que se hubiese producido ninguna modificación en este espacio de tiempo ni se alterase la nutrición general. Podría citar igualmente enfermos que habían estado atacados de esta neurosis laríngea durante toda su vida.

PRONÓSTICO. — Puede considerarse, de una manera general, como benigno. Algunos enfermos, sin embargo, se encuentran tan incómodos y molestos por la tos, que no pueden dormir ni tener reposo. Con tal motivo, enflaquecen, decaen y marchitan con una rápida debilidad. No obstante, estos casos son raros, pues generalmente los accidentes son ligeros y no hacen peligrar al enfermo.

TRATAMIENTO. — Podrá ser general ó local. El primero consiste en la administración de tónicos variados.

En la tos nerviosa crónica, el bromuro potásico, á dosis progresivamente crecientes y las duchas generales, producirán, algunas veces, el mejor efecto.

El Dr. Morell - Mackenzie aconseja los viajes de mar de cierta duración, y á las personas que no puedan emprenderlos les recomienda la permanencia en la playa; pero no participamos de esta manera de ver. Interiormente ha dado buenos resultados el valerianato de zinc.

Gottstein ha dado el arsénico en la tos nerviosa complicada con corea convulsivo. Schrötter ha preconizado las abluciones frías, dos ó cuatro veces por día, en un baño tibio, como también la quinina á altas dosis y las corrientes continuas.

Los cambios de residencia han sido, en algunos casos, seguidos de cierta mejoría. Según Leiden, los enfermos alejados de su familia deben ser vigilados con severidad.

Como tratamiento local, prescribese el iodo *intus et extra*; pero la mejor medicación local consiste en las pulverizaciones de cocaína, de bromuro de potasio y los toques con una solución de clorhidrato de cocaína. He aquí una pulverización recomendable en esta serie de manifestaciones:

Clorhidrato de cocaína.	1 á 3 gramos.
Bromuro de potasio.	4 —
Glicerina pura	50 —
Agua de menta.	aa 150 —
— destilada.	

En 1885, Massei (de Nápoles) refirió dos casos de tos nerviosa curada por los embadurnamientos de la mucosa, hechos con este anestésico, que yo recomiendo en pulverizaciones. Convendrá practicarlas dos, tres, cuatro ó cinco veces por día, durante algunos minutos, según la intensidad de la lesión. Los toques se harán con soluciones al 1 por 15, al 1 por 10, ó también al 1 por 5 si el caso lo exige. Pero se puede, si el enfermo no parece muy molestado, usar soluciones más concentradas. No insisto en los demás anestésicos: los embadurnamientos con cloroformo ó con morfina son de aplicación más dolorosa y de efectos menos ciertos.

La electrización externa, bajo la forma de corrientes continuas ó inducidas, ó el masaje del órgano vocal, podrán dar también buenos resultados.

Finalmente, el Dr. Garel (de Lyon) preconiza la gimnástica vocal que, según este autor, modifica la tos de ladrido. Podrá hacerse esta gimnástica todos los días, durante un tiempo bastante corto, y ateniéndose á reglas en las que ya he insistido.

[Así como resulta la, digámoslo así, verdadera fisonomía clínica del espasmo glótico, con una gran uniformidad, ofrecen, por el contrario, numerosas variaciones sus condiciones patogenéticas.

La sintomatología del ataque en sí mismo, nada puede enseñarnos respecto de su significación clínica; se impone la necesidad de explorar minuciosamente distintos órganos del cuerpo humano, toda vez que varios de ellos pueden provocar el accidente en cuestión, y sólo el examen de cada uno de ellos aislado, ó de todos en conjunto, así como del estado del sistema nervioso y de la constitución del sujeto, podrán en la mayoría de las veces — si no siempre — resolvernos el problema patogenético.

Es una verdad que la edad del enfermo constituye en clínica un factor importantísimo, pues la significación del ataque resulta del todo diferente, según que lo observemos en un niño, en un adolescente ó en un viejo. Así, en los primeros años de la vida, el espasmo glótico es casi siempre esencial; mejor dicho, es el resultado de un estado mor-

boso del sistema nervioso, preparado con frecuencia por la herencia, y realizado por las malas condiciones higiénicas de vida y de alimentación. Será, pues, en caso excepcional, producto ó consecuencia de lesiones materiales que obren sobre los centros ó los troncos nerviosos, y por lo tanto, sobre todos estos puntos de origen deberán dirigirse nuestras investigaciones médicas y nuestros recursos terapéuticos.

En el adulto se impone todavía más la persecución de la lesión material como fuente de origen del espasmo laríngeo, á cuyo fin ha de contribuir no poco en el esclarecimiento de tan importante asunto el examen laringoscópico, toda vez que el descubrimiento, por ejemplo, de una lesión intralaringea, ó la comprobación de la inmovilidad de una cuerda vocal *sin alteración* de los tejidos laríngeos, nos guiará en el camino que haya de conducirnos á establecer el diagnóstico entre una lesión de los centros nerviosos, ó simplemente de los nervios laríngeos.

El diagnóstico patogénico no presenta dificultades, por regla general, cuando coinciden las crisis del espasmo glótico, ó por lo menos alternan, con manifestaciones francamente histeriformes.

Y en los casos en que nada en absoluto encontremos de esta clase de fenómenos histeriformes, tendremos necesidad de explorar los conductos naso-faríngeos.

Siempre constituyen un peligro serio esta clase de crisis, por la amenaza de asfixia.

En las formas leves ó de mediana intensidad, intentaremos combatirlas mediante los revulsivos y aplicaciones de agua muy caliente en la región anter or del cuello, al mismo tiempo que recomendaremos las inhalaciones de éter, cloroforno, etc. (Véase mi nota al capítulo *Laringitis estridulosa*, tomo I, pág. 192.)

Si hay peligro de asfixia, convendrá practicar la intubación ó la traqueotomía.

Cuando el espasmo es el resultado de una lesión material (tumor que comprime un recurrente, lesión nasal) susceptible de operarse, no se deberá vacilar en someter al enfermo al acto quirúrgico, con lo que prevendremos y curaremos aquel afecto, salvándole á éste de un inminente y repetido peligro.

Por desgracia, muchos espasmos reconocen por origen la tabes, y en tal caso, tienen el mismo pronóstico desfavorable que la enfermedad originaria. El único tratamiento racional, para ellos, será el plan específico enérgico.

¡Cuántas veces nos encontraremos impotentes para combatir á satisfacción y obtener de este modo una curación radical en la enfermedad de que nos ocupamos! En circunstancias tales, habremos de contentarnos con instituir un tratamiento paliativo, que tienda á dismi-

nuir la hiperexcitabilidad refleja del bulbo, y por lo tanto, sean más raros los accesos dispneicos, y á la vez menos violentos. Llenaremos tal indicación con los antiespasmódicos (morfina, codeína, bromuro de potasio, etc.), administrados al interior ó en inyecciones hipodérmicas.

Al efecto, ninguno mejor que el clorhidrato de cocaína, empleado en toques faríngeos, en solución al 1 por 10 ó al 1 por 20; y todavía mejor, instilando unas gotas de dicha solución en el interior de la laringe, mediante el espejito laringoscópico y una jeringuilla de cánula acodada y larga. Con esto, si no logramos que los efectos dejen de ser transitorios, por lo menos, conjuramos el peligro del momento.] —
DR. C. COMPAIRD.

Tumores de la laringe.

(Tumores benignos. — Pólipos de la laringe.)

Sumario.—Comprenden dos grupos importantes: los tumores benignos y malignos.

TUMORES BENIGNOS. — Eran casi desconocidos antes de la introducción del laringoscopio; desde esta época se ha hecho considerable su número. — Su frecuencia, basada en la estadística. — Etiología general. — Es compleja. — Influencia de las irritaciones locales y de la edad. — Tumores congénitos: Influencia del sexo, de la profesión; de la herencia y de las enfermedades agudas.

SINTOMATOLOGÍA GENERAL. — Varían los desórdenes de la voz según el volumen, la forma y el sitio del neoplasma. La respiración es ordinariamente fácil; la sofocación es posible. Influencia de la posición del enfermo. La tos es rara y, si existe, su timbre, como el de la voz, se modifica. — La deglución es fácil y el dolor nulo.

SÍNTOMAS OBJETIVOS. — De la depresión forzada de la lengua, del tacto, de la auscultación y de la expectoración. — Insuficiencia ó inutilidad de estos medios. — Importancia del examen laringoscópico en estos casos.

PAPILOMAS. — Son los más frecuentes. Las cuerdas vocales son su sitio habitual; aspecto; son sesiles ó pediculados; su curso es lento, pueden desaparecer solos, ser eliminados ó acarrear la asfixia.

QUISTES. — Fecha reciente de su estudio. Su frecuencia, volumen y aspecto característico de los mismos.

FIBROMAS. — Son relativamente raros; sitio habitual. Su aspecto. Pueden formarse cavidades quísticas; son de ordinario sesiles y únicos en la mucosa; longitud de su curso.

MIXOMAS. — Son poco comunes; practícase rara vez el examen histológico. — Son únicos, uni ó multilobulados.

ADENOMAS. — Son excepcionales y su estudio está por hacer todavía.

LIPOMAS. — Son extralaringeos. — Descripción del caso de Bruns. Son verdaderas curiosidades patológicas.

ANGIOMAS. — Su aspecto se caracteriza poco. Pueden producir graves hemorragias.

ENCONDROMAS. — Han sido bastante bien estudiados. — Débense á una desviación del trabajo fisiológico ó á una lesión del cartilago. — Sitio y aspecto. — Su consistencia es leñosa. — Gravedad del pronóstico.

TUMORES MIXTOS. — Curso. — Duración: es lenta y habitualmente progresiva. — La transformación maligna de la expulsión espontánea es posible; es rara la terminación por asfixia. — Establécese el diagnóstico por medio del examen laringoscópico. — Dificultades en los niños. — Debe hacerse con el edema, ciertas proliferaciones diatésicas y la eversión de los ventriculos. — El pronóstico es benigno por punto general; excepciones de esta regla. — Diversos tumores del órgano vocal. — Su importancia en los cantantes.

Los tumores de la laringe pueden dividirse, por lo pronto, en dos grandes é importantes grupos. Según constituyan una afección esen-

cialmente localizada en la mucosa vocal ó se presenten, por el contrario, bajo la forma de producciones infiltradas con tendencia á la invasión, se les podrá distinguir en: 1.º, tumores benignos, y 2.º, en tumores malignos.

Vamos á estudiar los de la primera categoría, ó sea los tumores benignos del órgano vocal.

HISTORIA. — Aunque no entre en el acostumbrado programa de estas lecciones la historia de las diversas cuestiones á nuestro estudio sometidas, quiero recordar, sin embargo, que antes del período que puede apellidarse laringoscópico, eran casi ignorados los neoplasmas de la laringe; así que nadie podrá achacar á temeridad que diga que el espejo laríngeo constituye uno de los más bellos descubrimientos de la cirugía vocal.

Antiguamente sospechábase apenas la existencia de los pólipos de la laringe. Algunos casos señalados entonces eran verdaderos hallazgos de autopsia, ó se diagnosticaban, gracias á la expectoración de los enfermos, de porcioncillas neoplásicas que, según los síntomas acusados, parecían verdaderamente tener su sitio en la laringe. Atribúyese generalmente á Koderick (1750) la primera operación de pólipo *por vías naturales*. En 1833, Braners intentó operar uno por la tirotomía, y tres años más tarde, Regnoli hizo una extirpación análoga por la boca, valiéndose de la traqueotomía preventiva.

Ryland y Ehrmann fueron los primeros autores que parecen haber concedido una atención seria á estos neoplasmas, puesto que, con efecto, consagró el primero de estos autores muchas páginas al estudio de tales tumores en su *Traité des maladies du larynx et de la trachée*, publicado en 1837; pero debe atribuirse mayor importancia á la *Histoire des polypes du larynx*, que Ehrmann publicó en 1850, en la que describe un considerable número de producciones morbosas encontradas en el hombre y en los animales.

Middeldorpf, en 1854, reuniendo los casos esparcidos en la literatura médica, llegó á un total de sesenta y cuatro observaciones, con sólo nueve tentativas de extirpación del neoplasma.

Después de la invención del laringoscopio, se ha hecho tan considerable el número de pólipos, que sería difícil poderlos contar. Czermack, Türk, Gibb, etc., reunieron muchos ejemplos, y en 1872, Fauvel, en su *Traité des maladies du larynx*, consignó 300 casos recogidos en su práctica. Á estos números pueden agregarse los de Bruns, Tobo.d, Morell-Mackenzie y otros que sería prolijo enumerar, porque hoy no hay un solo médico que se ocupe en laringoscopia que no haya observado numerosos ejemplos de este género. El último trabajo de conjunto que ha visto la luz pública sobre esta materia es la tesis de

agregación del Dr. Schwartz (1886), en que se establecen numerosas estadísticas, que están distantes de ser completas, porque gran número de hechos permanecen olvidados en las carpetas de los observadores.

No puede concluirse, de lo que acabamos de decir, que los pólipos de la laringe sean extremadamente frecuentes, porque compulsando el Dr. Schwartz los registros de la clínica del Dr. Fauvel, después de analizar 12.000 observaciones, ha podido convencerse de que estos neoplasmas se presentan poco más ó menos en la proporción de 1 por 100 relativamente á las demás afecciones de este órgano. Su frecuencia, aunque superior á esta cifra, no iguala á la de la sífilis ó de la tuberculosis laringea.

Los tumores benignos comprenden muchas variedades, pudiendo ponerse como tipo principal los *pólipos de la laringe*, en los que se engloban las demás producciones benignas.

ETIOLOGÍA GENERAL. — Es muy compleja. Para unos, tales neoformaciones son, con frecuencia, resultado de congestiones crónicas ó de repetidas inflamaciones del órgano vocal. El Dr. Morell Mackenzie, que presta á esta teoría la autoridad de su nombre, dice que si han podido verse formar neoplasmas á consecuencia de una inflamación aguda ó subaguda, precisa, no obstante, atribuir la causa á una hiperemia crónica, mientras otros, por el contrario, admiten que existen desórdenes vocales sintomáticos de pólipos de la laringe, sin que los individuos atacados presentaran afecciones anteriores del órgano de la voz.

Alguna vez existía un catarro crónico que no habia hecho más que aumentar por la presencia del tumor. En algunos enfermos de laringitis crónica, como los tuberculosos y los sifilíticos, no se han encontrado nunca verdaderos pólipos de la laringe, pudiéndose considerar esta coincidencia como una verdadera excepción. Estamos muy inclinados á admitir la teoría que atribuye á los neoplasmas los catarros crónicos de la laringe, pudiendo aquéllos considerarse, no como efecto, sino como una causa de la irritación.

La hipótesis de Klebs es ingeniosa. Según este autor ha hecho notar, ciertos puntos muy limitados de las cuerdas vocales son el sitio de predilección de los fibromas, y cree que estos puntos corresponden á los focos de oscilación de las citadas cuerdas. Tal opinión ha sido aceptada por Schnitzler, que hace de las mismas partes *focos ó nódulos de inflamación*. Difícil es, en el actual estado de nuestros conocimientos, pronunciarse en semejante punto de un modo categórico, ya que, para ser resuelto, necesita nuevas investigaciones.

Los cantantes de profesión profesores, oficiales y jefes del Ejército y oradores están colocados en excelentes condiciones para padecer pó-

lipos de su órgano vocal, no siendo raro en ellos encontrar producciones que más tarde formen verdaderos pólipos.

En semejantes casos, deben atribuirse los neoplasmas á los esfuerzos vocales exagerados, resultantes del ejercicio profesional. El doctor Morell-Mackenzie ha encontrado estos tumores benignos en el 21 por 100 de enfermos que se encontraban en edad de dedicarse al ejercicio del canto.

La época más favorable para su producción parece ser entre veinticinco y cincuenta años. Así, los Dres Fauvel y Morell-Mackenzie, sobre 520 casos, han comprobado que, en 328 veces, los enfermos eran de estas edades. Puédense encontrar, sin embargo, en épocas extremas. El Dr. Schiffers halló un caso en un anciano de ochenta y dos años, y por su parte, el Dr. Causit, en su *Étude sur les polypes du larynx*, ha notado que es bastante frecuente encontrarlos en la edad juvenil, y á menudo los cree congénitos. Por más que puede mirarse esta opinión como probable, no ha podido, como dice Morell-Mackenzie, establecerse de una manera evidente más que en cuatro circunstancias, una por Dufour, dos por él mismo y una por el Dr Arturo Edis. Tratábase aquí de un quiste de la epiglotis, del grosor de una avellana, encontrado en la autopsia de un niño muerto por sofocación, treinta y siete horas después del nacimiento. El Dr. Lennox-Browne (1889) agrega un quinto caso visto en un niño de tres años que, desde su nacimiento, presentó desórdenes de la respiración, y que sucumbió á pesar de un tratamiento enérgico. Estoy convencido de que buen número de casos habrá pasado inadvertido, por falta de examen suficiente durante la vida ó después de la muerte de los niños.

De una manera general, los tumores benignos del órgano vocal se encuentran en todas las edades; pero son frecuentes, en particular, de los dieciocho á los cincuenta años.

En la estadística del Dr. Schwartz, sobre 585 observaciones de este autor, se ha notado su presencia 426 veces en hombres y 159 solamente en las mujeres, lo que parece indicar una predisposición mayor en el sexo masculino á contraer la afección. Por esta misma razón se ha llegado á deducir que las causas de irritación local, más frecuentes en el hombre, juegan cierto papel en su producción.

La profesión es también de importancia, y Morell-Mackenzie dice que los enfermos expuestos por su oficio á las causas de irritación de todas especies (polvos, abuso de la voz) están, por esta razón, más expuestos á ser atacados.

Los esfuerzos vocales, diremos nosotros, pueden engendrar pólipos y sobre todo quistes, que se presentan bruscamente; así es que se les observa en los cantantes ó en ciertas personas que tienen que hablar en medio del ruido. Aplíquese esta etiología sobre todo á los quistes

sanguíneos. No les producirá un grito violento, pero sí los esfuerzos repetidos y en un enfermo ya predispuesto.

No hablaré de la *herencia* más que para mencionarla, porque no creo que pueda tomarse en consideración.

Hanse atribuido también á las *enfermedades agudas*; así es que la viruela, la escarlatina, el sarampión y la erisipela, provocando la inflamación de la mucosa vocal, podrían ocasionar la formación de neoplasmas. Emitida por Causit, esta opinión se aceptó por Isambert y Solis-Cohen, pero es muy difícil demostrar su exactitud absoluta.

SINTOMATOLOGÍA GENERAL — Los pólipos laríngeos pueden dar lugar á dos grandes órdenes de síntomas, que son: 1.º, síntomas funcionales, y 2.º, síntomas generales.

Los *síntomas funcionales* son los primeros que llaman la atención; varían según el sitio y la naturaleza de los pólipos, según éstos sean sesiles ó pediculados, antiguos ó recientes, pequeños ó voluminosos y según la rapidez ó lentitud con que se hayan formado.

Voz. — Los primeros desórdenes que se comprueban son los de la fonación. Rara vez, en efecto, la voz se conserva intacta, porque los pólipos ocupan frecuentemente las cuerdas vocales. Estos desórdenes son muy variables, habiendo enfermos en los que aquéllos son tan ligeros, que pasan inadvertidos. Otros no comprobarán la alteración vocal, sino porque, siendo cantantes, notarán que no tienen la misma exactitud, ó mejor la misma facilidad de emisión, la misma pureza del sonido. Es fácil, en efecto, comprender que los neoplasmas de la epiglotis, como también de los repliegues ariepiglóticos, pueden evolucionar sin acarrear la menor alteración de la voz, cuando son sesiles, y no caen, por consiguiente, en la garganta.

Según el sitio del neoplasma (anterior, medio ó posterior), la voz de falsete, el término medio ó bien una ó dos notas solamente, serán las que se alteran, constituyendo á menudo lo que en la terminología del canto se llaman notas de paso de la voz, *mi* y *fa* para el tenor, etcétera.

Los síntomas pueden afectar una intensidad mayor y traducirse por la disfonía, ronquera y hasta afonía, diferencias que dependen de la situación del pólipo. Así, si se trata de una producción sesil y de mediano volumen situada en el tercio anterior ó en el borde libre de la cuerda vocal, sucederá que en la fonación, por el solo hecho de su presencia, no podrá realizarse la aproximación de las cuerdas, no solamente en el punto en que aquél se encuentra, sino por delante y por detrás, y, como resultado, habrá un orificio abierto por el que se escapará el aire. Si, por el contrario, el pólipo se halla situado en la

parte posterior, como durante el esfuerzo vocal se tocan los labios glóticos, el aire los hace vibrar todavía y es ligera la alteración de la voz; los sonidos están apagados, velados, pero de un modo casi imperceptible.

Al efecto, en el cantante las notas serán limpias y muy claras si el enfermo fuerza su voz; pero si se está cerca de él, y se pone atención, se oye un sonido velado y á menudo doble (diftonía).

Cuando el tumor es muy pequeño, con frecuencia no hay desórdenes; pero en la emisión de la voz cantada, no pudiendo aproximarse las cuerdas, se apaga y extingue el sonido. Débense generalmente estos desórdenes á pequeñas producciones, que se colocan en medio ó por encima de las cuerdas. Si los pólipos están situados por delante, dificultan más la fonación.

Si, en lugar de ser sesiles, son pediculados, los desórdenes serán entonces inconstantes. En efecto: según la longitud de su pedículo, podrán pasar por encima ó, por el contrario, caer entre las dos cuerdas, y, en este caso, determinar una completa afonía. Aquí, todavía los pólipos situados en la parte anterior son los que producen mayor fatiga.

Si se trata de tumores que se mueven á modo de campana, insertados en el ángulo entrante del cartilago tiroides, podrán faltar por completo los desórdenes de la voz.

Cuando los pólipos se fijan en otros puntos, las modificaciones de la voz son irregulares. Si ocupan la región interaritenóidea, como en algunos casos de tuberculosis, con producciones de nueva formación, entonces puede estar gravemente alterado el timbre de la voz, y hacerse sombría, ronca ú oscura. Las diversas alteraciones del timbre que pueden observarse en las afecciones de este género, son variables en absoluto.

Recuérdese solamente que, en los niños, la voz es ronca y crupal. En veintiséis casos, ha encontrado el Dr. Causit siete veces este sintoma. El Dr. Morell Mackenzie hizo dos veces la misma observación.

Si el tumor está encima ó debajo de la región glótica, es muy raro, á menos que no sea largamente pediculado, comprobar desórdenes en la fonación, sino cuando caiga ó vuelva á ponerse entre las cuerdas vocales en los esfuerzos de inspiración ó durante la emisión del sonido.

Respiración. — La fatiga de la respiración pasa frecuentemente inadvertida, y será, al decir de algunos autores, más rara que el sintoma anterior.

Depende del sitio y del volumen del neoplasma. Si éste es demasiado considerable, cambia por completo la situación y compromete mucho la respiración por el motivo mencionado. Morell-Mackenzie comprobó trastornos de esta función en el 30 por 100 de los casos observa-

dos por él, en tanto que el Dr. Fauvel dice, por el contrario, que son poco frecuentes. El Dr. Causit, que ha estudiado, sobre todo, los pólipos de la laringe en los niños, la ha comprobado á menudo en ellos, cosa fácil de comprender, dado el pequeño calibre del orificio de la glotis en los enfermos de esta categoría. Parece que, por lo menos, se la observa en la tercera parte de los casos.

La fatiga respiratoria es notable por la misma diversidad en su modo de presentarse. Siendo los pólipos muy higrométricos por su naturaleza, se hinchan, y, en su consecuencia, en los tiempos lluviosos y húmedos se observan desórdenes más marcados. Del mismo modo, las inflamaciones de la mucosa laríngea ó de la pituitaria los aumentan, pudiendo, en ciertos casos, llegar hasta la sofocación y hacer temer la asfixia. Cuando puede comprobarse tal síntoma es porque, por regla general, es considerable el volumen del ó de los neoplasmas, y á menudo son pediculados.

La dispnea afecta diversos tipos: puede ser mixta, es decir, presentarse lo mismo en la inspiración que en la expiración, ó bien ser paroxística, con exacerbaciones que cambian de cuando en cuando. La causa determinante de los accesos será, según los casos, un esfuerzo corporal, una carrera, subir escaleras, acumulación de secreciones en la glotis, etc.

Un punto importante que hay que considerar en estos casos es la posición de la cabeza. Todos los autores han notado, Fauvel y Poyet especialmente, que la de estar echada hacia adelante facilita la respiración, produciéndose el efecto contrario cuando se invita á los enfermos á que la echen hacia atrás. En este caso hasta se puede temer la ortopnea. En uno de mis clientes he podido darme cuenta de la veracidad de la aserción. Tratábase de una mujer de cuarenta años, que tenia un pólipo pediculado del lado izquierdo de la laringe. Presa de un sufrimiento constante y una fatiga permanente de la respiración, esta enferma, *desde siete años hacia*, no podía dormir más que en un sillón por no poder mantenerse en decúbito dorsal. Hasta entonces, y desde el principio de su enfermedad, se la había tratado, sin éxito, por tuberculosis del órgano vocal. Después de hecho el diagnóstico, operé á la enferma por las vías naturales. La curación se obtuvo gracias á mi feliz intervención.

He aquí un ejemplo chocante de desórdenes respiratorios producidos p r la posición, en los pólipos voluminosos y pediculados de la laringe, desórdenes que no siempre acompañan á los pólipos de este órgano y que pueden observarse en ciertas estenosis laríngeas, no siendo raro que se presenten en la dispnea, con accesos de sofocación en los niños enfermos de erup, cuando se pone el cuello en extensión para practicar la traqueotomía.

Tos. — Al decir de algunos autores, rara vez se presenta. Fauvel no la ha comprobado más que seis veces en 300 casos de pólipos laríngeos, y aun entonces podía atribuirse á una laringitis catarral concomitante. El Dr. Morell-Mackenzie la ha observado 93 veces en 271 casos. Dos veces se complicó con paroxismos violentos de disnea, sintoma que puede inspirar temor en ciertos casos muy graves, á causa de las hemoptisis que alguna vez lo acompañan.

Generalmente los enfermos no tienen tos. Puede suceder, cuando los pólipos son sumamente pediculados, que se atraviesen en el orificio de la glotis y provoquen un «ejem» pasajero, destinado á desembarazar á los pacientes de la sensación que experimentan, cosa, por lo demás, excepcional, porque la mucosa laríngea se acostumbra á esa sensación continua y desaparece el reflejo. Igualmente sucede que estos roces repetidos embotan la sensibilidad táctil, haciendo más fácil de practicar la intervención quirúrgica directa.

Con todo, si la tos existe, varía mucho su timbre. Sigue las modificaciones de la voz, es decir, que es apagada, crupal, etc., y muy raros los accesos. El timbre crupal no se encuentra más que en los niños, y es, á menudo, indicio de síntomas de mayor gravedad.

Disfagia. — La deglución es fácil de ordinario y, si se hace penosa, es porque el tumor es extralaríngeo y se inserta, por ejemplo, en la epiglotis, ó bien porque afecta un volumen muy considerable; pero, hechas estas excepciones, es muy raro que este acto fisiológico se dificulte. En 100 observaciones, no ha encontrado más que 8 casos de disfagia el Dr. Morell-Mackenzie, y siempre el tumor estaba en la epiglotis.

Dolor. — No existe en la mayor parte de los casos. Á lo sumo, experimentan algunos enfermos un poco de fatiga ó estorbo en la parte posterior de la garganta, ó, si el pólipo es muy voluminoso y extralaríngeo, una sensación de cuerpo extraño. Muy recientemente, he visto un neoplasma enorme de la banda ventricular derecha, del volumen de una nuez; tratábase, según todas las probabilidades, de un fibro-mixoma pediculado que salía al exterior, produciendo accesos de sofocación é impedía que la epiglotis cayese sobre la laringe. Entonces el enfermo sentía un poco de dolor, que no dudaba en atribuir al tumor.

SÍNTOMAS OBJETIVOS. — Los signos físicos se obtienen por el examen directo del órgano. Antiguamente, se exploraba la laringe por medio de la depresión forzada de la lengua, pudiéndose, de este modo, comprobar grandes pólipos dentro de la laringe; pero se comprende que

este método se halle hoy abandonado completamente por defectuoso.

En las lecciones anteriores he dicho algunas palabras acerca del *tacto*, por el cual pueden reconocerse, en algunos casos raros, los tumores del órgano vocal; pero puede suceder que, al abandonar su sitio las producciones patológicas, produzcan accesos de asfixia. Además, como los relieves de poca dimensión escapan al *tacto*, hay que tener este procedimiento por muy poco recomendable.

Por medio de la auscultación, es posible diagnosticar los pólipos laríngeos si se trata de neoplasmas pediculados, porque, en caso contrario, será muy difícil comprobar el famoso ruido de bandera, sobre cuya ausencia, muy frecuentemente sin razón, hanse fundado para negar la existencia de esta lesión. Por lo demás, exista ó no, el mencionado ruido no nos enseñaría nada acerca de la naturaleza del tumor, como tampoco si se trataba de la sífilis, de la tuberculosis ó de un pólipo cualquiera. De modo que la auscultación me parece un signo diagnóstico de poco valor, que no merecé se la ponga en uso.

La posible *expectoración* de partículas neoplásicas constituye un síntoma importante; pero, además de que es muy raro el desprendimiento espontáneo de masas poliposas, cuando se verifica, todo lo más, indica su naturaleza, pero no permite prejuzgar nada acerca de su punto de implantación. Es, en suma, un medio infiel, que podrá proporcionarnos algún servicio cuando de papilomas difusos se trate, pero es insuficiente para que establezcamos el diagnóstico con exactitud.

Únicamente *el examen laringoscópico* nos permite determinar á la vez el volumen del pólipo, su color y su forma. Reemplaza de hecho á los demás medios y nos hace orientar de antemano en lo relativo al pronóstico y al tratamiento; sin embargo, aun entre las manos más hábiles, el espejo no siempre aclara la cuestión, así que sólo por medio de la sonda será posible reconocer exactamente el punto en que se implantan algunos neoplasmas voluminosos. Á veces sería temerario juzgar, por un simple examen laringoscópico, la naturaleza de las producciones morbosas; pero se comprende, sin que tenga necesidad de insistir en ello, la utilidad y *hasta la necesidad de ver* la parte atacada, su forma, su color, su volumen y su modo de implantación.

Sitio. — Desde el punto de vista de su inserción, los tumores benignos de la laringe parecen tener predilección por las cuerdas vocales inferiores. Así Bruns, en 1.100 casos, los encontró 836 veces insertados en este punto, y en 300, Fauvel ha comprobado que eran intraglotícos 250 veces. Se los encuentra alguna vez en el ángulo entrante del cartilago tiroideo, en el punto en que los repliegues tiro-aritenoideos se insertan en dicho cartilago. Esta observación ha sido señalada por el Dr. Fauvel.

Si me contrajese á mis propias observaciones, aunque mi estadística sea menos extensa que la de los precitados autores, me adheriría al dictamen de los mismos, porque, con efecto, en los casos que me ha sido dado observar, sólo tres ó cuatro veces he visto que los pólipos tenían por punto de origen el ángulo entrante del tiroideo, mientras que en todos los demás casos se produjeron en los repliegues tiroaritenoides.

Son relativamente muy raras las inserciones en los ventrículos, no encontrándolos más que excepcionalmente al nivel de los aritenoides ó de la región interaritenoides. Los pólipos no tienen preferencia marcada por ningún lado del órgano.

Los tumores subglóticos, comparados con los de la mucosa laríngea, son muy raros, y entre los casos típicos que se encuentran registrados en la literatura de esta ciencia, citaré la observación del doctor Labus, en la que el neoplasma se insertaba en el quinto ó sexto anillo de la tráquea y fué operado por las vías naturales.

Pero antes de pasar más adelante, conviene clasificar las diversas producciones patológicas, las cuales dividiremos, por su frecuencia, en 1.º, papilomas; 2.º, quistes; 3.º, fibromas; 4.º, mixomas; 5.º, adenomas; 6.º, lipomas; 7.º, angiomas, y 8.º, encondromas.

Todo lo que acabamos de decir de la etiología y de la sintomatología de los pólipos de la laringe, aplicase á estas producciones morbosas *en general*. Vamos á estudiar ahora sucesivamente las particularidades inherentes á cada neoplasia, siguiendo el orden indicado y describiendo al por menor, en cada una de ellas, las diversas modificaciones que imprimen á las funciones del órgano vocal.

I. **Papilomas.** — Los coloco en primer lugar, porque son los más comunes.

Bastará, en efecto, citar algunas estadísticas principales, para convencerse de esta verdad y discurrir ampliamente sobre su frecuencia. Bruns encontró 602 papilomas entre 1.100 casos de tumores de la laringe. Fauvel dice que se los encuentra en una proporción de 54 por 100; Massei ha observado 94 entre 200 casos; Morell-Mackenzie 67 por 100; finalmente, Krishaber estima que constituyen la mitad de los neoplasmas de este órgano, opinión á que se adhiere Elsborg y que, en tesis general, puede decirse que es exacta.

Sitio. — Los papilomas están ordinariamente situados en toda la longitud de las cuerdas vocales, principalmente en su tercio anterior, y á veces en la parte media. Son generalmente sesiles ó pediculados, limitados y únicos, si bien pueden verse en algunos enfermos muchos de ellos á la vez.

Simétricos de ordinario, los papilomas tienen una apariencia gris-rosada, lisa é igual; tórcanse ligeramente bermejos después de los esfuerzos de tos ó después de las tentativas de ablación no coronadas por el éxito. De forma redondeada, pueden afectar el volumen de un guisante ó de una lenteja, estando otras veces arracimados como las frambuesas, con granos pequeños como una diminuta cabeza de alfiler. En semejante caso, presentan un color rosado más pálido y como erizada su superficie. Es el verdadero aspecto papilar, muriforme ó en coliflor. Éstos suelen afectar el volumen de una nuez ó de una castaña, y ofrecer un aspecto especial, que puede compararse al de una verruga.

Tales especies de neoplasmas tienen una parte central saliente, de la que parten, difundiéndose, granulaciones cada vez más pequeñas, semejantes á una mora ó á una frambuesa.

Los papilomas se encuentran en las cuerdas inferiores, pero se les



FIG. 36. — Papiloma inserto en el ángulo entrante del tiroideo entre ambas cuerdas vocales.



FIG. 37. — Pequeño pólipo mucoso de la parte media de la cuerda vocal inferior izquierda.

ve también en las bandas ventriculares, en los ligamentos ariepiglóticos, en la cara posterior de la epiglotis, y á veces también en la región subglótica.

El examen revela un estado papilomatoso bastante parecido á la tuberculosis vocal, con la diferencia de que aquí el brote es más considerable y no se trata de simples vellosidades, sino de un verdadero tumor de aspecto más pardusco, más sucio, y, sobre todo, más saliente y más mamelonado.

Los papilomas tienen una consistencia blanda, poco resistente, son perfectamente movibles y flotan al compás de los movimientos respiratorios. Otras veces, como en un caso que cita Jurasz (de Heidelberg), tienen consistencia córnea; pero este es un hecho raro, que debe colocarse entre las excepciones. Agregaré también que, cuando se encuentren estos neoplasmas, puede dudarse de su benignidad absoluta.

Su estructura es la de los papilomas en general, es decir, que al examen microscópico podrá comprobarse una hipertrofia de las papilas con todas sus consecuencias; existen proliferaciones del tejido conjun-

tivo con numerosos entrecruzamientos de capilares, cuyas paredes, muy delgadas, están constituidas por un revestimiento epitelial estratificado.

II. **Quistes.** — Estos tumores se habían considerado como muy raros hasta 1880; hecho que me impelió a presentar, por esta época, una comunicación al Congreso de Milán. Al mismo tiempo, y sin tener conocimiento recíproco de nuestros trabajos, el Dr. Cervesato publicó y comunicó al mismo Congreso un trabajo análogo.

Reunimos, mi colega italiano y yo, en nuestras Memorias, más de 100 casos de tumores quísticos, en los cuales basábamos nuestro estudio. Después de numerosas pesquisas é investigaciones sobre tan interesante cuestión, pude convencerme de que el primer caso auténtico lo había observado Durham en 1863. Tratábase de un tumor que ocupaba la epiglotis. En el mismo año, observó Virchow por primera vez un caso de quiste intralaringeo. Después de estos autores, los doctores Türk, Johnson, Merckel, Gerhardt, Rauchfuss, Schrötter, Gibb,

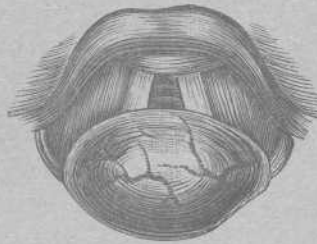


FIG. 38. — Tumor quístico de la región posterior (aritenoides).

Morell-Mackenzie, Sommerbrodt, Bruns, Tobold, Edis, Fauvel, Labus, Semon, Cervesato, etc., y yo también, hemos señalado nuevos ejemplos. Con posterioridad á la publicación de mi segundo artículo (1882) sobre la misma materia, en el que el total de tumores observados era de 117, el Dr. Schwartz pudo reunir 138 casos en su discurso inaugural. Esto quiere decir que el número había aumentado considerablemente, y desde esta época se ha enriquecido con nuevos hechos, que sería prolijo enumerar.

El lector no extrañará que, cuando publiqué mi primera Memoria, dijera que los quistes laringeos eran tumores bastante raros; pero hoy me creo en el caso de volver sobre esta apreciación y hacer constar, por el contrario, que son de una frecuencia relativa, puesto que muy recientemente ha presentado el Dr. Garel 20 observaciones en una cincuenta de casos observados por él. Guiándome por mi experiencia personal, considero que estas producciones representan actualmente

cerca de la cuarta parte de los neoplasmas benignos del órgano vocal; pues es preciso, para darse cuenta exacta de la frecuencia ó rareza de una afección, fundamentar su estadística en una práctica de muchos años, según los enfermos que se haya tenido ocasión de ver.

Los quistes pueden encontrarse, ya en el interior, ya en el exterior de la laringe; pero los de la primera categoría son los más frecuentes, y quizá por esta razón sea por lo que á menudo se les confunde con los papilomas. Se distinguen en que no tienen pedículo; su volumen varía desde el de una cabeza de alfiler hasta el de un guisante, de una judía, de una avellana ó más. El volumen medio es el más ordinario.

Los quistes extralaringeos ocupan la epiglotis ó la base de la lengua; son los más considerables en general, y adquieren el volumen de una almendra ó de un grano de uva; son lisos, unidos por su superficie, representando bastante bien una semiesfera transparente, con una red vascular arborizada en su superficie.

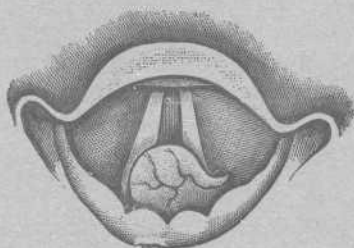


Fig. 39. — Tumor quístico de la parte posterior de la banda ventricular izquierda.

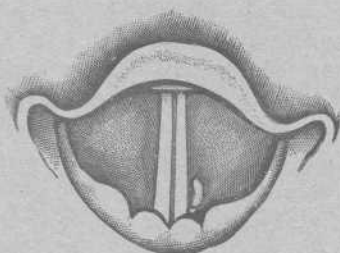


Fig. 40. — La misma laringe después de la operación; percíbese todavía el punto de donde partía la bolsa quística, (Véase "Revue de Laryngologie", pág. 189, año 1888.)

Su contenido es seroso ó coloideo, sanguíneo ó ateromatoso (Blanc), y en este caso se los ha podido confundir con los quistes dermoideos. Cuando se los coge entre los bocados de la pinza, sale, por lo general, un poco de sangre, después de lo cual se deprime la bolsa.

Al examen laringoscópico, podrá verse con mucha claridad que se parecen á una bolsa extendida, llena de líquido, que se vuelve rosada, y hasta roja, después de las tentativas de extracción.

La estructura de la bolsa no difiere en nada de la de los demás tumores quísticos, según he podido convencerme por el examen de una partícula extraída á uno de los enfermos, del que he presentado la observación en mi Memoria sobre este asunto.

Desde el punto de vista patogénico, pareceme justo considerarlos como tumores por retención, formados en el interior de las glándulas.

En efecto: éstas pueden sufrir una dilatación considerable, sobre todo en ciertos puntos, como en los ventrículos de Morgagni ó en la superficie de la epiglotis. La cavidad se forma ora á expensas del fondo de saco glandular, ya por dilatación del canal excretor, cuyo orificio se encuentra obstruido por compresión exterior, por hinchazón de las paredes ó por un tapón de moco desecado. Los síntomas funcionales ocasionados por los quistes del órgano vocal, no difieren de los que ya hemos descrito á propósito de los tumores benignos en general.

III. **Fibromas.** — Menos comunes que los papilomas y los quistes, los verdaderos fibromas constituyen, sin embargo, la tercera categoría de los neoplasmas laríngeos.

Según Krishaber, forman cerca de la cuarta parte de los tumores benignos de esta región; pero tal modo de pensar parece un poco exagerado, si no se consideran como de la misma especie las producciones esencialmente constituidas por el tejido fibroso.

Las cuerdas vocales inferiores son su sitio acostumbrado. En ellas las encontró Bruns 346 veces en 815 casos, y es excepcional por completo encontrarlas en otra parte, debiendo considerar como muy raros los fibromas situados en los repliegues ariepiglóticos ó en la región interaritenoides. He podido registrar un caso que parecía infiltrarse en el espesor del tejido mucoso y, quizá también, en el del tejido muscular de la región.

Ordinariamente son únicos y casi nunca pediculados. Su volumen puede variar, dice Massei, entre el de un grano de mostaza y una judía. Encuéntranse alguna vez en las cuerdas vocales pequeños relieves del tamaño de una cabeza de alfiler ó un poco más, situados en la parte media del borde libre. Cuando están afectadas las dos cuerdas, ocupan una posición simétrica y se observan más particularmente en los contornos, de donde procede la frase de «nódulos de los cantantes» con la cual se les designa. Por mi parte, no creo que se puedan incluir entre los fibromas, toda vez que, por punto general, se trata de pequeños quistes ó papilomas y hasta de simples porciones de la mucosa distendida.

Fórmanse las producciones fibrosas á expensas del tejido submucoso con fibras conectivas entremezcladas de fibras elásticas. Pueden asimismo nacer á expensas del pericondrio. Con frecuencia encierran dilataciones llenas de líquido. El Dr. Labus (de Milán) refiere un caso en el cual el tumor, del volumen de una nuez, contenía estas clases de cavidades.

Regulares, unilobulares, generalmente de forma hemisférica y muy circunscritos, los fibromas pueden presentar dos ó tres lóbulos, en especial cuando degeneran y se llenan de bolsas quísticas. En algunos

casos, muy raros ciertamente, son pediculados y penden en la laringe.

Son parduscos y su color recuerda bastante bien el de las cuerdas vocales ligeramente acatarradas. El tacto con la sonda y la pinza demuestra la naturaleza fibrosa de la producción, la que se desliza entre los bocados sin que se aplaste.

Cuando existe un fibroma en una de las cuerdas, hay inflamación y descamación de la opuesta, por el roce que ejerce sobre ella el neoplasma.

IV. Mixomas.—Son excepcionales en el órgano vocal, tanto que su existencia se ha puesto en duda por algunos autores, dimanando esta opinión, según todas las apariencias, de que con frecuencia se han confundido los angiomas, los fibromas y los quistes, con estas producciones patológicas.

Es muy difícil procurarse partículas de mixomas para hacer el examen histológico, por cuya razón cabe que se los haya tenido por muy poco frecuentes; sin embargo, Ziemssen y Morell-Mackenzie ase-

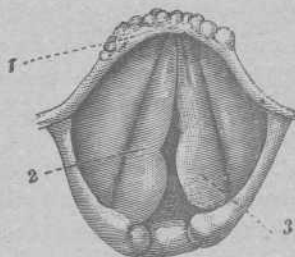


FIG. 41. — Mixoma situado en toda la longitud de las cuerdas vocales

guran haber visto ejemplos. Wagner ha presentado otro caso auténtico: pertenecía á una muchacha que, en un esfuerzo de tos, expulsó un tumor en el que el análisis histológico reveló un tejido mucoso reticulado que caracteriza el mixoma. En la Revista que dirijo, ha publicado igualmente el Dr. Eeman (de Gante) dos observaciones muy claras, y yo mismo he visto un caso en que el mixoma ocupaba toda la longitud de las cuerdas vocales (fig. 41) y simulaba un edema de estos repliegues.

Son producciones blandas, rosadas, lisas, sesiles y frecuentemente semilobuladas. Alguna vez, sin embargo, presentan dos ó tres relieves que se parecen bastante al tejido edematoso de los repliegues ariepiglóticos. En un caso observado por Morell-Mackenzie, el neoplasma nacía en la cuerda vocal derecha y tenía enteramente el aspecto mucoso. Bruns vió también extirpar un mixoma que, sometido al examen

microscópico, vino á resultar que la cubierta era de tejido conjuntivo fibrilar bajo la forma de gruesos haces, con nudos ovalares diseminados. Esta cubierta, por lo demás, era de epitelio formado por placas de gruesas células pavimentosas, que encerraban pequeñas granulaciones con nudos redondos y grises, encontrándose en otros sitios células cortas, cilíndricas, y, por último, laminiformes. En el interior, una masa gelatinosa con todos los caracteres del tejido mucoso, y escasas células de diferente forma y color, en una sustancia ambiente, homogénea y clara como el cristal. El tumor nacía en el lado derecho de la laringe, de un vago parecido á una pera, de color rojo amarillento, muy consistente, elástico, y llenaba casi todo el orificio de la glotis. No me extrañará que en el porvenir, cuando sean más numerosos los exámenes histológicos practicados, se consideren los mixomas como menos raros.

V. **Adenomas.**— También muy raros. No pueden considerarse como suficientemente auténticos los casos referidos por Mackenzie, Bruns y Backle.

Estarán constituidos por la hipertrofia de las glándulas de la laringe. No presentan ningún interés clínico. Tendrían cierta semejanza con los quistes y mixomas. Carezco de experiencia personal.

VI. **Lipomas.**— Bruns, Jones y Schrötter han señalado tres casos dignos de crédito.

Dos veces estaban situados en los repliegues ariepiglóticos y en la región interarritenoidea. En el tercero se trataba de un lipoma de la epiglotis, inserto en su borde izquierdo. En el caso de Bruns, el tumor estaba unido á su superficie, brillante y de color rojo claro, y su consistencia era blanda y elástica. Componíase de una cubierta que contenía dos cuerpos bastante fuertes; la cubierta parecía constituida por la mucosa de revestimiento; en cuanto á su contenido, encerraba células grasientas de mediano grosor, unidas por el tejido conjuntivo fibroso y llenas parcialmente por vesículas de margarina cristalizada.

Siguiendo la opinión de Schwartz, quizás se podría atribuir la escasez de lipomas á la falta de tejidos adiposos en la laringe, cuya razón explica que este tumor sea siempre extralaringeo. Sin embargo, no es imposible comprobar que en la base de la epiglotis, en las cuerdas vocales ó en otras partes de la mucosa, es más problemática su existencia.

El aspecto de tales neoplasmas se desprende de la descripción publicada por el Dr. Bruns. Hasta el día, no pueden tenerse más que como curiosidades patológicas.

VII. **Angiomas.** — Se parecen á los quistes al primer golpe de vista, pero se diferencian de éstos en que cuando se separan, como lo ha hecho notar Schwartz, dan lugar á hemorragias temibles. Morell-Mackenzie no ha encontrado más que dos casos en su práctica: ambos tenían el color, la forma y el volumen de un grano de grosella. Una vez el neoplasma nació en la fosa hioidea derecha, y la segunda en la banda ventricular del mismo lado. Fauvel también observó un caso en la fosa hioidea derecha.

No deben confundirse los angiomas con los quistes sanguíneos, cuya frecuencia es mayor, y que son de un rojo más vivo, dando lugar la rotura de la bolsa á un derrame muy ligero de sangre.

VIII. **Encondromas.** — Pueden encontrarse todavía en la laringe tumores formados á expensas de sus cartílagos.

El Dr. Bertoye, en 1886, estudió muy bien los encondromas del órgano vocal, y, como dice el mencionado autor, la primera observación de neoplasma ósteo-cartilaginosa se atribuye á Travers (1818), y es preciso llegar hasta el año 1835 para encontrar otros ejemplos menos claros, estudiados por Mac-Ilwain, Foriep y Ryland. Rokitansky, y especialmente Virchow, consagraron á estos neoplasmas un largo capítulo. Más tarde vienen las observaciones de Türk, Störck, Ehrendorfer, Massei, Morell-Mackenzie, Casselli, Garel y las del Dr. Bertoye.

Los encondromas parecen deberse simplemente á la exageración ó á la desviación del trabajo fisiológico, mientras, otras veces, son de origen patológico (tuberculosis).

Generalmente, al osificarse la laringe, es cuando aparecen estos tumores, si hemos de juzgar por los casos publicados hasta el día, ya que la mayor parte de los enfermos eran de más de cuarenta años de edad. Entendiéndose bien que habrán de exceptuarse los encondromas ó exóstosis comprobados en el curso de inflamaciones crónicas de la mucosa vocal, particularmente en la tuberculosis, como lo han hecho notar los Dres. Lennox-Browne, Dundas-Grant y Dignat. (Véase *Laringitis tuberculosa*.)

Estos neoplasmas ocupan habitualmente el cricoides, algunas veces el tiroides, pero casi nunca los aritenoides que, por lo demás, se osifican muy tarde. Su aspecto es el de la mucosa que los recubre; alguna vez lobulados, son, con frecuencia, lisos y unidos á su superficie.

Su consistencia, que se percibe por la sonda después de anestesiar completamente la mucosa por medio de la cocaína, indica la dureza de estos neoplasmas, fuertemente adheridos á las capas profundas del cartilago, con el cual forman cuerpo. Los encondromas no siempre se distinguen fácilmente, si no es por las deformaciones que producen en el órgano.

En el cricoides, en que se los encuentra más de ordinario, forman un tumor irregular, abollado, de caracteres y aspecto muy particulares. Hacen prominencia, por lo común, en el interior de la laringe; pero pueden formar relieve debajo del órgano vocal y, por detrás, en la cara anterior de la tráquea. El Dr. Bertoye dice que esta regla dista bastante de ser absoluta, y cita numerosas excepciones.

Los encondromas tienen, desde el punto de vista del pronóstico, una gravedad muy particular por la estrechez de la laringe que frecuentemente originan. No pueden operarse por las vías naturales y esto agrava la situación del enfermo.

Tumores mixtos. — Finalmente, encuéntranse producciones patológicas que no presentan los caracteres francos que acabamos de estudiar, pero que tienen algunos elementos que constituyen los tumores mixtos. Tal es el caso del Dr. Botey, en el que se trataba, no de un mixoma puro, sino de un enorme fibro-mixoma telangiectásico (véase la fig. 42). He observado también un ejemplo análogo en un enfermo de cerca de cincuenta años. El tumor, anchamente pediculado, tenía

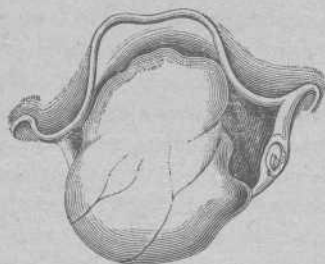


FIG. 42. — Fibro-mixoma telangiectásico, según el Dr. R. Botey.

poco más ó menos la misma forma y el mismo considerable volumen que el que representa el grabado adjunto.

No podemos describir por separado cada variedad de neoplasmas, porque frecuentemente el microscopio revela la naturaleza simple ó compuesta del tumor.

Tales son los caracteres particulares de cada uno de los tumores de la laringe. Vamos ahora, para evitar repeticiones fastidiosas, ó por lo menos inútiles, á estudiar el curso habitual clásico de las producciones benignas de la mucosa vocal, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, señalando al paso, lo cual será muy útil, las particularidades que las distinguen.

CURSO. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — El curso acostumbrado de los tumores benignos de la laringe es muy lento, hasta el punto de que

pueden emplear en su evolución diez, quince, veinte y también más años; pero generalmente se desarrollan en un espacio más corto de tiempo, y en algunos años adquieren un volumen que cambia después muy poco. Algunos neoplasmas (papilomas, fibro-mixomas en particular) continúan creciendo y toman proporciones que comprometen la vida del enfermo. Acabo de citar el caso observado por el Dr. Ricardo Botey, al cual pueden agregarse los de Bruns, etc., y los que yo mismo he observado. Tratabase siempre en ellos de fibro-mixomas, formados por cavidades quísticas.

Lo que precede indica suficientemente que es variable en absoluto el curso de los tumores benignos: algunos enfermos los conservan hasta la muerte, sin que puedan contribuir, por lo demás, á tan funesto desenlace, debido, con mucha frecuencia, á una afección intercurrente.

El curso de las producciones fibrosas es progresivo, pero muy lento.

En cuanto á la terminación, puede ser de diferentes modos, y verificarse, por ejemplo, por la expulsión espontánea del neoplasma. Como prueba de semejante aserto, puedo aducir la siguiente observación: una enferma se presentó un día en mi clínica por un tumor de la laringe; después de reconocerla, diagnosticué un papiloma difuso, y, por consiguiente, en parte sesil y en parte pediculado. Insertábase en las bandas ventriculares y en una parte de las cuerdas vocales. Esta mujer se encontraba en el término de un embarazo: acordé intervenir, pero aconsejándola que retardara la operación hasta después del alumbramiento. Ahora bien; volvió á verme después del parto, y podrá calcularse cuánta fué mi sorpresa al no encontrar vestigio alguno de papiloma, y la imposibilidad que existía, al examen laringoscópico, de comprobar el antiguo punto de implantación: la enferma había arrojado el neoplasma en la expectoración. He aquí una curación menos rara de lo que pudiera suponerse desde luego, y para no citar más que algunos casos, he dicho ya que los Dres. Poyet, Bayer y Charazac habían referido otros ejemplos. Posteriormente, todavía un enfermo á quien debía hacer la traqueotomía por un papiloma laríngeo, hubo de expectorar grandes trozos de su tumor algún tiempo después, mas sin lograr, esto no obstante, desembarazarse completamente de él. Un tercer paciente lo había arrojado en un violento estornudo.

La otra manera de terminar es el crecimiento del pólipo y la asfixia consecutiva. Así es como, antes de la invención del laringoscopio, tumores igualmente benignos han podido producir un resultado fatal. Aun siendo menos frecuente después, este desenlace se produce con demasiada frecuencia, por la culpable desidia con que se miran las afecciones laríngeas en general.

Es excepcional la terminación por degeneración ó por un trabajo

ulcerativo que supure y elimine el producto de nueva formación, de que el Dr. Causit y otros presentan algunos casos.

Los papilomas laringeos, por punto general, no tienden á desaparecer por sí mismos, y su indefinida persistencia, con el crecimiento gradual más ó menos rápido, puede considerarse como la regla.

No puedo pasar en silencio una opinión recientemente emitida, á propósito de un enfermo ilustre: quiero hablar de la posible transformación de los papilomas malignos. Admitido por algunos autores, este modo de pensar ha encontrado resueltos adversarios. Á este propósito, el Dr. Semon ha creído deber reunir los pareceres de todos los especialistas que tienen autoridad en Laringología, en un trabajo de importancia sobre esta cuestión.

En tan notable estadística, que quedará como un documento precioso, el autor inglés ha referido casos poco comunes en verdad, pero que parecen concluyentes en favor de la posible transformación de los tumores papilares benignos de la laringe en tumores malignos.

He aquí el resumen de los trabajos publicados por el Dr. Semon, quien los ha registrado y pesado con el cuidado y la competencia que le distinguen :

A. La rareza de la transformación de los tumores benignos en neoplasmas malignos, después de las operaciones intralaringeas, se demuestra, dice, por la estadística siguiente :

Total de los casos operados por las vías naturales.	8.216
Casos muy positivos de degeneración.....	5 entre 8.216
Proporción.....	1 á 1.665
Casos verosímiles.....	7 entre 8.216
Cifra que se deduce para los casos muy positivos y los que son verosímiles.....	12 entre 8.216
Proporción.....	1 entre 685
Casos dudosos.....	10
Idem muy dudosos.....	11
Estos últimos dan la relación de.....	1 entre 373

B. Las operaciones intralaringeas no tienen influencia alguna en la transformación de las producciones benignas en tumores malignos, como lo prueba el siguiente cuadro :

Total de tumores benignos no operados.....	2.531
Degeneración maligna espontánea.....	12
Relación.....	12 á 2.531
Idem.....	1 á 211
Total de tumores operados por las vías naturales...	2.216
Degeneración después de la operación.....	33
Relación.....	33 á 8.216
Idem.....	1 á 249

Se ve, pues, que según esta exposición, si la transformación de un tumor benigno en carcinoma es posible, es un hecho de una rareza excesiva y casi una excepción.

Nadie ignora, por otra parte, que al principio de los neoplasmas malignos, el diagnóstico diferencial entre ambas clases de producciones es muy difícil y que el mismo examen microscópico no disipa siempre todas las dudas, ora á causa de la exigüidad de la partícula sometida al examen histológico, ora á causa de la escasez de los elementos malignos en el momento en que aparece la producción morbosa. Resultando que ciertos autores han podido considerar, después de un examen microscópico serio, como benignos, tumores que realmente eran, desde sus comienzos, malignos en absoluto. De este modo sorprendida su buena fe, debieron admitir la posible transformación de los neoplasmas de la laringe. Yo estuve á punto, una vez, de cometer un error parecido en un enfermo de un pólipo de seis años de fecha, y llamado benigno, después de reiteradas investigaciones microscópicas. El examen del tercer fragmento que se extrajo reveló la naturaleza epitelial del neoplasma, que, con efecto, evolucionó con el acostumbrado cortejo de esta especie de afecciones. Compréndese, pues, que sin negar absolutamente la transformación posible de los papilomas en cáncer, considero el hecho como muy raro y no debe aceptarse más que con todas las reservas que comporta en la generalidad de los casos.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de los tumores benignos de la laringe es ordinariamente fácil, sobre todo cuando se practica el examen laringoscópico. En los niños, no obstante, se hace difícil por la resistencia que oponen á dejarse reconocer y también por el descenso de la epiglotis; pero este es un inconveniente muy pequeño, por ser los pólipos poco frecuentes en tal edad. En un niño de cinco años, Schnitzler, después de la cloroformización, pudo ver la laringe y extirpar un papiloma. Con bastante frecuencia, se consigue educar perfectamente á ciertos niños, haciendo posible el examen completo de la cavidad laríngea, y, por consiguiente, formular el diagnóstico del neoplasma y hasta operarlo por las vías naturales. Á partir de los cinco años, el examen es, digámoslo así, casi siempre practicable.

La naturaleza de cada tumor reúne caracteres que quedan expuestos sucesivamente en las lecciones anteriores, y no creo sea necesario recordar los diversos signos que los distinguen, pues ya he insistido sobre su forma, su volumen y su aspecto. Por lo tanto, me limitaré simplemente á decir que el microscopio, la mayor parte de las veces, indicará con claridad la constitución del neoplasma. El examen será indispensable en ciertas producciones de naturaleza dudosa. Las mucosidades colocadas en las cuerdas vocales podrán hacer creer en la existencia de pequeños quistes; pero si se hace ejecutar al enfermo algunos esfuerzos, se desprenderán casi por sí mismas, y si esta mani-

obra fracasa, se limpiarán fácilmente con algodón en rama, un pincel ó una esponja húmeda, y el error no podrá ser de larga duración.

Alguna vez, el edema tomará el aspecto de los mixomas ó de los tumores quísticos, pero habrá que recordar que éstos no van acompañados de síntomas inflamatorios y del catarro de vecindad, que fatalmente forman el cortejo del edema laríngeo. El curso de la dolencia nos sacará de las dudas, si todavía pudieran existir.

Es posible que los papilomas en vías de degeneración puedan ofrecer alguna semejanza con los tumores malignos; pero tal confusión tendría poca importancia, porque nuestra conducta deberá ser la misma en ambos casos, y porque se tratará de una verdadera neoplasia cancerosa.

Los demás pólipos se distinguen con facilidad de los neoplasmas de mala naturaleza.

Los espíritus poco atentos y desprevenidos podrán únicamente embarazarse con las vegetaciones tuberculosas y sifilíticas, puesto que van acompañadas ó precedidas por un conjunto de síntomas sobre los que ya hemos insistido bastante.

En la sífilis, podrán encontrarse en el órgano vocal ciertas partes salientes que parezcan tumores á primera vista; pero, además de las diversas alteraciones concomitantes de vecindad y de su curso más rápido, se les verá, bajo la influencia del tratamiento, disminuir y aun desaparecer completamente.

Una lesión capaz de producirnos error es la *eversión de los ventrículos*, de que, á guisa de corolario, he de hablar al finalizar este estudio. Sépase que estas eversiones se distinguen en que se las ven en el ámbito de la salida formada por el ventrículo herniado, la mucosa se continúa con los labios glóticos y oculta las cuerdas vocales inferiores, y que, además, no se percibe la cavidad llamada de Morgagni, que corta tan claramente una línea oscura entre las cuerdas vocales superiores é inferiores.

Pronóstico. — El pronóstico de los tumores benignos de la laringe es por completo variable. Depende, desde luego, de la edad de los enfermos. En los niños jóvenes, la indocilidad hace la intervención delicada, y algunas veces imposible. La estrechez del orificio de la glotis es igualmente un peligro cuando los pólipos llegan á tener un volumen considerable.

También en la primera infancia afecta la mortalidad una proporción considerable, pudiendo decirse, de una manera general, que sobreviene próximamente en cerca de la mitad de los casos.

En los adultos no sucede lo mismo, y el pronóstico puede considerarse como benigno. Sin embargo, todavía será preciso establecer res-

tricciones, porque la terminación no será otra, según el volumen, el sitio, el número, y hasta la forma de los tumores. Si el tumor adopta proporciones demasiado considerables, el enfermo está expuesto á perecer por asfixia, bien porque la respiración será muy difícil, ya porque se habrá pensado en cualquiera otra afección, y la muerte se producirá sin que haya dado tiempo de hacer el examen laringoscópico. En cuanto al sitio del neoplasma, se comprende en seguida que los peligros serán menores con una producción extralaringea que con un tumor pediculado, situado en las bandas ventriculares ó en los repliegues ariepiglóticos. En el primer caso, la opresión determinada por el tumor será por completo secundaria, ó frecuentemente nula ó transitoria, á menos que la producción morbosa adquiera proporciones extraordinarias, cuyo hecho está distante de ser poco común, precisamente por la falta casi completa de síntomas locales al principio y el crecimiento insidioso del tumor.

Desde el punto de vista de su número, es evidente que cuando sólo se trata de un pequeño pólipo, único, ha de conceptuarse el pronóstico mucho más favorable que si existen numerosas producciones neoplásicas. En este último caso, determinarán con mayor facilidad la asfixia y aumentarán la dificultad operatoria.

Es preciso, además, y de un modo preferente, tener en cuenta la naturaleza del tumor. Si se trata, por ejemplo, de un papiloma benigno, pediculado y de mediano volumen, la asfixia será entonces muy excepcional; pero si, por el contrario, es muriforme, sesil y voluminoso, ocasiona graves desórdenes respiratorios y será inminente la asfixia.

Los papilomas difusos en coliflor presentan el doble inconveniente de рециdivar con bastante facilidad después de las tentativas operatorias, y el de ser demasiado difíciles de extirpar de una manera completa por las vías naturales. El pronóstico será todavía más grave si se admite que los papilomas primitivamente benignos pueden, en ciertos casos, convertirse en tumores malignos; ya he expuesto el valor que podemos conceder á esta teoría, que unos niegan (Krishaber), y otros admiten (Bruns).

En cuanto á los *quistes*, una vez destruidos, es de regla que no рециdiven. Ya en mi trabajo dejo consignado que no he podido señalar más que un solo caso. Este hecho parecerá tanto más singular, cuanto que el órgano vocal es el único punto del organismo en que, en tesis general, no se reproducen esta clase de tumores. La razón consiste, con toda probabilidad, en que la mucosa vocal está animada por movimientos incesantes que no permiten á las paredes soldarse nuevamente, y, por consecuencia, reproducirse el líquido en una bolsa cerrada.

Los *fibromas*, como lesión, son de pronóstico benigno; pero no debe olvidarse que estos tumores, ordinariamente pequeños y sesiles, son

muy difíciles de extirpar, tanto, que los enfermos están expuestos á tenerlos toda la vida.

El pronóstico de los *encondromas* es ciertamente menos favorable. En efecto: una vez manifiestos estos tumores, de un volumen considerable la mayor parte de las veces, determinan desórdenes notables en la respiración y necesitan operaciones muy graves, que ponen en peligro la vida de los enfermos.

Los demás tumores de la laringe son generalmente muy benignos. Exceptúanse los angiomas, cuya extirpación puede ir acompañada de hemorragias bastante graves para necesitar prontamente la traqueotomía con taponamiento de la tráquea mediante la cánula de Trendelenburg.

¿Qué peligros puede correr la voz en los neoplasmas benignos de la laringe? Es natural que el timbre vocal debe restablecerse completamente, siempre que pueda hacerse la operación por medio del laringoscopio y se trate de un tumor único y pediculado. En los cantantes, el retorno de la voz *ad integrum* después de la extirpación de los pólipos de las cuerdas vocales, tiene una considerable importancia, y el pronóstico difiere casi según la naturaleza del tumor, su sitio, su forma y su volumen. Compréndese fácilmente que un pequeño relieve en una de las cuerdas vocales de una mujer (soprano, *mezzo soprano*) ó de algunos hombres (tenores ligeros, tenores y hasta de baritonos), será un obstáculo serio para la emisión de la voz, y que, por otra parte, la ablación de estos pequeños relieves presentará ciertas dificultades, que agravarán no poco el pronóstico. Este es, sin embargo, benigno generalmente, si el médico que asiste al paciente ha adquirido suficiente práctica en las maniobras laringoscópicas.

Tratamiento de los tumores benignos de la laringe.

Sumario. — Tratamiento. — ¿Se debe operar ó abstenerse? — Indicaciones y contraindicaciones. — Tratamiento endolaringeo. Es el más empleado. Posición del enfermo. — Elección de un método de tratamiento por las vías naturales. — Anestesia de la laringe. — Instrumentos diversos; pinzas, aprieta-nudos, etc.; varían según las indicaciones de cada caso. Del raspado. — Los quistes reclaman un tratamiento particular. — Cáusticos: ácido crómico; manera de emplearlo; sus efectos; inconvenientes de los cáusticos químicos en general. — Del galvanocauterío. El método endolaringeo es el tratamiento de elección en los tumores benignos; sus ventajas.

Operación por la vía externa (extralaringea): sus indicaciones. Se reserva exclusivamente para los casos en que no puede operarse por la boca. Modo de proceder: A. Tirotomía: la traqueotomía debe precederla. Manera de abrir el tiroideo; algunas veces es necesario incidir la membrana crico-tiroidea; separación de las valvas; alumbrado de la cavidad. — Consecuencias de la operación. Debe reservarse para los casos graves. — B. Laringotomía subhioidea: está casi en desuso; el método endolaringeo es preferible. — C. Laringotomía intratiroidea; se emplea en los neoplasmas subglóticos. — Es preferible operarlos por la boca. — Necesidad de la traqueotomía.

Resumen de las indicaciones operatorias.

TRATAMIENTO. — Hemos llegado á un capítulo importante en el estudio de los tumores benignos de la laringe: el tratamiento. ¿Se deben operar los tumores benignos de la laringe, ó es preciso, por el contrario, respetarlos? Cuestión es esta que los autores han interpretado con diversidad de criterios. Entre ellos, los unos, como Morell-Mackenzie y Lennox-Browne, teniendo en cuenta el peligro que puede existir en ciertos casos al extirpar los papilomas laringeos, admiten en principio que es preferible no intervenir, á menos que, por su demasiado volumen, ocasionen graves accidentes de sofocación. Se comprende la reserva que formulan los mencionados autores, después de lo que llevamos dicho acerca de la posible transformación de los papilomas primitivamente benignos en tumores malignos. Antes de obrar, dice Gottstein, habrán de resolverse los puntos siguientes: 1.º, ¿qué

casos autorizan á abstenerse? 2.º, ¿debe intentarse la operación si se juzga impracticable ó si el enfermo la rehusa? 3.º, ¿qué procedimientos deben elegirse para cada caso particular? 4.º, finalmente, ¿cuáles son los inconvenientes que pueden presentarse antes de la operación, ya desde el punto de vista de la vida, ya desde el de las funciones del órgano vocal?

Los autores están acordes, por regla general, en abstenerse en casos determinados, como por ejemplo, si se trata de neoplasmas poco voluminosos de la epiglotis ó de las bandas ventriculares, ó en los pequeños fibromas estacionarios que acarrean poca ó ninguna incomodidad. Algunas veces, el género de vida del enfermo ó sus ocupaciones le harán rehusar, ó al menos retardar cuanto sea posible, toda intervención, á lo que podrá accederse si no hay peligro en la demora, pero invitando al enfermo á que se presente á ser reconocido de vez en cuando.

Por el contrario, cuando peligre el enfermo por amenazas de sofocación, el tratamiento de los tumores benignos de la laringe, preceda ó no la traqueotomía, puede dividirse en dos grandes procedimientos. Pueden operarse estos tumores, ora por la boca, bien después de la traqueotomía. De aquí emanan: 1.º, el tratamiento endolaríngeo; y 2.º, el tratamiento extralaríngeo. Es una observación muy natural saber que, desde el descubrimiento del laringoscopio, el método extralaríngeo se aplica muy poco. Y como el manejo del espejo laringeo progresa de día en día, los autores insisten en la ventaja de operar por las vías naturales, porque los peligros á que expone son de mínima importancia, comparados con los del método extralaríngeo. La ablación de los pólipos por la boca, tan sencilla y tan cómoda, se tiene actualmente como procedimiento de elección para extirpar los neoplasmas de la laringe, operables por esta vía.

Método endolaríngeo. — Como ha señalado Mackenzie, es quizá el mayor triunfo del laringoscopio, el que puedan operarse, *por vías naturales*, la mayor parte de los tumores del órgano vocal. En manos hábiles, y sobre todo si el enfermo inteligente presta al operador un concurso efectivo, este método carece de peligro, no produce apenas dolor y es muy poco el derrame de sangre. Gracias á él, puédesse, por decirlo así, aliviar casi instantáneamente á personas que sufren desde largo tiempo, y restablecer las funciones de un órgano tan importante como la laringe. No insistiré en el manual operatorio, más ó menos brillante según la habilidad del práctico y el volumen y situación del neoplasma, limitándome sólo á describir la manera como se opera, y la elección de los instrumentos, para llegar al resultado que se busca.

Cogido el espejillo laringoscópico con la mano izquierda, se coloca

como para el examen ordinario, haciendo que el paciente tenga cogida la lengua hacia fuera, asida igualmente con la mano izquierda provista de un pañuelo. Entiéndase que supongo al operador obrando con la mano derecha, porque de lo contrario, serán las manos opuestas del enfermo y del médico, las que servirán para tener la lengua, el espejo y la pinza. Después de dirigir bien el foco luminoso, se toma

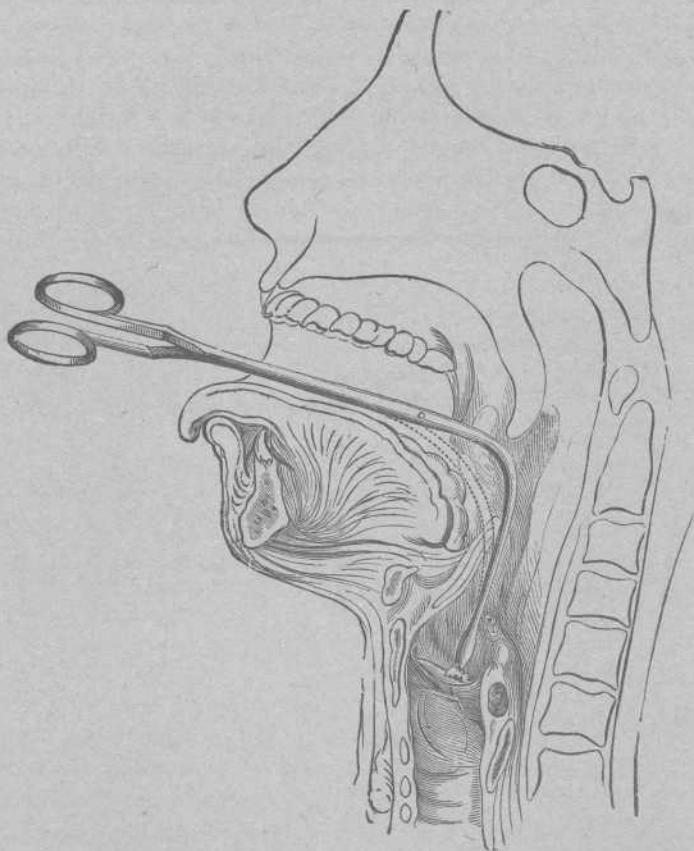


Fig. 43. — Esquema que indica la dirección de la pinza en la operación endolaringea de los pólipos de la laringe.

con la mano derecha el instrumento con que habrá de extirparse el tumor, y se llevará hacia éste, teniendo por guía el espejo puesto en el fondo de la garganta. Tal es, en principio, el procedimiento que hay que seguir para llenar el objeto que se desea. Pero no es tan sencillo, como por lo pronto pudiera suponerse, el llegar hasta el pólipo y, sobre todo, cogerlo entre los bocados del instrumento que debe extraerlo, al

menos, si quiere hacerse una operación delicada y precisa, sin lesionar las partes próximas. Esta es, en efecto, la meta á que debe aspirarse, tanto más, hoy que puede maniobrase en un órgano insensible en absoluto mediante el embadurnamiento de la mucosa con la solución del clorhidrato de cocaína. Las soluciones al 1 por 10, bien aplicadas por toda la mucosa, bastan generalmente para producir la anestesia, aunque no es muy raro observar enfermos refractarios á la acción de este tópic, en los que es preciso hacer uso de soluciones más concentradas (al 1 por 5) y embadurnar cuatro, cinco y aun ocho y diez veces para conseguir el efecto que se quiere (1). Conviene tener presente que si la cocaína es generalmente inofensiva y se soporta bien, puede, en algunos casos, ocasionar vesicación de la mucosa y una sufusión serosa (edema), en las cuerdas vocales, como he podido observar en un ejemplo muy claro que señalé al hablar de la laringitis edematosa: particularidad que es útil conocer, y que nos hará ser prudentes en

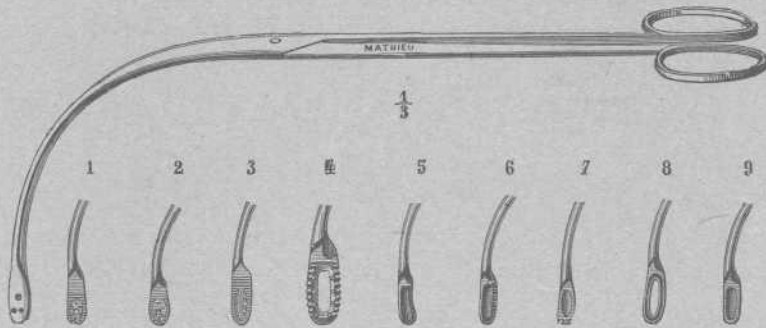


FIG. 44. — Pinzas de Ch. Fauvel con diferentes bocados.

el empleo de este fármaco, induciéndonos á probar la susceptibilidad de los enfermos en tales casos.

El método endolaríngeo tiene su aplicación de diferentes modos: según se desee extirpar el tumor ó, por el contrario, destruirlo. La operación sangrienta puede hacerse por diversos procedimientos. En Francia, durante largo tiempo, y todavía en la actualidad, se emplea la pinza laríngea de Fauvel, de corvadura especial, con arreglo á cuyo modelo se construyen las pinzas de bocados laterales de Cusco. El instrumento de Fauvel, después de haber prestado numerosos servicios, no es hoy de un empleo tan corriente como en su forma primitiva. La mayor parte de los prácticos, y el mismo autor, encon-

(1) Algunos autores alemanes, en vez de emplear los embadurnamientos, instilan en la laringe, con una jeringa "ad hoc", algunas gotas de la solución de cocaína que se esparce luego por la mucosa.

trando que las pinzas primitivas enmascaraban algo el campo operatorio, han hecho construir, sobre el mismo modelo, pinzas de bocados más estrechos y de calibres variados, según las necesidades de cada caso (véase fig. 44). Morell-Mackenzie ha hecho fabricar una serie de pinzas, cuya corvadura, más en ángulo recto que la del Dr. Ch. Fauvel, es preferible, al decir del autor britano (véase fig. 45). Los austriacos, alemanes y muchos franceses, prefieren los instrumentos de Störck y de Schrötter (véase fig. 46), de un volumen mucho más reducido y que pueden adaptarse á cada caso particular, dando á los bocados, á las guillotinas, á los aprietanudos y á las cucharillas, la forma y dirección que se desee. Esta movilidad los hace de una delicadeza muy fina, y el hilo de acero que los sostiene, á menudo enmohecido en su vaina, puede romperse al operar, caer en la laringe y ocasionar tras-

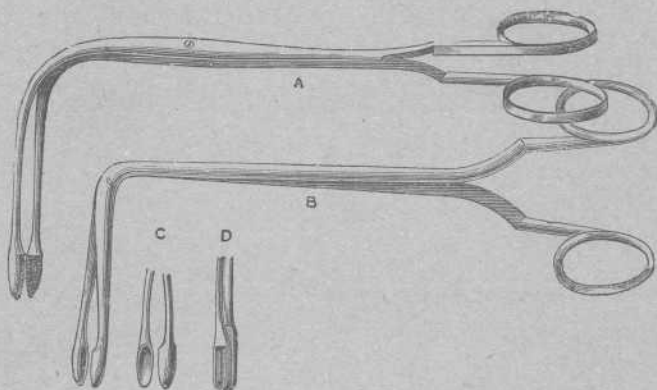


FIG. 45. — Pinzas de Morell-Mackenzie.

tornos. He aquí un punto práctico que debo señalar, para evitar inconvenientes por falta de precaución. No hablo de otra desventaja de estos instrumentos, y es, que al introducirse en su vaina en el acto de la operación, cuando deben asir el neoplasma, se alejan de éste en lugar de cogerlo, á menos que la costumbre del operador consiga vencer pronto tal dificultad. Su manejo es fácil, y son particularmente útiles en los casos de pólipos de pequeño tamaño que se insertan en el borde de las cuerdas vocales ó en el ángulo anterior de las mismas.

Finalmente, el Dr. Ruault tuvo la idea hace poco de mandar construir una serie de pinzas saca-bocados que, en manos acostumbradas á las maniobras laringoscópicas, dan igualmente buenos resultados, en especial cuando las producciones morbosas son sesiles y de estructura poco sólida (véase fig. 47).

La extirpación de los pólipos con las pinzas ó parecidos instru-

mentos, se facilita hoy singularmente por la introducción de la cocaína en la terapéutica.

En otro tiempo, los alemanes, y entre ellos Störck y Schrötter, y nosotros mismos, para impedir los espasmos laríngeos y faríngeos, practicábamos unas maniobras muy fatigosas para el enfermo. Tratábase, desde luego, de habituar la laringe al contacto de los instrumentos durante un tiempo más ó menos largo, antes de intentar la ablación del tumor; maniobras preliminares que duraban de ocho días á un mes. Además, la vispera del día en que la operación había de

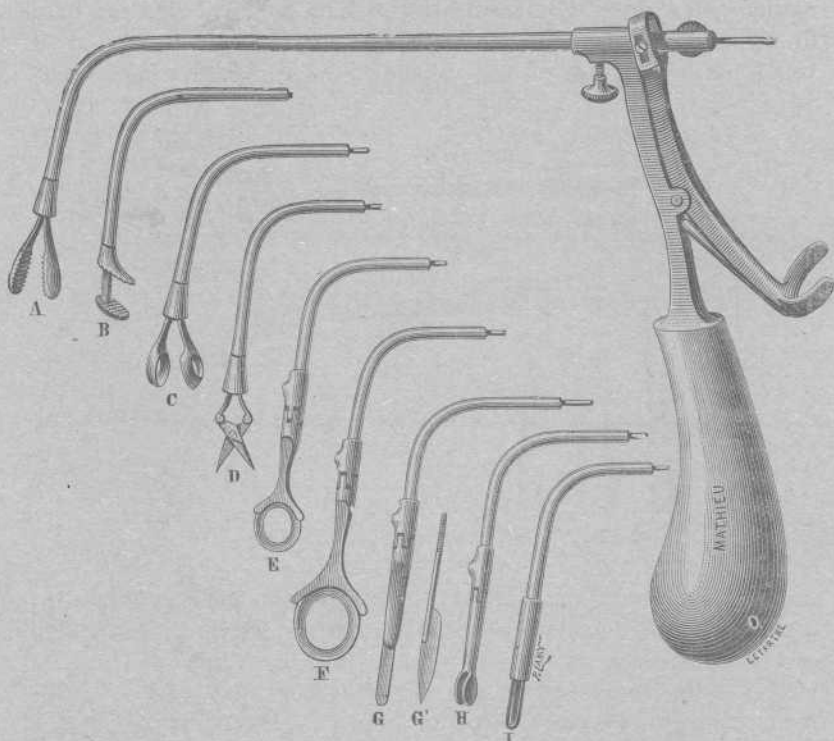


FIG. 46.—Instrumentos de Störck y de Schrötter, para montar sobre el mismo mango.
(Todos estos instrumentos se fabrican en París.)

practicarse, hacíanse alternativamente en la laringe, á todas horas, embadurnamientos con cloroformo y con morfina, llegando de éste modo á producir al día siguiente la anestesia laríngea. Como puede colegirse, tal conducta se hallaba distante de encontrarse desprovista de todo peligro. En efecto: con mucha frecuencia veíase sobrevenir el edema, y otras veces, al absorberse la morfina, resultaba una intoxicación

ción, resintiéndose la salud del enfermo largo tiempo por tales tentativas, un poco brutales, y rechazadas en Francia por casi todos los operadores.

Este procedimiento de anestesia era entonces el único puesto en uso; pero como en nuestros días se ha simplificado por modo notable, gracias al clorhidrato de cocaína, podemos ahora emplear los instrumentos queelijamos. Muy ecléctico en semejante asunto, me sirvo alternativamente, según los casos, ó de la pinza de Fauvel de bocados estrechos, ó de los instrumentos de Störck modificados, que me parecen de más fácil manejo y que se pueden adaptar, poco más ó menos, á toda clase de neoplasmas y á sus diversas inserciones.

En los casos muy difíciles y cuando el tumor no puede cogerse entre los bocados de la pinza, puede usarse la guillotina perfeccionada de Störck. Si se quieren quitar relieves poco voluminosos, podrá prac-

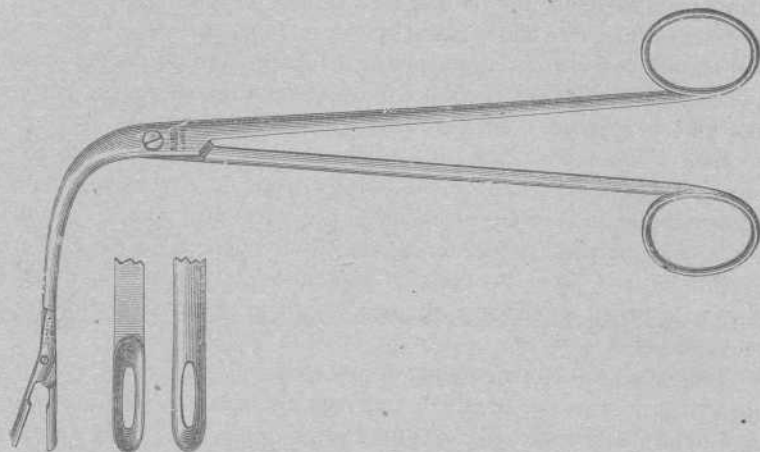


FIG. 47. — Pinzas de Buault.

ticarse lo que en Laringología se llama el raspado, procedimiento recientemente preconizado por el Dr. Labus, de Milán. Se opera, ya por medio de una pinza semejante á la que el Dr. Garel presentó en el último Congreso de Laringología, ya valiéndose de una lima construída con arreglo al modelo de la que mostró el Dr. Czarda en el Congreso de Praga (1).

El raspado se emplea para los pólipos pequeños y cuando se trata

(1) Estos instrumentos han sido felizmente mejorados por el Dr. Mathieu, quien ha perfeccionado las diversas partes, un poco primitivas, de los fabricantes extranjeros.

de tumores muriformes. Recuérdese, sin embargo, que esta operación, desprovista de apoyo suficiente, no es tan factible como parece al pronto, y que muy á menudo el arrancamiento suministra mejores resultados que esta maniobra, que se reserva en especial para las inflamaciones rebeldes de las cuerdas vocales.

Agrego todavía, antes de terminar lo que al arrancamiento de los pólipos se refiere, que, según los casos, se hará la ablación durante la fonación (mientras se pronuncia la vocal *e*), ó bien durante la inspiración, cuando las cuerdas se apartan de la línea media. Al efecto, si se trata de un neoplasma casi sesil, pequeño, con su punto de inserción un poco más abajo de la cuerda vocal, es evidente que mientras las cuerdas se separan, se advertirá mejor, y entonces se podrá operar con facilidad. Se comprende que no puedo revistar todos los hechos que pueden presentarse á nuestro examen, porque sólo la experiencia indica los mejores métodos que habrán de aplicarse á cada enfermo.

Se operarán los quistes por el aplastamiento, que bastará casi siempre; alguna vez, sin embargo, podrá utilizarse una pequeña incisión, que se hará con el bisturí oculto, ó con el cuchillo galvánico; pero, de una manera general, deberá recurrirse al aplastamiento de la bolsa.

Esta intervención, preferible muchas veces al arrancamiento hecho con violencia, tiene sus indicaciones muy determinadas; así que deberá echarse mano de él en los neoplasmas pequeños muy duros, en que se busca, por una presión fuerte repetida con frecuencia, lograr la mortificación de los tejidos. Se practica generalmente por medio de unas pinzas de bocados chatos y rugosos, en lugar de estar en forma de cuchara.

Se puede también, siguiendo el precepto de Voltolini, hacer la limpieza de la laringe por medio de una esponja bastante dura; procedimiento que en Francia se usa muy poco, y que, en cuanto á mí, no lo he utilizado jamás.

Las incisiones, cortes ó perforaciones de los pólipos, se practican con cuchillos, tijeras, pinzas cortantes, etc. Mientras Morell Mackenzie recomienda para las incisiones la pinza cortante, Gottstein prefiere el cuchillo en forma de lanza, que se usará en especial en las producciones pediculadas ó en forma de pera. Según el sitio y el volumen del pólipo, se empleará tal ó cual cuchillo apropiado á cada caso.

Hanse hecho las cauterizaciones con sustancias químicas ó con el galvanocauterio. Las sustancias químicas que se usan, por orden de preferencia, son: el nitrato de plata y el ácido crómico. Éste, muy recomendado por el Dr. Hering, que lo emplea con arreglo al procedimiento de Fränkel, consiste en tomar con un estilete de metal (plata, acero níquelado, etc.), una porción pequeñita de dicho cáustico cristalizado, que se funde á la lámpara hasta que adquiere el color rojo de la

cabeza encendida de las cerillas suecas, es decir, el color rojo-oscuro tan conocido. En este estado se lleva á la mucosa vocal, haciéndole penetrar con rapidez en el interior del tumor, que deshidrata y destruye con bastante prontitud.

El ácido crómico, antiguamente empleado por el malogrado doctor Isambert, tiene, por desgracia, la desventaja de acarrear accesos de espasmos de la glotis bastante graves, cuya circunstancia ha hecho rechazar su uso. Sin embargo, el Dr. Hering, á quien un día comuniqué mis temores relacionados con la posible contingencia de los perjudiciales efectos de este agente, y en particular de los espasmos que puede producir, me afirmó que tales terrores no tenían fundamento ninguno, y que nunca se presenta sofocación, sirviéndose de él en la forma que acabo de indicar. Por lo demás, se evitará todo accidente, practicando la anestesia de la laringe, poco menos que indispensable en estos casos. Todavía se reprocha al ácido crómico, que produce envenenamientos; pero para evitar tales peligros, bastará, llegado el caso, lavar las partes tocadas con soluciones alcalinas.

Los demás cáusticos, nitrato de plata, cloruro de zinc, etc., dan poco ó ningún resultado, y es muy difícil obtener sus límites exactos en la mucosa vocal, por cuya razón no puedo recomendarlos.

El galvanocauterio me parece ser el mejor cáustico, teniendo cuidado de poseer diferentes cuchillos, que se adapten bien á cada punto que se desee tocar. Principalmente en los relieves pequeños, duros (fibromas), difíciles de coger entre los bocados de las diversas pinzas, será preciso pensar en el galvanocauterio; pero esta práctica, poco fácil, exige una mano muy experta para localizar bien la cauterización en el punto que se quiere.

La electrolisis es tan difícil y necesita una sesión tan larga, que me limito únicamente á señalarla como posible si los pólipos están por fuera de la laringe.

Resumiendo; en los tumores sólidos ó líquidos, uni ó multilobulados, pero no difusos, deberá usarse el método endolarígeo. Debe emplearse también para destruir ó extirpar los neoplasmas voluminosos, que produzcan dispnea continua ó ataques de sofocación, porque operando con cuidado, se obtienen resultados excelentes. De esta manera los Dres. Bruns, Ricardo Botey, otros autores, y yo mismo, hemos podido extirpar, por las vías naturales, neoplasmas de dimensiones incompatibles en absoluto, en apariencia, con la vida de los enfermos (véase pág. 134). Sin embargo, si las tentativas endolarígeas ofrecen algún peligro, deberán ir precedidas por la traqueotomía, para lo cual conviene siempre estar prevenidos para practicarla.

El método bucal es muy inofensivo, los espasmos que puede suscitar son poco graves y casi abolidos por la cocaína. A lo sumo, pu-

diera haber una hemorragia; pero este accidente no sobreviene más que en los angiomas, que, sabido es, son muy raros; y si se produce en la epiglotis, se cohibe el derrame con facilidad y la hemorragia es enteramente insignificante.

Operando los tumores benignos del órgano vocal por la boca, la voz se conserva mejor y no es raro que los enfermos la recobren en seguida, después de una intervención coronada por el éxito. Las sesiones operatorias son siempre de las más sencillas, lo cual no es constante con los procedimientos llamados extralaríngeos, respecto de los cuales me voy á detener un momento. Las recidivas, si hemos de creer á las estadísticas de Bruns, no pueden temerse mucho más que con el método extralaríngeo.

No quisiera que mis lectores, aceptando sin reservas todo lo que acabo de exponer sobre el precitado método, rechacen de buenas á primeras la operación por la vía externa. Ésta puede, en efecto, encontrar útiles aplicaciones, en casos determinados; por ejemplo, en los niños de corta edad, cuando se trate de grandes tumores que pongan en peligro su existencia, y cuando la operación por las vías naturales se crea de ejecución imposible, aun con la cloroformización, como la ha practicado el Dr. Schnitzler.

Empléase también, cuando las deformidades de la lengua, la anquilosis de las mandíbulas, la conformación de ciertos enfermos y el volumen del pólipo, coinciden con un punto muy difuso de implantación. Ciertos papilomas en coliflor, constituyen *ipso facto* contraindicación para operar por la boca.

Desde el mismo punto de vista merecen señalarse los oncodromas y algunos tumores de la tráquea. Recuérdese, sin embargo, este axioma laringoscópico. Antes de decidir la extirpación por el método extralaríngeo, convendrá que un práctico experimentado reconozca que es impracticable la operación por las vías naturales. Debe saberse, en efecto, que la abertura de las vías aéreas no está siempre exenta de peligros, siendo, por desgracia, demasiado numerosos los enfermos que han sucumbido, para no dudar en intervenir en casos que, de otro modo, podrían curarse.

Así es que se ha visto practicar la tirotomía en pólipos del tamaño de un cañamón, y causar la muerte de individuos que hubiera sido mejor dejarlos en reposo, ya que tales tumores no acarrearán fatiga alguna, y menos amenazan la existencia.

Sea como quiera, si es indispensable la operación externa y se acuerda practicarla, he aquí la manera cómo deberá obrarse.

Comprende tres grandes procedimientos, que son :

1.º La división del cartílago tiroides, ó tirotomía, en la línea media.

2.º Laringotomía subhioidea ó división de la membrana tirohioidea.

3.º Laringotomía subtiroidea ó división de la membrana crico-tiroidea.

A. — Tirotomía.

Se ha preguntado si la traqueotomía debía preceder ó no á la tirotomía. Pablo Bruns y Morell-Mackenzie piensan que la traqueotomía no se necesita por la naturaleza de la operación, sino algunas veces por la dispnea ó los demás síntomas existentes. Yo no participo de este modo de ver, y con el Dr. L. Labbé, opino ser preferible colocar una cánula traqueal y aun la de Trendelenburg, antes de incidir el cartilago tiroides. Hecha la abertura, se acompaña de un derrame sanguíneo que puede comprometer la operación, y casi siempre es seguida de un edema agudo de la mucosa vocal, capaz, en ciertos casos, de arrebatar con rapidez la vida al enfermo. La traqueotomía preliminar pareceme que habrán de exigirla las circunstancias, y deberá practicarse, ya algunos días antes de la tirotomía, ya al abrir el cartilago, según las indicaciones.

La división del cartilago tiroides deberá hacerse siempre en la línea media con un bisturí corto, fuerte y puntiagudo, cuando no exista osificación, y en el caso contrario, con una sierra circular, convexa, ó con tijeras fuertes, dejando intacta la extremidad superior del ángulo que entra en el cartilago tiroides. Esta advertencia es importante, porque la división completa del cartilago en este punto podría destruir las relaciones de las cuerdas vocales y, como consecuencia, acarrear á la voz, después de la operación, desórdenes irreparables. Después de hecha la herida, se mantienen abiertas las dos valvas del tiroides por medio de pequeños separadores apropiados. Sin embargo, si la luz que se obtiene con esta incisión fuese exigua, no habrá que dudar en seccionar el cartilago en toda su longitud, en la línea media, es decir, en la inserción anterior de ambos ligamentos tiro-aritenoideos. Los desórdenes vocales consecutivos no serán muy apreciables y resultarán quizá más de la intervención intralaringea propiamente dicha, que de la división del cartilago. Si el campo operatorio no está bastante al descubierto, se puede agrandarlo cortando la membrana crico-tiroidea por uno ó también por los dos lados, y si todavía no fuera suficiente, se hará lo mismo en la membrana tiro-hioidea. Sin embargo, no debe recurrirse al corte de las dos membranas más que en el último extremo, y cuando sea imposible conducir de otra suerte la operación á buen éxito.

Abierto el cartilago tiroides, se enfoca en el interior del órgano una luz intensa, ora con un espejo frontal ordinario, ora por medio de una

lámpara eléctrica. Luego de haberse enterado con exactitud de la situación del neoplasma, se practica la ablación con las tijeras, con un bisturí ó con el cuchillo galvánico. Se tocará el punto de implantación con los cáusticos químicos (nitrato de plata, nitrato ácido de mercurio, ácido crómico), ó preferentemente con el galvano ó el termocauterío.

Extirpado el tumor, y seguros de que ya no existe ningún peligro de hemorragia, se hace la sutura de ambas láminas del cartilago tiroides, cuidando de adaptarlas bien, ó se limita á aproximar las dos valvas y suturar simplemente la piel de un modo profundo por delante del cartilago. La reunión se verifica generalmente por primera intención; pero no es raro ver que un poco más tarde se forman abscesos pequeños y trayectos fistulosos, consecutivos á la expulsión de un pequeño secuestro osificado y necrosado, lo cual he comprobado en tres enfermos tirotomizados poco há por diversos tumores (papilomas difusos y epitelomas circunscritos). Las necrosis consecutivas resultan de ordinario en las partes del tiroides en que se apoyaban los separadores en el transcurso de la operación. La separación de las valvas cartilaginosas exige, ciertamente, algún esfuerzo, y no es extraño se produzcan en los puntos estirados pequeñas contusiones y hasta fracturas, punto de partida de necrosis limitadas ó de abscesos que son su consecuencia. La cánula traqueal es útil y aun necesaria, después de la operación, durante algunos días al menos, para oponerse á la asfixia por edema inflamatorio, vigilar la cicatrización é impedir las recidivas, si amenazaran presentarse. Por consiguiente, la cánula deberá mantenerse en su sitio durante un tiempo que variará, según los casos, entre algunos días y algunos meses.

Primeramente Krishaber, y después de él algunos autores, han advertido la inutilidad de cortar el cartilago cricoides, fundados en que no facilitaría la extirpación de los neoplasmas, situados encima de las cuerdas vocales, y sería enteramente superfluo para los que se encuentran debajo.

La estadística demuestra que la mortalidad consecutiva á la tirotomía se eleva del 23 al 31 por 100; es, pues, una operación grave por sí misma, que convendrá reservar exclusivamente para los casos en que peligre la vida de los enfermos por la sofocación ó la disfagia. No seré pesimista del todo, porque estimo que, haciéndola bien, la división del cartilago tiroides no entraña tanta gravedad; pero constituye siempre un traumatismo más serio que la intervención endolaringea.

La estadística de Bruns prueba superabundantemente que las recidivas son mucho más frecuentes después de la tirotomía que después de la extirpación por las vías naturales.

B. — Laringotomía subhióidea.

Preconizada por Malgaigne, practicóse la primera vez esta operación en 1859 por Prat, cirujano de la Marina, para la extirpación de un neoplasma laríngeo. Consiste en incidir transversalmente la membrana tirohióidea á lo largo y paralelamente al borde inferior del hueso hióides. En un caso practicó Follin la incisión un poco más baja, á lo largo del borde superior del cartilago tiroides. Se debe siempre impedir que la incisión se prolongue demasiado abajo, porque podrían herirse vasos importantes.

Hecha la incisión, se coge el tumor con una pinza, se le atrae hacia fuera y se practica la excisión.

No insistiremos en un procedimiento que ha perdido su valor desde la invención del laringoscopio. En efecto: se dirigía á una variedad de neoplasmas que son, generalmente, entre todos, los más accesibles por las vías naturales y para el alumbrado reflejo.

C. — Laringotomía infratiroidea.

Operación recomendada por Czermack, la han practicado Burow, Morell-Mackenzie, P. Bruns y otros autores. Tiene por objeto facilitar la extirpación de los tumores situados más abajo de las cuerdas vocales ó en la parte superior de la tráquea.

La incisión de la membrana tiroidea no puede bastar en ciertos casos, obligando á seccionar el cartilago cricoides para obtener un espacio conveniente

No debe olvidarse que todas estas operaciones son muy peligrosas.

Y desde luego el éxito es también muy incierto y muy incompleto. Además, como recientemente se ha demostrado por instructivas discusiones en la Sociedad de Cirugía, los enfermos están expuestos á morir de neumonía séptica, verosímilmente ocasionada por los productos infecciosos de la herida operatoria, que penetran en el árbol aéreo.

Por este motivo, y también para evitar los accidentes que pudieran resultar del edema inflamatorio consecutivo al traumatismo, aconsejo siempre practicar con antelación la traqueotomía subcricoidea, teniendo cuidado, para que permanezca durante los días siguientes á la operación, de colocar la cánula-tapón.

No creo poder hacer cosa mejor, al terminar lo concerniente al tratamiento de los tumores benignos de la laringe, que copiar las conclusiones formuladas acerca de esta materia por los autores de mayor reputación en Laringología:

« En todos los casos de neoplasma de buena naturaleza en la laringe, es preciso desde luego ensayar la extracción por las vías naturales. Cuando la dispnea es intensa y el método endolaringeo no es bastante rápido ó no puede aplicarse, debe hacerse la traqueotomía y probar nuevamente la extracción *por vías naturales*.

» Si se tiene certeza de que esta última no puede suministrar resultados y existe peligro de ahogarse el enfermo por la obliteración de la cánula, es preciso entonces y únicamente en ese caso, recurrir á la tirotomía, y si es posible, á la tirotomía parcial.

» Los tumores subglóticos de gran volumen que no pueden atacarse por la boca, podrán extirparse por la laringotomía infratiroidea.

» Los desórdenes de la voz de poca intensidad no justifican en modo alguno la tirotomía para extirpar un neoplasma. Si existe una afonía completa y el enfermo desea librarse de ella, puede abrirse de antemano el cartilago tiroides, después de haber hecho conocer al paciente las dificultades de la operación y la incertidumbre de que pueda recobrar la voz. »

Se ve, por lo tanto, que los casos en que se puede obrar por la vía externa son verdaderamente excepcionales, y éste constituye un principio que no debe olvidarse jamás.

Eversión de los ventrículos.

Sumario.—Definición. Son casos raros. Aspecto de la laringe. Desórdenes funcionales. — El diagnóstico es fácil, si se ha prevenido la existencia de la lesión.— Gravedad del pronóstico desde el punto de vista local. — El tratamiento es quirúrgico y paliativo.

Como corolario de los tumores benignos del órgano vocal, he de decir algunas palabras acerca de la eversión de la mucosa ventricular. Elimino, entiéndase bien, todas las eversiones de naturaleza inflamatoria que he tenido ocasión de señalar en el transcurso de la obra.

Designase con este nombre, una luxación hacia dentro de los ventrículos de Morgagni.

Son muy poco numerosos los hechos de este género. Lefferts (de Nueva York), Solis-Cohen (de Filadelfia), Massei y Zaverthal, han señalado, cada uno, un caso; yo mismo he visto un ejemplo muy manifiesto en la clínica, en 1886, y podrán encontrarse algunas otras observaciones esparcidas en la literatura médica.

La mucosa eversada no ocupa generalmente más que un lado de la laringe; pero se ha visto á los dos ventrículos formar relieve en el interior de este órgano. Los desórdenes vocales son poco intensos si un solo ventrículo está ranversado, porque las dos cuerdas todavía pueden aproximarse, quedando la voz entonces simplemente velada y oscura; éste sintoma varía, por lo demás, con el grado de la eversión.

Al *examen laringoscópico* se ve la banda ventricular, que no está limitada hacia dentro más que por la línea borrada que indica la cavidad llamada de Morgagni, continuándose por encima de las cuerdas vocales, á las que oculta en más ó menos extensión á la vista del observador. La mucosa se presenta de color de rosa, como la de todo el órgano. Á veces, en el momento de la fonación, se produce una especie de pelota ó de abolsamiento de la mucosa eversada.

El *diagnóstico* de esta lesión no es siempre fácil, y se podría confundir fácilmente con un pólipo de la laringe.

Cuando un ventrículo está eversado, es imposible percibir la cuerda vocal por la inspección laringoscópica; pero entonces tampoco se ve como en el estado normal, y por debajo de la banda ventricular, está parte oscura producida por la excavación que existe en dicho punto. Por el contrario, en su lugar se advertirá un tumor de ancha base de implantación, que se continúa con la mucosa de la cuerda vocal superior. Prevenidos acerca de la existencia de este hecho, se disminuirán mucho las causas de error.

¿Podría confundirse la eversión con un quiste? No lo supongo, porque la parte saliente es globulosa, generalmente más extensa que el ventrículo, el aspecto del neoplasma más claro, más transparente, y de ordinario surcado por vasos.

El *pronóstico* no es grave para la vida; pero es raro que la mucosa eversada no determine trastornos vocales constantes que, en ciertos enfermos, dificultan el ejercicio de la profesión. Por otra parte, y como se comprende fácilmente, no son tumores susceptibles de aumentar de volumen, á menos que, por ejemplo, existan desórdenes inflamatorios diatésicos.

El *tratamiento* es el mismo de los pólipos. Lefferts practicó en su enfermo la extirpación de los ventrículos. Solis-Cohen lo resecoó con un instrumento semejante al amígdalotomo. Algunos otros prácticos se ciñen, aunque sin resultados, á aplicar sobre la mucosa saliente sustancias astringentes, ó hacen simplemente la reducción que, con mucha frecuencia, no se mantiene más que de un modo pasajero.

Tumores malignos.

Carcinoma de la laringe.

Sumario. — Se conocen desde pocos años há. Antes de la introducción del laringoscopio se había sospechado su existencia; después, las observaciones han sido numerosas. — El carcinoma es una afección relativamente rara.

División de la materia: Tumores intra y extralaringeos. — Variedades. Epitelioma, encefaloideas y escirro.

Etiología: La causa es oscura; influencia de la edad y del sexo. — ¿Es secundario el carcinoma? — ¿Puede resultar de la transformación de un tumor benigno?

Sintomatología: Precocidad de los síntomas funcionales. La voz puede enronquecerse pronto; los desórdenes respiratorios son tardíos, pero graves. Dolor; desórdenes de la deglución y de la salivación; hemorragias. Examen laringoscópico. — Signos del principio. — Se confirma el tumor. Aspecto de la laringe según los diferentes neoplasmas. Sitio de los tumores malignos.

Síntomas generales: Infarto ganglionar; pericondritis. El curso es progresivo, rápido; el pronóstico es de ordinario fácil, excepto al principio.

Tratamiento: será paliativo ó curativo. — Algunas palabras sobre la traqueotomía, la tirotomía y la extirpación de la laringe.

HISTORIA. — **A. Período antelaringoscópico.** — El conocimiento de los tumores malignos del órgano vocal es de fecha relativamente muy frecuente. Pudiera decirse, en verdad, que se reconoció su existencia en el período antelaringoscópico, pero apenas si han podido citarse algunos casos, que se encontraron al hacer la autopsia de individuos que murieron de esta afección. Á Morgagni se debe la primera observación que se refiere en la ciencia, porque, antes del autor precitado, se concedía escaso interés á tales relatos. De igual manera, Trousseau pudo, en un enfermo, sospechar un carcinoma laringeo; pero el diagnóstico verdadero no pudo establecerse por modo definitivo hasta después de la muerte. No obstante, y fundándose en este caso, con el exquisito criterio clínico que formaba su carácter distintivo, dió una muy bella descripción de la dolencia. Barth ha referido algunos casos de carcinoma laringeo; pero puede afirmarse que todos los hechos anteriores á 1858 no poseen en absoluto más que un simple valor histórico.

B. Período laringoscópico. — Por el contrario, desde el descubrimiento del laringoscopio, el número de observaciones de carcinomas de la laringe hase hecho considerable, y su cifra se cuenta por centenares. Bastará, en efecto, citar, entre los autores que han aportado casos, los nombres de Gibb, de Störck, de Mandl, de Isambert, de Krishaber, de Semon, de Fauvel y de Blanc (de Lyon), quien publicó en 1872 una tesis excelente sobre la misma materia.

En su tratado de enfermedades de la laringe, refiere el Dr. Fauvel treinta y siete casos de tumores malignos, del órgano susodicho. Todos los autores clásicos han dedicado artículos al mismo objeto, y Tobold, Solis-Cohen, Bosworth, Lennox-Browne, Massei, Morell-Mackenzie, Gottstein y casi todos los especialistas han dado, alternativamente, una descripción más ó menos detallada. Muy poco há, el Dr. Schwartz, en su obra sobre los tumores de la laringe, ha coleccionado la mayor parte de las observaciones hasta el presente publicadas, y no puedo menos de recomendar, á los que interesen sus detalles, la lectura de tan concienzudo trabajo, que aporta un total de 225 casos esmeradamente recogidos.

Esto no obstante, no conviene exagerar con exceso la frecuencia del carcinoma laríngeo. Así, ciertos autores, con práctica dilatada en las enfermedades de las primeras vías respiratorias, no han comprobado más que un número de casos bastante restringido, mientras que otras veces se han encontrado los tumores malignos por verdaderas series. Ha sucedido que, durante la enfermedad de un personaje que goza celebridad en los anales de la Laringología, todos hemos podido ver casos numerosos, y yo he tenido en esta época hasta seis cancerosos, á quienes al mismo tiempo asistía.

Sin embargo, me juzgo con razones suficientes para decir que el carcinoma laríngeo, especialmente como afección primitiva, es hasta cierto punto poco frecuente.

CLASIFICACIÓN. — En 1875, Isambert, en sus *Leçons cliniques*, no admitía más que una sola clase de tumores malignos, basada en su naturaleza y en su curso. En la actualidad, aquéllos se han dividido en dos grupos principales, que comprenden: 1.º, los tumores intralaringeos, y 2.º, los tumores extralaringeos.

Ambas clases de neoplasmas ofrecen una sintomatología tan diferente, que se ha creído útil establecer entre ellas una línea de demarcación, y describirlas por separado.

VARIEDADES. — Entre las formas que más á menudo se observan pueden citarse en primer lugar: a) el epiteloma; b) el encefaloideo, y c) el escirro, que constituye una verdadera excepción en el órgano vocal.

Si nos preguntásemos cómo se reparten estos neoplasmas por su localización, podríamos contestarnos que el epitelioma es, sobre todo, una afección intralaringea, al paso que los tumores malignos extralaringeos se hallan algunas veces constituidos por el encefaloides.

Convendrá guardarse de un exclusivismo demasiado absoluto, porque el epitelioma no es infrecuente en la epiglotis, ni en la entrada de las vías digestivas y respiratorias.

ETIOLOGÍA. — El carcinoma laríngeo, según las investigaciones estadísticas de los autores, pertenecería casi exclusivamente á la edad adulta, observándose su máximo de frecuencia desde los cuarenta á los sesenta años; pero esta regla tiene numerosas excepciones. Reid comprobó uno en un niño de tres años, lo mismo que Causit en otros. Ziemssen, que ha publicado un cuadro de 70 casos tomados de autores diversos, encuentra que la dolencia se ha presentado tres veces en niños de menos de tres años, y otros tres entre diez y diecinueve; pero será injusto no decir que estos casos son absolutamente excepcionales, y que no invalidan la regla general.

Una observación que Fauvel hizo, y que á mí mismo me ha llamado la atención, es que el carcinoma laríngeo se encuentra con frecuencia en individuos muy vigorosos en apariencia.

Los hombres parecen más expuestos que las mujeres, pues en 179 casos, no se encuentran más que 26 de aquéllas, para 153 hombres atacados. Esto nos viene á demostrar, según ya tenemos manifestado, la consecuencia que resulta para el sexo masculino, del abuso del tabaco, del alcohol y de los esfuerzos vocales. Sin embargo, la cosa no es tan fácil de dilucidar como parece. En las mujeres, casi todas las causas podrían ponerse en duda, pues he tenido ocasión de observar un caso en una señorita de treinta y dos años, en la que no podía invocarse ningún momento etiológico para explicar la aparición de un tumor epitelial. Por otra parte, los cantantes y las mujeres públicas deberían figurar en la estadística por una proporción relativamente considerable; pero está lejos de ser así. Sería igualmente temerario recriminar al tabaco y al alcohol, teniendo en cuenta el número incalculable de personas que usan y aun abusan de ambos agentes, sin ser por eso atacadas de afección maligna del órgano vocal. Sin embargo, no rechazo toda la influencia local irritante que puede acarrear el abuso del tabaco, pues es un factor etiológico importante, que podrá invocarse con frecuencia para explicar la presentación del tumor. En la etiología del carcinoma laríngeo, se ha querido que las diátesis tengan un papel importante. Aunque Krishaber haya referido cuatro casos, esta hipótesis deberá quizá admitirse con cierta vacilación.

Algunas observaciones, registradas con esmero, tienden á probar

que el traumatismo exterior puede determinar el neoplasma maligno.

¿Es preciso considerar como una afección secundaria el carcinoma laríngeo? Schiffers relata una observación en que el punto de partida parecía estar en el hígado; pero este es un hecho aislado. En general, principia por la laringe

¿Los tumores primitivamente benignos, pueden, por consiguiente, transformarse en tumores malignos? He aquí un problema de suma importancia, sobre el cual he insistido suficientemente (véase página 136), para que vuelva otra vez á insistir sobre este punto. Me limitaré, pues, á decir que el Dr. Fauvel refiere en su libro el caso de un enfermo, al que operó el Dr. Fournier, y en el que un neoplasma, benigno en sus comienzos, hizose carcinomatoso, determinando, al cabo de un año ó dos, la muerte del paciente. Krishaber atestigua lo auténtico del caso; pero el hecho es difícil de probar. Como pieza del proceso, puedo citar el caso de un sujeto que Krishaber mismo operó en 1875, por un tumor que á la sazón calificóse de benigno; pero el año pasado pude volver á ver el mismo enfermo atacado, en el lado contrario, por una producción maligna, que exigió la extirpación del órgano vocal. Por lo demás, este es el operado que el profesor Sr. Demons presentó recientemente al Congreso de Cirugía de París (1889), perfectamente restablecido de la operación. Aunque privado de su laringe, podía hacerse oír á cierta distancia. Posteriormente, he sabido que sucumbió á consecuencia de hemorragia del cerebro.

En cuanto al caso de paquidermia verrugosa, de Virchow, sobre el que este autor ha insistido nuevamente, á propósito del enfermo tristemente célebre á que anteriormente aludí, podría suministrarnos algunas explicaciones en el debate. En efecto: compréndese que si existen tumores mixtos, verdaderas verrugas en la laringe, análogas á las excrecencias del cáncer, que con tanta frecuencia se observan en los ancianos, compréndese, digo, que puedan pulular y hacerse malignas; pero estos neoplasmas tendrán una particular estructura que permitirá creer en su posible recidiva, fundándose en la anatomía patológica. Fuerza es reconocer, en este sentido, un artificio bastante cómodo, desde el punto de vista del pronóstico. Virchow es el único que ha sostenido semejante opinión, sirviéndole mucho para disimular su modo de ver en el caso antes aludido.

SINTOMATOLOGÍA. — Los síntomas del carcinoma de la laringe son de dos órdenes: *a)* los unos, funcionales; *b)* los demás, objetivos, cuyo estudio se hace mediante el examen de la cavidad laríngea.

Los síntomas funcionales, mal definidos al principio, varían según el sitio del neoplasma en relación con el órgano vocal. Desde luego, estudiaremos los tumores intralaringeos, los que se manifiestan por

una ronquera uniforme y constante, primer síntoma de la enfermedad, y que se observa mucho tiempo antes de que nos fijemos en la laringe. Así es que han podido desarrollarse los carcinomas en enfermos roncos, después de tres, cuatro y hasta cinco años y más.

También Krishaber ha observado en un caso, una pérdida completa de la voz, que precedió veinte años á la presentación del carcinoma. Sin embargo, es de creer que no se trataba en este caso de una afonía prodrómica, propiamente hablando, sino de un desorden asociado á otro afecto crónico de la mucosa.

Por lo demás, es un hecho excepcional, al que no conviene conceder exagerada importancia.

La voz está generalmente ronca, desigual, parecida frecuentemente á la *rauvedo syphilitica* de Diday, que yo describía al tratar de la laringitis sífilítica. Finalmente, se comprende con facilidad que, según el sitio y el volumen del neoplasma, la voz estará sucesivamente apagada, bitonal, ronca, velada ó afónica.

Si, por el contrario, el tumor es extralaringeo, la presencia de síntomas graves será necesaria para descubrirlo, como, por ejemplo, fatiga en la deglución, el cuello torcido, rigidez, algunas pequeñas hemorragias ó también la compresión de los recurrentes.

La tos no existe al principio, siendo, más bien que una verdadera tos, necesidad de limpiar su garganta lo que el enfermo experimenta.

La expectoración es, al principio, absolutamente nula; más tarde, de mucosa puede hacerse moco-purulenta ó hasta completamente purulenta con estrias de sangre. En este caso, se hace muy abundante y, si el tumor es extralaringeo, la salivación constituye un síntoma que atrae fatalmente la atención del enfermo y del médico.

Los desórdenes respiratorios, poco marcados al principio, cambian con la naturaleza y el sitio del tumor, porque si se encuentra situado en los senos piriformes, permanece casi siempre intacta la respiración, lo cual será muy distinto si la producción morbosa se desarrolla en las cuerdas vocales, determinando entonces una dispnea considerable, que hará necesaria la traqueotomía casi desde el principio. Los verdaderos obstáculos al paso del aire se deben á la pericondritis y á los desórdenes articulares del órgano vocal.

Efectivamente: las articulaciones concluyen por anquilosarse, y no pudiendo las cuerdas vocales separarse casi de la línea media, resulta por una parte que el relieve del tumor y su infarto periférico, así como por otra la rigidez articular, producen la rudeza respiratoria, semejante á la designada por el Dr. Fauvel con el nombre muy exacto de « leñosa ».

Otras veces la respiración es ruidosa, seca, análoga á la de los sífi-

líticos. Por causas muy insignificantes, prodúcense accesos de sofocación, que ponen la vida del enfermo en peligro casi constante.

Estas diversas alteraciones, ligeras al principio, aumentan gradualmente de intensidad con la lesión de que dependen.

Faltan con frecuencia los desórdenes de la deglución, no apareciendo más que en el último período de la enfermedad ó período de caquexia, cuando el tumor es intralaringeo. En tal caso, son resultado de la extensión del neoplasma hacia fuera.

En los carcinomas extralaringeos estos desórdenes sobrepujan á los demás y obligan á fijar muy pronto la atención. Si la producción morbosa se sitúa en la parte posterior de la laringe, desde el momento en que adquiere cierto volumen, opondrá un obstáculo en la parte superior del conducto alimenticio, haciendo con tal motivo difícil la deglución, y algunas veces imposible en absoluto.

Los dolores, nulos al principio, se acentúan en seguida. Son algunas veces lancinantes y espontáneos, carácter el último muy particular del carcinoma del órgano vocal.

Pueden exagerarse por los movimientos de deglución y por los toques de la laringe. Residen de ordinario en el mismo órgano vocal ó en la profundidad de la faringe. Con frecuencia se observan irradiaciones molestas hacia el oído del lado atacado, ó también hacia los dos lados. La repercusión dolorosa de que el enfermo se queja, se verifica asimismo hacia la nuca.

Los dolores auriculares son muy pronunciados cuando los tumores están situados en los repliegues ariepiglóticos. Entonces se asemejan á las neuralgias, como lo ha advertido Bayer en un caso que refiere. He aquí un hecho de considerable importancia, que por sí solo será muy suficiente para pensar en un tumor maligno del órgano vocal. Por mi parte, he podido observar algunos casos de este género, y cada vez me ha chocado más el carácter particular del dolor que el enfermo acusa. Puede faltar este síntoma, ó bien ser resultado de una afección ulcerosa de la laringe y aun de otra naturaleza. En su consecuencia, no se puede considerar como absolutamente patognomónico, á pesar de toda la importancia que se le quiera conceder.

La salivación es muy abundante en los tumores extralaringeos, á causa de la dificultad en la deglución y la exagerada secreción de las glándulas salivales. Los caracteres de la secreción varían, es decir, que puede ser simplemente filamentososa ó ligeramente viscosa, como asimismo icorosa, teñida de sangre, amarillenta y espumosa.

El aliento es fétido, especialmente en el carcinoma ulcerado, en cuyo caso pueden temerse las *hemorragias*, que complican frecuentemente tales lesiones. Este síntoma, según el Dr. Fauvel, tiene una importancia diagnóstica considerable. Efectivamente, puede afirmarse,

casi con seguridad, que todo neoplasma laríngeo acompañado de hemorragia, es un tumor maligno. Esos derrames de sangre, muy variables en su cantidad, se traducen, ora por simples estrías mezcladas con la expectoración, bien por la profusión con que se presentan, asustando al enfermo y al médico. Sobre todo, en los tumores extralaringeos, se ven pérdidas reiteradas de sangre y bastante abundantes, para amenazar la vida del desgraciado paciente.

Á pesar de todos los síntomas que acabamos de señalar, se experimentan algunas veces serias dificultades para hacer el diagnóstico con exactitud. Si Trousseau pudo adivinar un carcinoma laríngeo (tan sólo demostrado en la autopsia) por la sola comprobación de los signos funcionales, no es menos cierto que con tan escasos medios habremos de dudar mucho.

Hase dicho también que el tacto con el dedo era casi el único recurso; pero, además de que no siempre puede practicarse, suele resultar peligroso, por lo cual no lo aconsejaré de ningún modo.

Quédanos por un medio de investigación, por sí solo más poderoso que todos los demás, porque suministra casi siempre indicaciones muy claras, y al que convendrá recurrir siempre que se quiera obtener un diagnóstico preciso é indiscutible. Este es el examen laringoscópico.

Dicho medio podrá encontrar sus indicaciones desde el principio en una época en que el diagnóstico de tumor maligno será casi completamente imposible. En efecto: en este período habrá á lo sumo un poco de congestión y tumefacción localizadas en la mucosa vocal, cuya significación verdadera no será siempre fácil de establecer; pero un poco más tarde podrá comprobarse una hinchazón con rubicundez vinoso, los tejidos tendrán color como de jamón y se observará un ligero edema de vecindad, en particular si se trata de la parte posterior de la laringe ó de las bandas ventriculares.

En algunos individuos, los de alguna edad especialmente (más allá de los cincuenta años), encuéntrase al principio un simple tumor pardusco de aspecto veloso, papilar, que ocupa una de las cuerdas vocales, en la que se inserta por una ancha superficie, cuyos bordes no son siempre muy claros. Si se quiere extirpar el neoplasma, á menudo bastante duro, casi córneo, se verá una superficie rosada, desigual que, en lugar de cicatrizarse, pulula con rapidez, y toma, en algunos días, un volumen más considerable que antes de la tentativa de extracción, siendo éste un signo bastante cierto de un tumor maligno, y si el microscopio no revela su naturaleza exacta, las dudas respecto de esta producción deberán, no obstante, persistir.

Estos síntomas se irán acentuando más tarde, se pronunciarán más el edema y la tumefacción, y entonces podrá llegarse al verdadero diagnóstico. En este período cambiarán los signos objetivos según la varie-

dad de los tumores malignos, pudiendo entonces examinar sucesivamente los diferentes aspectos de la laringe.

I. **Epitelioma.** — En el epitelioma habremos de comprobar un tumor rojizo, mamelonado, anfractuoso, cuyos bordes granujientos se ulceran con producción de mamelones en coliflor, de un rojo sanioso. Alguna vez se ven simples infiltraciones cancerosas de aspecto rugoso, y que determina en el interior de la laringe pequeñas eminencias bastante claras para un ojo experimentado. Si todos estos signos existen, puede diagnosticarse con certeza y sin temor á equivocación.

II. **Encefaloides.** — Si se trata de un encefaloides, se presenta un infarto casi uniforme, ligeramente mamelonado, con eminencias ó botones saniosos, parduscas ó casi incoloras. El tumor es muriforme, globuloso, y se sitúa generalmente en los repliegues ariepiglóticos ó en los senos piriformes. Además, el encefaloides proyecta proliferaciones al exterior. La tumoración se ulcera pronto, apareciendo granulaciones que nacen en su superficie y no en la mucosa circundante, la cual algunas veces invade tardamente.

III. **Sarcoma.** — Es más raro y revestido por una especie de casco; se ulcera en el último periodo. Lo más frecuente es que tenga gran punto de apoyo; la superficie es, unas veces lisa é igual, otras verrugosa, y alguna vez lobulada. La coloración es de un color rojo vivo ó sombrío, mientras en otras ocasiones la masa tiene un carácter amarillento.

IV. **Tumores melánicos.** — Son excesivamente raros, no habiendo más que uno ó dos casos de Fauvel y de Morell-Mackenzie. Son de color moreno y suficientemente característicos para que insistamos en él.

Sitio. — Los autores han tratado de determinar el sitio exacto del carcinoma laríngeo, lo cual no es siempre muy fácil. Con frecuencia se presentan á examen los enfermos en un periodo avanzado, cuando la invasión de diversas partes del órgano imposibilita casi en absoluto reconocer con claridad el punto de partida de la neoplasia. No obstante, las estadísticas nos enseñan que, según el Dr. Mackenzie, en 56,7 por 100 casos, se afectan primeramente las bandas ventriculares. En 37 sujetos, Fauvel ha visto que el tumor se encontraba á la izquierda 26 veces, y 16 principió por la banda ventricular. El carcinoma intralaringeo ataca con mayor frecuencia las bandas ó cuerdas vocales, mientras que el neoplasma extralaringeo afecta de preferencia la epiglótis y la entrada de las vías digestivas.

Omito intencionadamente hablar del hábito exterior del enfermo, que permanece igual hasta el período caquético. La hinchazón del órgano, su deformidad y el infarto ganglionar, no aparecen tampoco hasta el citado período de la afección, observándose todo el conjunto sintomático sólo cuando se ulcera el tumor. El cartilago tiroides se hipertrofia y se transforma en un verdadero caparazón ó concha de tortuga (Isambert). Se modifica profundamente la región atacada, y el paciente comienza á sufrir desórdenes en la deglución y de estrechez respiratoria, síntomas que aparecen poco á poco. Desde este momento, la duda ya no es posible, porque la infiltración ganglionar no se observa más que cuando el neoplasma ha invadido por completo la laringe. Así que este síntoma, el último, por decirlo así, no tiene más que un valor enteramente relativo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — El epiteloma es, de todas las producciones malignas, la que con más frecuencia se observa en el órgano vocal. El Dr. Morell-Mackenzie ha encontrado 45 en 53 casos, y nada más que 2 escirros y 6 encefaloides. En 68 observaciones recogidas por Ziemssen, se comprobaron 57 epitelomas, 9 encefaloides y 2 tumores vellosos. Por el contrario, Fauvel llegó á sumar en 39 casos, 19 encefaloides, 16 epitelomas y 2 casos dudosos; Schrötter, en 20 casos, 17 epitelomas y 3 encefaloides.

En 32 autopsias, encontró Morell Mackenzie 10 veces necrosis de los cartilagos. En todos los casos terminados por defunción encontró edema, y 11 veces, entre 21, lo ha comprobado asimismo durante la vida.

Mi práctica particular me hace considerar el epiteloma como la forma maligna mucho más frecuente que las otras.

CURSO. — Se pueden distinguir dos períodos: el primero, lento, dura años, y el médico lo asiste rara vez. Cuando, por el contrario, el tumor ha empezado á desarrollarse, ya por una irritación de la parte, ya por causas difíciles de determinar, y con más motivo cuando se presenta ulceración, el mal progresa con vertiginosa rapidez, y la terminación fatal no pasa de uno ó dos años, término máximo de la duración de la dolencia. Es entonces casi imposible asignar á la vida del enfermo límites precisos fundamentados en el estado general y en la naturaleza de la intervención. Como la pericondritis ó la infiltración ganglionar principian á presentarse, demuestran que el término se avecina con rapidez, y tan sólo algunos meses, pocos, separan al enfermo de un desenlace funesto.

TERMINACIÓN. — PRONÓSTICO. — El carcinoma laríngeo, en general, es una afección muy grave, que no se cura, si se abandona el mal á

los esfuerzos de la naturaleza. La terminación es siempre nefasta, y el enfermo sucumbe extenuado por la caquexia, ó bien arrebatado por la asfixia, que resulta, no sólo de la estenosis laríngea y de la insuficiencia de aire para mantener la existencia, si que también (tengo muchas observaciones de este género) de la extensión del tumor hacia fuera, donde infiltra los tejidos próximos, produciendo la compresión de los recurrentes y de los pneumogástricos que algunas veces engloba por completo, originando accesos de sofocación con desórdenes circulatorios. El canceroso muere entonces ahogado, á pesar de la cánula traqueal y del libre acceso del aire en la tráquea, que los brotes carcinomatosos no han invadido todavía.

Hay que pensar, asimismo, que la infiltración de los ganglios peritraqueales podrán causar una estenosis respiratoria profunda, por la compresión que las glándulas linfáticas ocasionarán en la tráquea ó en los primeros bronquios. Los hechos que adelanto no son una simple hipótesis, porque su descripción se cimenta en el estudio de las piezas anatómicas.

Los tumores carcinomatosos parecen gozar de la exclusiva respecto del pronóstico más terrible. En el sarcoma, por el contrario, hanse obtenido algunas curaciones, después de su extirpación por la boca (Mackenzie, Navratil, Türk, Gottstein), mediante la tirotomía (Balatta), ó, por último, mediante la extirpación de la laringe.

COMPLICACIONES. — El edema es la complicación habitual que acompaña forzosamente á las producciones malignas del órgano vocal: edema rojo, duro, que forma más bien una infiltración de vecindad que un verdadero edema. Otras complicaciones pueden acarrear una terminación fatal: la pericondritis, la formación de abscesos, las perforaciones en el esófago, las neumonías, etc.

Cuando se practica la traqueotomía, un accidente muy frecuente, por desgracia, es la pululación del neoplasma por debajo de la abertura de la cánula en el conducto de la tráquea, y, por consiguiente, la asfixia. La hemorragia puede ser bastante considerable para amenazar la vida del enfermo, y constituir una agravación temible por las dificultades que existen para combatir este síntoma. Así sucumbió uno de mis enfermos, que en cuarenta y ocho horas fué arrebatado por una verdadera sucesión de muy abundantes hemorragias.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico no es siempre fácil, y diré también que, al principio, presenta dificultades numerosas. Podemos, sin embargo, eliminar de un golpe cierto número de afecciones crónicas de la mucosa vocal, como laringitis simple, laringitis hipertrófica, etcétera. ¿Podrá pensarse en simples pólipos mucosos? Éstos no ocupan

nunca, ó casi nunca, las bandas ventriculares, ni los repliegues ari-epiglóticos; no se les encuentra, más que rara vez, en la región aritenoides ó en la epiglotis; casi siempre se sitúan en las cuerdas vocales, donde forman un tumor gris-rosado, como mamelonado, y de ordinario, con pedículo. Á lo sumo algunos papilomas córneos con ancha base de implantación, observados en algunas personas de edad, deberán inspirar algunas dudas sobre su naturaleza real; pero, en los casos inciertos, la intervención nos pondrá en el camino de la verdad. En efecto: los tumores benignos operados, al menos en parte, tienen, por punto general, tendencia á retroceder, sucediendo lo contrario en los neoplasmas malignos. Recuérdese, asimismo, que la menor infiltración periférica nos deberá aguzar el espíritu y hacernos pensar en el carcinoma.

La tuberculosis laríngea no se limita nunca á una cuerda sola, y con bastante frecuencia se presentan síntomas concomitantes en los pulmones y en los demás órganos, cuyo diagnóstico diferencial no merece que nos detengamos mucho tiempo. El examen histológico de los esputos ó de las secreciones laríngeas disipará los últimos escrúpulos, si pudiera quedar alguno después del reconocimiento del órgano.

El lupus de la laringe tiene marcada predilección por la epiglotis; origina, por regla general, granulaciones de color pálido rosado; destruye los tejidos subyacentes y no puede confundirse, por consiguiente, con un tumor maligno.

La sífilis, en sus manifestaciones secundarias, no ofrece analogía ninguna con la afección de que tratamos; pero en el período terciario será muy difícil algunas veces establecer el diagnóstico diferencial. Si se trata de un goma, atacará sucesivamente, y de ordinario, la epiglotis, una de las bandas ventriculares, la región subglótica ó la aritenoides; pero, fuera de los conmemorativos que pueden ser un precioso recurso, se hace preciso recordar que el goma evoluciona con más rapidez que el carcinoma, pudiendo llegar el enfermo al estado en que se encuentra en el espacio de uno ó dos meses, y aun en un período más corto. El carcinoma, en el período de infiltración, es rojo, mamelonado, pardusco en algunos puntos; la secreción es poco abundante; pueden existir dolores espontáneos, no encontrándose ninguno de los precitados caracteres en la sífilis terciaria. Si se presenta una ulceración crateriforme, cortada, en el espesor de los tejidos, que supura y está acompañada de brotes rosados ó rojos en la mucosa laríngea, habrá que pensar en la sífilis, porque el carcinoma ha determinado ya en este período la explosión de accidentes que no permiten la duda sobre su naturaleza. La existencia simultáneamente de lesiones en la faringe, el velo ó la bóveda palatina, podrá iluminar el diagnóstico

que, en los casos dudosos, nos aclarará también el tratamiento específico (jarabe biiodurado, fricciones mercuriales y yoduro de potasio).

TRATAMIENTO. — ¿Qué conducta deberá seguirse en el carcinoma de la laringe? Difícil es contestar á la pregunta, porque la cuestión se encuentra lejos de estar resuelta. Algunos autores proscriben toda intervención por inútil y quizá por peligrosa, otros recomiendan sencillamente que se tienda á combatir la asfixia por medio de la abertura de las vías aéreas, con objeto de prolongar la existencia del enfermo, mientras no faltan quienes, más atrevidos y quizá más temerarios, no vacilan en proponer que se abra el cartilago tiroideo (tirotomía), ó también la extirpación parcial ó total del órgano afecto, según lo exigen las necesidades de la causa.

Efectivamente, no hablo acerca de la posibilidad de destruir ó de extraer los tumores malignos por la boca, porque es un procedimiento demasiado incompleto para que sólo le dedique una simple mención. Todo lo más, y en los comienzos, pudiera servirnos para sentar las bases del diagnóstico, permitiéndonos examinar al microscopio fragmentos del neoplasma dudoso.

Condeno igualmente al silencio el tratamiento médico y los toques directos del tumor con la tintura de tuya, preconizada poco há para curar el cáncer en general, y particularmente el carcinoma laríngeo, porque esto sería perder un tiempo precioso y hacer arriesgada la ulterior intervención en caso de que se quisiera obrar con mayor energía, pues aplicado regularmente y administrado al interior, tal remedio no ha producido curación ninguna, por desgracia.

TRAQUEOTOMÍA. — La traqueotomía, que tiene en Solis-Cohen uno de los partidarios más ardientes y autorizados, no es evidentemente más que un medio de prolongar la vida del enfermo, oponiéndose á los peligros de la asfixia que le amenazan como consecuencia del crecimiento del neoplasma. Es el tratamiento paliativo de un síntoma y no el de la misma dolencia. Sé bien que el Dr. Solis-Cohen basa su manera de ver en una estadística muy poco lisonjera para los demás métodos; pero es preciso reconocer asimismo, que los primeros operados de un modo radical se hallaban en condiciones muy desfavorables de supervivencia y, como consecuencia, harían las estadísticas más alarmantes de lo que serán más tarde.

Además, como la abertura de las vías aéreas será, en la mayor parte de los casos, la primera operación que habrá de practicarse en los cancerosos de la laringe, bueno es tener algunas nociones concernientes al modo de obrar en semejantes circunstancias. Y desde luego hay que rechazar de plano la laringotomía inter-crico-tiroidea, por ser mala

intervención. En efecto: como ha observado el Dr. Verneuil, es muy difícil, por no decir imposible, precisar los límites del mal; asimismo, al abrir la tráquea al nivel del espacio crico-tiroideo, se corre el riesgo, ó de caer sobre el tumor y no poder introducir la cánula, ó ver que los botones carnosos invaden la parte inferior del tubo traqueal, y estrechan ó impiden el paso de la luz. Por ambas razones, pues, es muy importante el operar lo más abajo que se pueda, á algunos centímetros por encima de la horquilla del esternón, cuyo procedimiento tiene la ventaja, si se desea obrar con más actividad, de dejar, por encima de la cánula, un espacio suficiente para maniobrar con todo desahogo.

Conviene operar según las reglas de costumbre, es decir, con lentitud, capa por capa, ligando las arterias ó las venas con catgut antes de abrir el conducto aéreo. No hay que olvidar tampoco que la traqueotomía inferior es una operación muy distinta de la que casi diariamente practicamos en los niños. Aquí los vasos son poco voluminosos, la hemorragia se cohibe una vez abierto el conducto aéreo, lo cual no sucede en el adulto. Por una parte, la tráquea está profunda en este punto; habrá que cortar venas y á menudo arterias de un calibre bastante grueso para producir una verdadera hemorragia ó accidentes sépticos en los pulmones; fuera de esto, se opera frecuentemente en una edad en que los cartilagos están osificados ó invadidos por proceso morbozo. Motivos son éstos suficientes para hacernos inspirar el deseo de ejecutar una larga incisión, y después para no abrir la tráquea hasta que esté bien puesta al descubierto y se complete la hemostasis. Principios de los que no conviene separarse en la práctica, si no se quieren lamentar serios trastornos.

Luego que se haya hecho la incisión con un bisturi recto, corto y muy afilado, se coloca el dedo índice en la herida y se introduce la cánula guiada por el instrumento de Péan, que tiene la ventaja, muy apreciable en mi sentir, de suprimir el dilatador, ya que éste, en manos de cirujanos emocionados, ha ocasionado bastantes catástrofes haciendo perder el ojal de la tráquea, que el índice nunca debe abandonar en el procedimiento que acabo de indicar. Si no se tuviera este instrumento, aconsejaré entonces tener abiertos los labios profundos de la herida por medio de simples separadores (dos alfileres grandes, encorvados en corchete, pueden, si hay necesidad, emplearse en tales casos), introduciendo entonces tranquilamente el tubo en la abertura, guiándose siempre por el índice izquierdo, que mantendremos colocado en el labio derecho de la incisión traqueal. Durante estas maniobras hay que guardarse mucho de modificar la posición del operado, para no alterar las relaciones anatómicas de la región. Colocada la cánula, se lleva el enfermo al lecho, durante el acceso de los que acompaña á esta introducción, y se aplica en seguida la cura ordinaria: tela protec-

tora en la herida, gasa ó tarlatana simple y seca por delante del cuello, etcétera.

Si se ha practicado la traqueotomía como operación preliminar, es decir, antes del período asfíctico, no deberá privarse al enfermo, si no hubiera contraindicación especial (alcoholismo, enfermedad del corazón, etc.), de los beneficios del cloroformo. Por el contrario, convendrá rechazar el empleo de este anestésico, si el orificio por donde se efectúa la aspiración natural es muy pequeño, y cabe su obstrucción mientras se practica la anestesia.

Cuando la abertura de la tráquea se ha hecho bastante pronto para que pueda pensarse en obrar de otro modo, se dispondrá como tratamiento curativo, de los dos métodos de que he hablado más arriba, esto es, la tirotomía ó la extirpación parcial ó total de la laringe.

A. *Tirotomía.* — Preconizada antiguamente por Desault y practicada, la primera vez, por Pelletan en 1788, la tirotomía consiste, como lo indica su nombre, en la abertura media del cartilago tiroides. Como he dicho al ocuparme en el tratamiento de los pólipos, es una operación relativamente benigna, en cuyo manual operatorio he insistido bastante en las lecciones anteriores (pág. 151). Limitaréme, pues, ahora, simplemente á formular sus indicaciones.

No se habrá olvidado que el carcinoma del órgano vocal queda localizado largo tiempo, y que en todo este período se le puede atacar y aun destruir radicalmente. Particularmente cuando el neoplasma principia por las cuerdas vocales, quedando á ellas limitado, es cuando la tirotomía ofrecerá grandes esperanzas de éxito. Lo mismo sucede en las eminencias córneas sin alteración de la mucosa circundante, bastante frecuentes en los ancianos (de más de sesenta años). En los casos de este género podremos llegar hasta la parte enferma por medio de la abertura del tiroides, cortar igualmente en los tejidos sanos y cauterizar con el termo ó el galvanocauterio el punto de implantación del tumor, destruyendo de este modo con mayor seguridad los gérmenes. Tal procedimiento podrá entonces, pero sólo entonces, proporcionar algunos éxitos. El Dr. Solis-Cohen ha referido un ejemplo interesante; yo también cuento un éxito de este género, en un enfermo operado desde hace cuatro años, y siempre en perfecto estado de salud. Conviene saber únicamente, que, aun en las condiciones más favorables en apariencia, la tirotomía no pone siempre al abrigo de recidivas.

Dos enfermos en que intervine, en el año 1888, y que padecían pequeños neoplasmas de las cuerdas vocales, perfectamente limitados, pero de naturaleza epitelial, me han producido dos decepciones, pues el uno, de sesenta años de edad, operado el 25 de Julio de 1888,

sucumbió el 11 de Junio de 1889, de recidiva, sin nueva abertura de la herida tiroidea, que estaba perfectamente cicatrizada; y el segundo, de cuarenta y cinco años, operado en Marzo de 1888, vive todavía, hace más de dos años; pero curado en apariencia hasta el mes de Noviembre de 1889, esto es, durante veintitún meses y desembarazado de su cánula traqueal en esta época, sobrevino, poco tiempo después, un nuevo desorden respiratorio, que me ha obligado á practicar una segunda traqueotomía. Desde este instante, asisto á una recidiva del tumor, contra la cual el enfermo rehusa luchar. Cito ambos ejemplos porque encajan bien en la categoría de los casos en que la tirotomía es aplicable, y, sin embargo, el éxito no ha coronado mis esfuerzos, puesto que, de dos veces, he tenido una recidiva en muy distintos intervalos, pero que la edad de los enfermos puede, por su naturaleza, explicar muy bien.

Tengo necesidad de añadir que, cuando se hace tardamente y cuando el tumor se halla en pleno desarrollo, la tirotomía está contraindicada. Efectivamente, en este período, hay que temer mucho la reproducción del carcinoma por la hendidura tiroidea no cicatrizada, así como la producción al exterior de una herida fétida y mal oliente, que constituye objeto de horror y de disgusto para el enfermo y los asistentes. Después de haber asistido á una terminación de esta especie, señalo los inconvenientes del método en semejantes casos.

Una palabra todavía á propósito de esta operación. Si se quiere tratar quirúrgicamente un sujeto de cincuenta años ó más, procúrese, tanto como sea posible, incindir la tráquea y el tiroides en una sola sesión; pues tal operación constituye en esta edad un traumatismo serio que impedirá después hacer la tirotomía durante meses quizá, cuando ya sea infructuosa é imposible por el crecimiento del tumor. Esta es una advertencia y una recomendación basadas en la observación clínica. Tuve, en efecto, en este mismo año de 1888, ocasión de traqueotomizar á un hombre de setenta y un años, pero bien conservado y muy vigoroso, quien estaba atacado de epiteloma de la cuerda vocal derecha. La operación produjo tales desórdenes, que, cuando el estado del sujeto me permitió abrir la laringe, el tumor habíase hecho inoperable por esta vía, á causa del considerable volumen que había adquirido en el espacio de algunos meses.

La tirotomía y la traqueotomía deberán hacerse siempre bajo la influencia del cloroformo á no mediar contraindicaciones especiales, pues el volumen del tumor, en el momento en que se interviene, suele ser demasiado pequeño todavía para perturbar la respiración laríngea y, por ende, para que el enfermo rehuse someterse á los beneficios de la anestesia.

No hablaré, más que para recordarlas, de la laringotomía supra y

subtiroidea, porque no suministran luz suficiente para obrar con desembarazo y, por consiguiente, hacer una operación clara que circunscriba bien y abarque igualmente la parte atacada. Bastará, al efecto, pasar la vista por el tratado escrito en 1888 por el Dr. Baratoux, para convencerse de los fracasos obtenidos por este método, bastante poco empleado.

B. **Extirpación de la laringe.** — Cuando en 1872 el doctor E. Blanc terminaba las consideraciones que acababa de desarrollar á propósito del tratamiento del carcinoma laríngeo, decía: «Un cirujano alemán ha llegado con la mayor sencillez, hasta recomendar ó aconsejar la extirpación de la laringe, apoyando su manera de pensar en los experimentos que se habian hecho en los perros. Que se practique en el hombre, dice el Dr. Blanc, y entonces podremos juzgar, pues creemos sinceramente que nadie osará intentar esta operación antes que él.» Si el malogrado médico de Lyon viviese todavía, vería que una operación, tan audaz en apariencia, no es tan peligrosa como pudiera suponerse desde luego. Se ha probado bien, y establecido por hechos numerosos, que es posible extirpar la laringe, sin peligro inmediato para el enfermo. Es un traumatismo serio, es verdad; pero muy hacedero en el estado actual de la ciencia.

Según se halle invadida toda la laringe, ó que esté una parte sana, la extirpación será total ó parcial. El 31 de Diciembre de 1873, Billroth (de Viena) la practicó por primera vez y, desde esta época, la ablación total se ha repetido un gran número de veces. En su último trabajo de compilación en esta materia, reunió el Dr. Baratoux hasta fines de 1889, un total de 205 operaciones de este género, que se dividen así:

Extirpaciones totales.....	131
— parciales ó unilaterales.....	74

Hecha en Francia, por la primera vez, en los comienzos del año 1886, con un mes de intervalo, por los Dres. Péan y Labbé, se ha efectuado en nuestra ciudad en 1887, por el Dr. Demons, que hizo sucesivamente, con algunos días de distancia, en dos enfermos míos, la ablación parcial al uno, y, al otro, la extirpación total de la laringe.

No hay más que hacerse cargo del cuadro estadístico á que acabo de aludir, para ver las condiciones deplorables en que ha sido practicada la mayor parte de las operaciones intentadas hasta el día. Apenas si el 8 por 100 de los cancerosos han sobrevivido, y todavía es preciso comprender, entre ellos, todos los que han podido vivir doce meses, resultado insuficiente á todas luces, ya que se ha visto al primer operado por el Dr. Demons, atacado de recidiva un año después de la

extirpación parcial, sucumbir muy recientemente, es decir, veinte meses después de la intervención quirúrgica. (Véase fig. 48)

Se ve, pues, que si es preciso apoyarse en los resultados obtenidos hasta hoy, las curaciones son tan escasas que muchos cirujanos se



FIG. 48. — Recidiva de un epiteloma de la laringe después de la extirpación parcial practicada por el profesor Demons. (Hemi-laringectomía y ablación de la epiglotis, de una parte de la faringe y de la base de la lengua, según una fotografía.)

han opuesto á tan ineficaz operación. Así que los Dres. Tillaux, Verneuil y Richet, en Francia, no han tenido inconveniente en rehusar tal manera de proceder como demasiado dudoso, y preferir la simple traqueotomía. Sin embargo, si como ya muchas veces he dicho, pen-

samos, por una parte, en las pésimas condiciones en que se ha operado hasta estos últimos años (período caquético, ganglionar), y, por otra, en la terminación fatal, irremediable, que aguarda al enfermo, pareceme que la operación se impondrá más, aunque sólo ofrezca una posibilidad de éxito contra noventa y nueve de muerte posible, ora después de la operación, ya en un porvenir más ó menos cercano. Asimismo, abandonado el carcinoma laríngeo, resulta siempre una afección tan grave como terrible, pues el enfermo, en la plenitud de sus facultades hasta el término fatal, sucumbe asfixiado ó por inanición, esparciendo en derredor suyo un aire fétido que lo emponzoña, contribuyendo á acelerar el desenlace. Intervenir en semejante caso es intentar un supremo esfuerzo que apresurará tal vez la terminación, economizando muchos sufrimientos al enfermo, ó lo salvará de una muerte cierta, aun á trueque de proporcionarle una existencia triste y penosa. En efecto: al respirar por la cánula, estarán más expuestos á sucumbir de una enfermedad del pulmón, manera como han concluido la mayor parte de los enfermos curados de la laringe.

Creo que las indicaciones de la extirpación de la laringe habrán de resolverse junto al lecho del enfermo, según los individuos y las circunstancias. No se debe dudar en proponerla, si se tiene alguna esperanza de salvar al enfermo; pero no deben olvidarse los resultados que hasta el presente se han obtenido y que el porvenir modificará, sin duda.

Sea como quiera, una vez decidido el tratamiento cruento, y habiendo abierto la tráquea con algunos días de antemano, ó en el momento, según los casos, se reemplazará la cánula ordinaria por la de Trendelenburg, que se compone, según es sabido, de una simple cánula provista en su extremidad inferior de un manguito de cautchuc, que comunica con el exterior mediante un tubo pequeño, por el que se insufla el aire con una pera *ad hoc*. El aire introducido de este modo, hincha el cautchuc, que se ajusta á la pared interna de la tráquea é impide que la sangre que brota de la herida superior caiga en las vías aéreas.

Después de tomada esta precaución preliminar, se practica por delante de la laringe una incisión en forma de T cuya barra vertical parte de la porción media del hueso hioides, para venir á juntarse en la parte superior de la incisión traqueal; la segunda incisión sigue el borde inferior del hueso hioides. Diséquense entonces los cartílagos tiroides y cricoides, que deben seguirse con exactitud, según aconseja el Dr. L. Labbé, suponiendo que este cartílago representa un tumor que se tiene que enuclea, se ligan los vasos que dan sangre, y llegamos de este modo á la región posterior. Cortando entonces la tráquea por debajo del cricoides, se introduce el dedo índice por abajo, mientras

que con la otra mano se separa del esófago la parte posterior del órgano vocal. Cuando se llega á la parte superior, se desprende la epiglotis de la base de la lengua, lo cual se efectúa por medio de las tijeras; asiendo en seguida con las pinzas los vasos divididos, se hace la ligadura. Obrando de esta manera, se evitan los importantes órganos que rodean la laringe, y la operación se efectúa feliz y rápidamente.

No hay necesidad de añadir que el cloroformo se administra por la cánula con un tubo de cautchuc, lo cual permite al ayudante colocarse á cierta distancia del operador. La cánula-tapón se quita de cuando en cuando, para asegurarse de que funciona bien, dejando que por intervalos vuelva la sensibilidad de la tráquea, de suerte que el enfermo pueda arrojar las mucosidades ó la sangre contenidas en el predicho conducto, y, por consiguiente, se puede saber con exactitud cómo cumple el oficio que se ha encargado á la cánula de Trendelenburg.

El Dr. Périer, en una comunicación muy reciente que pasó el 19 de Marzo de 1890 á la Sociedad de Cirugía de París, dice que practicó la extirpación de la laringe sin traqueotomía previa, y he aquí los diversos tiempos de una operación que difiere en absoluto de todas las practicadas hasta el día:

Incisión transversal á un través de dedo por encima del cartilago cricoides y que se extendía de un esterno-mastoideo al otro, comprendiendo todos los tejidos hasta la aponeurosis. Segunda incisión que llega hasta la membrana tiro-hioidea, entre el cartilago tiroides y el hueso hioides. Incisión media que se extiende en profundidad hasta los cartilagos de la laringe. Sepáranse todas las partes blandas, rasando la cara externa de la laringe. Se apartan los músculos y, en particular, el constrictor inferior de la laringe.

La laringe, así libertada, no tiende, por decirlo así, más que hacia la mucosa faríngea. Á través de la parte superior de la tráquea, se pasa un hilo que servirá para mantener el conducto traqueal. Hízose una tentativa para introducir un hilo entre la tráquea y el esófago con la aguja de Cooper; pero se frustró la maniobra.

Los diferentes tiempos de la operación se ejecutaron sin que hubiera derramamiento de sangre, siendo fácil poner una pinza en la arteria laríngea superior, que fué la más gruesa que se cortó.

De un solo golpe, sección del conducto laringo-traqueal entre el primer anillo de la tráquea y el cartilago cricoides. Inmediatamente, sacó la tráquea hacia delante é introdujo en su cavidad una cánula cónica que se fijó á la tráquea por medio de un hilo pasado antes á través de las paredes de la tráquea, para facilitar la tracción impresa al conducto traqueal, desde que se extrajo la laringe. Se administra el cloroformo poniendo la compresa por delante del orificio de la cánula.

La disección de la laringe se hizo rápidamente. La decoloración es

fácil cuando no queda más que la pared mucosa de la faringe. Terminóse la operación resecaando el cuerno mayor del hueso hioides, y por la sección transversal de la epiglotis.

Se suturó la tráquea á la parte inferior de la herida (Terrier), de tal modo, que la piel abrazó completamente este conducto.

¿Supera al antiguo este nuevo procedimiento? Séanos permitido dudarlo. Como lo hizo observar el Dr. Schwartz en la misma sesión de la Sociedad, la traqueotomía previa no sólo acostumbra al enfermo á respirar por la nueva vía, sino que la extirpación repentina puede tener graves consecuencias para el curso de la operación, así como, además, expone á la tráquea á traumatismos violentos y reiterados (estirones, excoriaciones de la mucosa, etc.). Por estos diversos motivos, debemos con los Dres. Labbé, Le Dentu, Lucas-Championnière, etc., preferir el procedimiento antiguo, que consiste en hacer la abertura de las vías aéreas algunos días antes de extirpar la laringe y sus anejos.

Sea el que quiera el procedimiento que se emplee, convendrá siempre dejar una cánula permanente, como también unir la piel á los bordes de la tráquea, porque el infarto post-operatorio conduce al enfermo á una asfixia rápida, cual ocurrió en un enfermo del Dr. Terrier.

Extirpada la laringe, se coloca una sonda esofágica que se introduce por una de las ventanas de la nariz, por la boca ó por la herida, y se hace la cura con la gasa iodoformada y la cura antiséptica. Puede asimismo ensayarse la sutura de la pared anterior del esófago á la parte inferior de la membrana tiro-hioidea, ó se obtendrá si el hioides se une al labio inferior de la herida practicada en la base de la lengua, como aconseja el Dr. Lande (1), una reunión inmediata ó por primera intención. Este último procedimiento presenta el único inconveniente de impedir la prótesis laringea que algunos autores ensayan. El tratamiento antiséptico riguroso será siempre la regla, hasta la curación completa.

Se ha tratado, después de la cicatrización de la herida, de volver la voz al enfermo mediante variados aparatos protésicos, de los que la laringe artificial de Gussenbauer es uno de los tipos más conocidos.

Por desgracia, no sólo la colocación de semejantes aparatos es delicada y difícil, si que también son con frecuencia causa de irritación local, y los resultados que se consiguen son tan poco lisonjeros, que no se puede aconsejar al enfermo los use constantemente. Los enfermos, aunque desprovistos de laringe, llegan á hablar relativamente bien, ya dejando pasar el aire á través de los tejidos de la cicatriz, como lo hacía el operado por el Dr. Péan, ó ya almacenándolo en la boca. Llegan también á tener un lenguaje comprensible, por un procedimiento pa-

(1) Comunicación oral.

recido al de algunos traqueotomizados, cuyo órgano vocal se hace impermeable.

Recuérdese, además, que en el período de cicatrización suele ser excesivo el desarrollo de mamelones en la herida, y, á duras penas, puede mantenerse la libre comunicación de la cavidad bucal con la parte superior de la cánula. Si el éxito corona las tentativas, se dilatará la abertura por los procedimientos de costumbre, de que ya he hablado á propósito de las estenosis sífilíticas. (Véase tomo I, pág. 326.)

Tales son los diversos medios de que podemos disponer para combatir el carcinoma de la laringe, afecto el más grave y más doloroso que podemos tratar.

[Hállase de todo punto fuera de duda que el tratamiento radical de los tumores benignos de la laringe, conocidos con el nombre de pólipos, es pura y simplemente el quirúrgico, ora sea utilizando el raspado, bien la avulsión con cualquiera de las distintas clases de pinzas conocidas, ya, en fin, empleando la destrucción mediante la galvanocaustia.

El tratamiento de los tumores malignos reclama siempre, ó por lo menos la inmensa mayoría de las veces, la extirpación completa ó incompleta del órgano vocal.

Aun cuando, como afirma con mucha oportunidad Chiari, los cáusticos químicos son, ó ineficaces ó peligrosos, para combatir ó destruir los pólipos laríngeos, he de exponer los más comúnmente usados en la práctica laringológica, ya que el autor no los menciona siquiera, y, por desgracia, no se hallan tan en absoluto relegados al olvido en la clínica, cual debiera ser.

El más empleado es el *nitrate de plata* en sustancia. Y esto no tendrá su explicación en los más numerosos y mejores éxitos obtenidos, pues, como advierte Schrötter, es incapaz de hacer desaparecer la *menor cantidad de tumor*, y ni aun la más ínfima parte de los nódulos de los cantantes.

Con efecto, el azoato argéntico sólo obra muy superficialmente, pues al formarse el *albuminato de plata* en las primeras capas de los tejidos, se opone ésta, por sí misma, á que penetre á ulteriores profundidades.

Á lo sumo, pues, cabrá utilizarlo, á ejemplo de lo que hacen Störck y Schnitzler y de lo que la práctica de la cirugía comprueba á diario, para reducir las infiltraciones localizadas (granulaciones, tracomas, etcétera), que suelen presentarse en el curso de las laringitis antiguas.

También tiene sus indicaciones la piedra infernal, inmediatamente después de extirpado un pólipo, para causticar el punto de implantación del mismo, con objeto de impedir su reproducción.

De no disponer de la cánula *ad hoc* ó del porta-cáusticos de gotieras laterales, es preferible transportar el nitrato argéntico á las profundidades de la laringe, sirviéndonos de una sonda ó, mejor, de un porta-algodones laringeo, provisto en su extremidad de un poco de algodón en rama en forma de pincel.

Previo y recientemente pulverizado el nitrato de plata, se coge un poco de este polvo con el extremo de la sonda ó porta-algodones referidos, y de este modo se puede llevar al punto que se desee — siempre, claro está, sirviéndonos del espejillo laringoscópico — sin los peligros y temores á que expondríamos al enfermo, de utilizar la práctica seguida en Viena por Störck, quien lleva un trozo de piedra infernal sujeta á una sonda laringea de plata, ó cogida entre los dientes de una pinza laringea. Por seguridad que tenga el operador en sus manos, no debemos seguir nunca esta práctica, pues cabe muy en lo posible el que, en un momento dado, por un movimiento involuntario del enfermo ó del médico, se escape el cáustico á través del espacio glótico, cayendo en la tráquea, ó sea retenido ó cogido por la misma glotis, ó se desprenda y caiga en el esófago, etc., etc., circunstancias imposibles de acaecer con el procedimiento que antes aconsejo.

La *potasa cáustica* es peligrosa, toda vez que cauteriza muy profundamente, y tiene además el inconveniente de ser delicuescente, y, por lo tanto, de fundir los tejidos que circundan al punto donde se ha colocado.

Chiari (de Viena) la usa tan sólo para destruir de un modo definitivo los papilomas laringeos que recidivan á menudo, y para combatir las estenosis membranosas ó cicatriciales de la glotis. En ninguno de los dos casos me he atrevido jamás á emplearla; pero de hacerlo alguna vez, nunca lo sería en el tratamiento local de las mencionadas estrecheces.

Digo lo mismo que de la potasa cáustica, del *ácido crómico*.

Siempre deberemos utilizar el galvanocauterio, cuando queramos efectos causticantes. Claro está que no se halla desprovisto de peligros; que hay que manejarlo con exquisita prudencia y que puede determinar accidentes importantes.

Aparte de los accidentes del momento (cauterización en otros puntos distintos al que se desea, etc.), es factible de producir la galvanocaustia una tan intensa reacción, aun en una laringe relativamente sana, que puede dar lugar á un edema considerable, el cual á su vez reclame con extrema urgencia la traqueotomía.

Otro inconveniente resulta de la misma causticación, pues muchas veces, por cuidado que se lleve y seguridad de mano que tenga el operador, es posible hacer algún tanto profunda la puntura galvanocáustica, y resultar de ello consecuencias desagradables según la parte

de la laringe en que aquélla haya recaído. Ejemplo lo tendremos, si se ejecuta la causticación sobre un neoplasma implantado sobre una cuerda vocal, y ha profundizado tanto aquélla, que sobreviene más tarde una retracción cicatricial; ésta dará lugar á una afonía ó alteración de la voz con carácter definitivo.

Sólo autoriza Chiari las causticaciones galvanocáusticas en la laringe en casos de lesiones graves, como papilomas recidivantes, lupus, escleroma, etc., etc.

Respecto á los procedimientos operatorios enumerados y perfectamente descritos por el autor, sólo he de añadir, por la importancia pedagógica que encierra, lo que á propósito de la *tirotomía desde el punto de vista de sus indicaciones, de su manual operatorio y de sus resultados*, dice el Dr. Brindel en su monografía (de este modo titulada), impresa en París por Octave Doin en el pasado año de 1895.

Según el Dr. Brindel, está *indicada* la tirotomía:

a) Cuando ciertos traumatismos, con desorden de los fragmentos, ó ciertas cicatrices endolaríngicas, consecuencia de aquéllos, reclaman la abertura de la tráquea á fin de restablecer la indispensable función respiratoria, y una abertura de la laringe destinada á conceder al órgano su función necesaria para la vida de relación.

b) Cuando existen estenosis cicatriciales rebeldes á los demás medios de dilatación (estenosis consiguientes á la prolongada estancia de cuerpos extraños en la laringe, ó á tentativas algún tanto violentas é infructuosas para extraerlos, sobre todo si son ásperos é irregulares; estenosis debidas á las afecciones sífilíticas curadas, ó que han producido, ora adherencias entre las cuerdas, bien neoformaciones en forma de válvulas, ya, en fin, estrecheces más ó menos anulares del órgano en su totalidad; estenosis dependientes de válvulas congénitas ó de puntos membranosos).

c) Cuando un cuerpo extraño implantado en la laringe no puede extraerse por las vías naturales á causa de su forma, asperosidad, orientación ó por las alteraciones locales que en el sitio ó en las vecindades ha provocado.

d) Cuando un tumor benigno de la laringe no se presta á ser operado por la vía interna á causa de su situación, su consistencia juntamente con su volumen, la amplitud del punto de su implantación, su número ó su tendencia á la reproducción, ó por su vascularidad.

Añádase á lo apuntado los inconvenientes que resultan de la repetición de las operaciones endolaríngicas (cocainización repetida que llega á producir crisis nerviosas, excitabilidad nerviosa del individuo, suscitada por el medicamento ó las maniobras, posibilidad de transformarse el tumor de benigno en maligno, etc.); y

e) Cuando existe en la laringe un tumor maligno intrínseco, *bien limitado*, y que todavía no ha infiltrado el esqueleto cartilaginoso del órgano.

Hállase *contraindicada* la tirotomía, tan sólo en los casos de debilidad del sujeto, por temor al *shock* operatorio, pues si bien la edad juvenil hace difícil la operación, no constituye una contraindicación absoluta.

De las distintas laringotomías, únicamente la tirotomía vertical es la racional. La laringotomía subhioidea y suprahioidea merecen más bien el calificativo de faringotomía, pues que no pueden considerarse cual operaciones capaces de dar acceso á la cavidad del órgano vocal. La contemporánea abertura del tiroides y del cricoides debe condenarse, porque si el tumor se halla contenido por completo en las proximidades de la glotis, basta la tirotomía, al paso que si ha invadido la mucosa intracricoidea, no resulta suficiente la abertura de la laringe, sino que se impone la laringuectomía. Por otra parte, manteniendo intacto el cricoides, evita las deformaciones consecutivas de la laringe, mientras que en osificación en el adulto, se oponen en absoluto á la separación de las dos mitades cortadas.

Raras veces podremos ahorrarnos de practicar la traqueotomía, debiendo ejecutarla en la misma sesión que la tirotomía, á menos que necesitemos hacerla antes.

Verdad es que existen observaciones en las que no fué precisa la traqueotomía, mas ¡cuántas se citan en las que hubo imprescindible urgencia de abrir la tráquea ante el peligro de sofocación!

El autor refiere dos casos del Dr. Moure, de tirotomía por papilomas, en los que se manifestó al día siguiente de la operación un edema peligroso de los repliegues ariepiglóticos, y eso á pesar de tener colocada en la tráquea la cánula.

El peligro á la complicación de la bronco-neumonía como consecuencia de la traqueotomía, además de no ser tan próximo, cual se dice, le parece al autor mucho menos terrible — y es verdad — que el de la asfixia rápida.

Por otra parte, la traqueotomía previa permite ejecutar la tirotomía con calma y tranquilidad, evitando muy especialmente los golpes de tos provocados por la sangre y mucosidades procedentes de la boca, tráquea y bronquios.

Teniendo, pues, en cuenta que la tirotomía practicada en la misma sesión que la traqueotomía no añade ni aumenta gravedad por el acto operatorio en sí, y considerando que en el intervalo que medie entre la traqueotomía y la tirotomía puede adquirir un tumor un rápido desarrollo, pasando los límites del órgano para el momento de la segunda intervención, es de parecer el autor que se debe optar por

la tráqueo-tirotomía contemporánea, salvo el caso en que, por los accesos de sofocación extrema, se imponga la abertura de la tráquea aun cuando no se esté en condiciones para llevar a cabo la tirotomía.

La cloroformización será objeto de la más exquisita vigilancia y atención especial. La más perfecta hemostasia hay que obtener antes de la abertura de la tráquea, valiéndose de la cánula de Trendelenburg de chapa, modificada por el Dr. Moure. Consiste la modificación en que la rama macho móvil que sostiene la segunda cánula se coloca hacia abajo y a la derecha, y la chapa terminal sube más allá del orificio de la cánula, con lo que no se cubre la porción del campo operatorio correspondiente á la membrana crico-tiroidea.

La cánula traqueal no conviene quitarla hasta lograr la curación completa de la herida laríngea, y después de un lapso de tiempo suficiente para comprobar la no recidiva *in situ* del tumor.

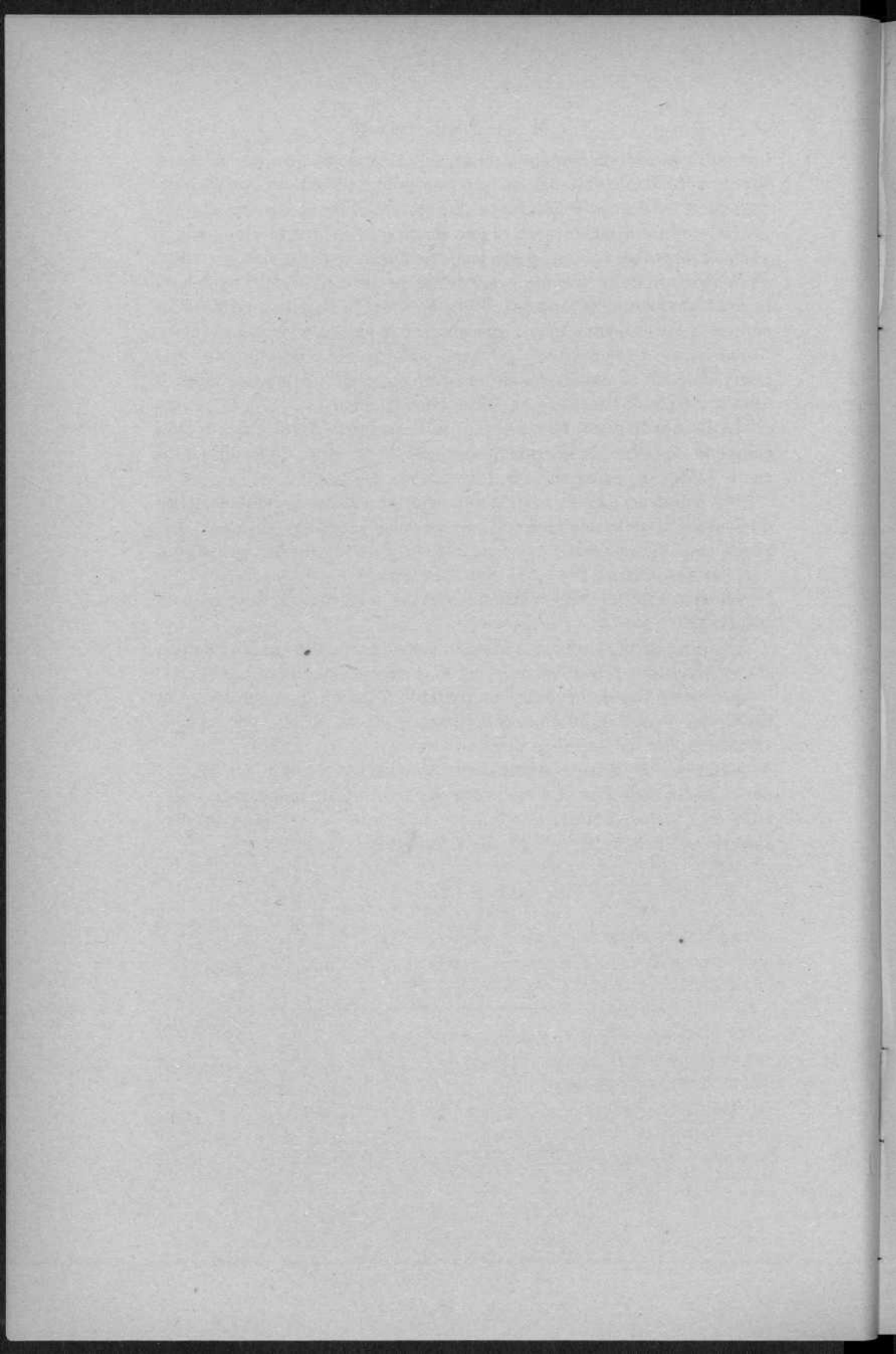
Las consecuencias de la tirotomía son inmediatas y remotas. Hay que sumar á las complicaciones enumeradas el estado sincopal, que puede considerarse como de origen reflejo, y que hasta hoy se atribuía á la cloroformización.

La tirotomía no pone obstáculos ni impide el ulterior desarrollo de la laringe.

Las dos alas del tiroides se sueldan por un tejido fibroso muy denso, al cual sustituye, probablemente, con el tiempo, un tejido cartilaginoso.

Los trastornos de la respiración y de la fonación, consecutivos á la tirotomía, no son imputables á la abertura de la laringe por sección vertical media del cartílago tiroides.

Estas cuatro últimas conclusiones las formula el autor, convencido por experiencia personal de laboratorio. Termina su monografía relatando seis historias clínicas de tráqueo-tirotomía, de las cuales dos pertenecen al Dr. Brindel.] — DR. C. COMPAIRED.



Heridas de la laringe.

Sumario. — Definición. — Describense con las heridas del cuello. — Etiología: heridas quirúrgicas y accidentales; frecuencia; sitio; mecanismo de la herida, según el instrumento que se emplee para producirla. Sintomas: A. La herida es ancha; el derrame de sangre abundante; la respiración ofrece caracteres particulares; es posible la asfixia inmediata; desórdenes de la voz y de la deglución. — B. La herida es estrecha; el enfisema y el derrame de sangre constituyen los principales caracteres. — Valor del examen laringoscópico. — Diagnóstico; es ordinariamente fácil. Anatomía patológica. — Complicaciones. — Formación de abscesos. Sufusiones purulentas. — Curso. — Duración. — La terminación varía, así como el pronóstico. — Tratamiento inmediato y ulterior.

DEFINICIÓN. — Designaremos bajo el nombre de soluciones de continuidad del órgano vocal, las producidas por instrumentos punzantes, cortantes ó contundentes, ó las que se originan de fuera á dentro, ó mucho más rara vez, de dentro á fuera, por homicidio, suicidio ó por un accidente cualquiera.

HISTORIA. — « Las heridas de la laringe, de la traquearteria y del esófago, no se han descrito nunca aisladamente; entrando, para todos los autores, en el historial de las heridas del cuello, cuyo capítulo forman. » Así se expresaba el Dr. Horteloup en 1869, al principiar su tesis de agregación. Efectivamente: es preciso llegar á la presente época para encontrar un trabajo de conjuntó sobre la materia que va á ocuparnos.

Hasta entonces no se encuentran más que hechos aislados, como los de Habicot, Dionis, Garengot, Van Swieten, y algunas observaciones consignadas en la clínica de Larrey, cuyo interés hace resaltar en su trabajo el mencionado Dr. Horteloup. Desde 1869, la ciencia se ha enriquecido con nuevos casos tomados de la cirugía militar y de las estadísticas publicadas, ya por los médicos americanos con motivo de la guerra de secesión, ya por los alemanes en sus relatos de la guerra franco-alemana.

ETIOLOGÍA. — Estas lesiones de la laringe pueden ser intencionadas ó producidas por accidente, y de aquí dos grandes divisiones: 1.º, heridas quirúrgicas, y 2.º, accidentales.

A. Heridas quirúrgicas. — Los motivos que pueden inducir al cirujano para que abra la laringe son relativamente bastante raros, sobre todo desde la invención del laringoscopio, por cuyo medio se practican actualmente *por vías naturales* la mayor parte de las maniobras necesarias desde antiguo para la abertura del órgano vocal. Sin embargo, todavía hay que pedirle recursos; como en los casos de laringotomía inter-cricoidea cuando se quiere proporcionar una vía al aire ó facilitar la expulsión de un cuerpo extraño. Puede, además, decidirse la laringotomía, para extirpar neoplasmas demasiado voluminosos ó ampliamente sesiles, que no podrían operarse con ayuda del espejo.

Citaré los traumatismos acarreados por tentativas de exploración desgraciadas. Son estas últimas de tan poca importancia, que no hemos de detenernos en ellas.

B. Heridas accidentales. — Designase generalmente con el nombre de heridas verdaderas las que resultan de accidentes, las cuales constituyen la segunda categoría de nuestra clasificación.

Reconocen un número considerable de causas: suicidio frustrado, homicidio, luchas á mano armada, soldados sometidos á los azares de la guerra, y también han podido producirse bajo el influjo de ciertas causas fisiológicas.

Es raro comprobar heridas por instrumentos punzantes en los que quieren suicidarse, porque este accidente, por lo demás poco frecuente, se produce por armas afiladas (bayonetas, espadas, estiletos) ó por algún instrumento puntiagudo (clavo ó pieza de metal aguzada).

Por el contrario, las lesiones por instrumentos cortantes son mucho más comunes. Las heridas del cuello se hacen por medio de cortaplumas, cuchillos, y, sobre todo, de navajas de afeitar, y ha habido casos en que fueron practicadas con afilados trozos de hierro. Larrey refiere el ejemplo de un músico que, con un cuchillo, cuya lámina no tenía más que dos pulgadas de longitud, se hizo en la laringe una incisión cuya longitud era de más de tres pulgadas. Se ven también locos que afilan mangos de cucharas, con los que se cortan el cuello.

En cuanto á las lesiones resultantes de tentativa de homicidio, la mayor parte se producen con instrumentos cortantes, cuchillos, hachas, machetes, puñales, sables, y, finalmente, por herramientas de distinta variedad, las cuales no hace falta mencionar.

Las heridas por arma de fuego serían acaso las más frecuentes si, en tiempo de guerra, pudieran las heridas someterse á un examen in-

mediato. En efecto: es probable que, conociendo la gravedad de los síntomas que las acompañan á menudo, deben morir por hemorragia muchos soldados, sin que se haya logrado tener cuenta exacta del estado de las lesiones. El Dr. Petit, en su tesis inaugural (1889), ha podido llegar á un total de 64 observaciones de traumatismos de este género, producidos por armas de fuego.

Hanse citado otras causas capaces de atacar al órgano vocal. Ora un niño, al jugar, se introduce una aguja en la laringe; ora este órgano es herido por una astilla de cápsula ó atravesado por una pica de hierro (Legouest). Además, al decir de Boerhaave, Velpeau y Guéneau de Mussy, los esfuerzos de la tos y de los vómitos pueden acarrear desgarrros de la laringe.

FRECUENCIA.—Brière de Boismont dice que, en 4.595 suicidas, hay 121 por sección del cuello; la estadística establece, además, que los hombres que atentan contra su vida valiéndose de armas cortantes, están, con relación á las mujeres, en la relación de 8 á 1. Witte, consultando las obras de cirugía militar, no pudo encontrar más que 6 heridas de la laringe entre 10.000. Horteloup dice en su trabajo, haber podido reunir más de 100 observaciones de esta clase. Yo acabo de decir poco há, que el Dr. Petit refirió en su tesis inaugural ó resumió 64 casos de heridas por armas de fuego en esta región.

SITIO.— Los puntos interesados varían mucho; Durham, en 158 enfermos, nota que hubo 64 veces heridas de la laringe, y que, en 45, la lesión recayó en la membrana tiro-hioidea. En 58 casos analizados por Horteloup, el traumatismo recayó 36 veces en el espacio que separa el hueso tiroides del borde superior del primer anillo de la tráquea. Según Sabatier, debe considerarse como sitio más frecuente de las heridas transversales, la membrana hio-tiroidea. Malgaigne es de opinión contraria y, para sostenerla, se funda en este hecho: « que en los jóvenes, en los hombres ó en las mujeres en que el cuello es corto y la laringe pronunciada, el instrumento no puede obrar tan alto. » Un examen de 24 casos le hizo observar que sólo 6 veces recayó la lesión en la membrana hio-tiroidea. El mismo autor admite, fuera de esto, que los jóvenes se hieren con más frecuencia en la parte superior, mientras en los ancianos, por el contrario, la sección recae de ordinario más abajo del cartilago cricoides, dando como razón de este hecho, que las personas de edad experimentan demasiada dificultad para levantar la cabeza.

MECANISMO.— Tratando el Dr. Horteloup de inquirir el mecanismo por qué pueden producirse las heridas de la laringe, ha compro-

bado que, casi siempre, se hacen de fuera á dentro. Las punturas de esta clase son sumamente raras, lo que se explica diciendo que, con frecuencia, tales heridas pasan inadvertidas, ó bien porque el que quiere suicidarse transforma en instrumento cortante la punta de que se sirve para hacer la primera herida. Así es que, en una observación que Laugier refiere, hundió un demente en su laringe la punta de un acerado cortaplumas, elevándolo después en todos sentidos, de forma que dividió en ocho partes el cartílago tiroides.

La dirección de las lesiones es variable; en efecto: pueden ser longitudinales, transversales y oblicuas. Á la primera categoría pertenecen las heridas quirúrgicas que de ordinario se practican en la línea media del órgano ó muy próximas á él. Las demás variedades se ven en los casos de suicidio ú homicidio, y pueden explicarse por el movimiento instintivo que el sujeto realiza llevando el cuchillo un poco lejos para producirse una herida de mayor longitud. Estas últimas están hechas generalmente de un modo franco y de un solo golpe de delante atrás, y como los individuos cuidan de proveerse de un arma bien afilada, se producen una incisión ancha, de bordes perfectamente limitados. El arma se dirige comúnmente de izquierda á derecha, á excepción de cuando el golpe se ha hecho por un zurdo ó del que se sirve de la mano izquierda. Cada extremidad de la herida puede no estar en el mismo plano, si el instrumento se cogió por la punta ó por el mango. Puede suceder asimismo que los bordes sean dentados, lo cual indica que el cuchillo obró á modo de sierra, ya por cortar poco, ya porque se manejó con rabia y mano insegura.

Cuando la herida laríngea se produce por arma de fuego, compréndese que vaya acompañada por grandes destrozos. Así, en el *Army Medical Museum* se encuentran cuatro piezas que presentan las particularidades siguientes: en la primera, el proyectil quedó enclavado en la parte superior del cartílago tiroides; en la segunda, una bala de pistola hirió la epiglotis, atravesando el cuello sin tocar vaso alguno, ni nervios importantes de la región; en la tercera, una bala atacó la porción superior y anterior del cartílago tiroides y fracturó el húmero, y en la cuarta, finalmente, una bala rompió desde luego el maxilar inferior izquierdo, atravesó después la membrana hio-tiroidea é hirió la epiglotis.

Reynaud refiere un caso en que aumenta el interés por el procedimiento de que se echó mano en la tentativa de suicidio. Tratábase de un monedero falso, quien, después de haber asido con la mano izquierda y atraído la laringe hacia delante, hundió por detrás y á la derecha de la laringe la hoja de un bisturí, cuyo corte miraba hacia delante. El corte recayó en la cara anterior de la faringe, la cara posterior del cricoides y las laterales, inmediatamente por debajo de los cuernos

inferiores del tiroides, la membrana crico-tiroidea y todas las partes blandas situadas en este punto.

Las heridas de dentro á fuera pueden atribuirse, bien á causas fisiológicas, ora á diversos traumatismos. He dicho ya que algunos autores consideran la tos y el grito como causas susceptibles de producir desgarros de la mucosa, cuyo carácter principal sería el enfisema. El hecho se demuestra menos por la acción de los traumatismos.

SINTOMATOLOGÍA. — Los síntomas varían según la extensión de la lesión, y también según el punto que interesan. Distinguiremos los síntomas que se ofrecen por las pérdidas extensas de sustancia, y los que se observan en lesiones limitadas.

A. Heridas extensas. — Cuando se hace en el cuello una incisión de considerables proporciones, resulta una herida cuyos labios pueden separarse mucho. Así, Quissac, citado por Horteloup, refiere un caso en que alcanzaba 86 milímetros, de tal suerte, que podía colocarse la cabeza de un feto. Dos condiciones favorecen tal separación, y son las siguientes: los esfuerzos respiratorios, y la posición particular de la cabeza; pero en ambos casos, la razón dominante tiende á la integridad más ó menos grande de los músculos del cuello. Efectivamente; si los músculos situados en la parte anterior de la región han sido respetados por el corte, es claro que la cabeza no tenderá á echarse hacia atrás, al paso que no sucederá lo mismo en el caso contrario.

Si se recuerdan bien los numerosos é importantes vasos que se hallan por delante de la laringe, y en especial los que se encuentran en los lados, se comprende fácilmente que toda herida un poco extensa debe acarrear un derrame de sangre muy abundante por regla general.

Las heridas de este género son en las que se tienen la costumbre de decir que se encuentran « bañados en su sangre, sumergidos en un mar de sangre ó inundados por este líquido. » Como Laugier ha notado, los peligros que resultan de la pérdida hemorrágica pueden aumentar más si existe alguna anomalía arterial.

La hemorragia abundante dista, como pudiera hacer suponer, de producir un resultado fatal; determina con bastante frecuencia, por el contrario, un síncope, merced al cual resulta una hemostasia, por cuyo medio han salvado la vida muchos heridos. Se han citado casos en que el síncope duró siete, ocho y hasta once horas, lo que proporcionó tiempo para socorrer á las víctimas.

El estado de la respiración varía esencialmente. Si se trata de una herida pequeña, podrá la expiración hacer que salpique la sangre, mientras que la inspiración dará lugar á la producción de un silbido particular, muy conocido por los que han practicado ó visto practicar

la traqueotomía. En las heridas de medianas dimensiones, se observa cierta retractilidad de los labios, cuya forma difiere según la herida sea longitudinal ó transversal.

Finalmente, cuando la sección recae sobre toda la circunferencia del órgano, puede notarse que la comisura superior, que cede á la acción de los músculos, es llevada hacia arriba, en cuya posición permanece fija, en tanto que la inferior, siguiendo los movimientos de la respiración, desaparece, durante la inspiración, en la profundidad de la abertura accidental.

La asfixia puede resultar, ora de la retracción de la extremidad inferior de la laringe, ora de causas muy variadas. Así, un derrame abundante de sangre que penetre en los bronquios, la obliteración de la laringe por restos flotantes en su cavidad, la caída de cartílagos seccionados ó del mismo cuerpo vulnerante, provocan á veces una sofocación instantánea.

La voz, que algunas veces queda por completo indemne, puede sufrir también graves alteraciones, particularmente si existe un corte de la membrana tiro-hioidea. Si se han interesado directamente las cuerdas ó los cartílagos, se comprobarán todas las alteraciones vocales fáciles de adivinar, lo mismo que si están atacados uno ú otro recurrente, se verán las perturbaciones musculares que corresponden á tales mutilaciones.

Los desórdenes de la deglución concuerdan perfectamente con el sitio y la extensión del accidente. Una herida, á la altura del cartílago tiroides, producirá un dolor vivo en los movimientos de la faringe, y los alimentos penetrarán en la laringe, si se cortó la membrana tiro-hioidea. En fin, tales desórdenes llegan al colmo, si la lesión interesa á la vez el órgano vocal y la faringe.

B. Heridas estrechas. — Todo lo que acabo de decir se contrae á traumatismos de grandes dimensiones, á los que evidentemente se hacen con instrumentos cortantes, pues cuando se trata de heridas pequeñas, son muy distintos los accidentes que se observan. Compruébase entonces la existencia de dos síntomas bastante característicos: el enfisema y los derrames sanguíneos.

Ambrosio Pareo había notado ya que, á consecuencia de una herida estrecha del cuello, veíase sobrevenir un enfisema considerable, y refiere un caso en que el mencionado síntoma se generalizó por todo el cuerpo «como un carnero que se hincha para despellejarlo». Es verdad que si los fenómenos se acentuaron tanto, debióse á que los labios de la herida se habían suturado. Cuando es muy pronunciado, quizá el enfisema pueda determinar alguna vez la asfixia. Es el único síntoma patognómico de las heridas hechas de dentro á fuera en las vías aéreas.

Cuando se trata de una herida pequeña, es raro tener que haberse las con una hemorragia copiosa. Generalmente, cuando ha sido lesionado un vaso de alguna importancia, se fragua en el interior de los tejidos un derrame de sangre, algunas veces bastante considerable, y esta colección sanguínea, ó se reabsorbe, ó determina una inflamación cuyo término final es la supuración.

El enfisema y la infiltración de sangre en los tejidos pueden ocasionar cierta compresión en la laringe, por lo que no hay que extrañar que la asfixia sea de una frecuencia mayor en las heridas pequeñas que en las que tienen mayores dimensiones.

En cuanto á los desórdenes de la voz, generalmente se marcan poco y pueden hasta pasar inadvertidos.

De intento he descuidado hablar del examen laringoscópico y de los resultados que éste puede suministrar. En los casos de extensas pérdidas de sustancia, indica el estado interior del órgano vocal si los cartilagos han sido separados, y en qué extensión ha interesado la lesión á la laringe. Se puede asimismo reconocer, por medio del espejo, el sitio exacto de la lesión cuando ésta se hizo de dentro á fuera; pero importa no echar en olvido que la inspección puede ser imposible, y que, por consiguiente, no podrá conseguirse indicación alguna.

DIAGNÓSTICO. — No hace falta detenernos mucho tiempo. Es de toda evidencia que la simple vista será muy suficiente para reconocer las grandes mutilaciones de esta parte.

En cuanto á las heridas pequeñas, puede ser más difícil afirmar que existen; sin embargo, la duda desaparece al cerciorarse de que el aire sale silbando á través de los tejidos de la región anterior del cuello.

En los casos dudosos, el enfisema, las alteraciones de la voz, los amagos de asfixia, el derrame de sangre, proporcionan indicaciones útiles, que con ayuda de los conmemorativos, conducen á la certidumbre.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Todas las heridas que se producen de fuera á dentro, van necesariamente acompañadas de lesiones de las partes blandas que las cubren. Comúnmente hay una correspondencia más ó menos directa, entre los desórdenes de la laringe y los de las partes próximas. Pero no siempre sucede así, porque el órgano vocal puede no estar más que ligeramente interesado, cuando, por el contrario, un corte ancho ha dividido los tejidos del cuello; á la inversa, puede existir una pérdida pequeña de sustancia de esta región, con una herida grande de la laringe, como sucede, por ejemplo, cuando se introduce á través del cuello un cortaplumas, cuya punta corta profundamente el tiroides en todos sentidos. Del mismo modo, el orificio

de entrada de una bala puede ser muy estrecho y, sin embargo, estar los cartilagos casi totalmente rotos.

Los bordes de la herida serán perfectamente limpios ó, por el contrario, contusos y magullados, según la naturaleza y la forma del agente vulnerante. Entre las partes que pueden ser atacadas, es preciso citar: los músculos del cuello, las arterias carotideas, las tiroideas, seccionadas las venas con más frecuencia que las arterias y, según toda probabilidad, en ciertos casos, los nervios simpático y pneumogástrico, ó sus ramas recurrentes.

He indicado las partes del órgano que pueden ser atacadas de ordinario, y no volveré á insistir sobre ello. En cuanto á las lesiones propiamente dichas, varían mucho, siendo desde una simple perforación de un cartilago, hasta la desorganización completa.

Las heridas por armas de fuego ofrecen, sobre todo, este último carácter, porque ocasionan fracturas irregulares del cartilago, al que dividen en pedazos y á menudo arrancan toda ó parte de la laringe.

COMPLICACIONES.—Las heridas de la laringe distan mucho de presentar siempre una gran simplicidad: pueden complicarse con accidentes primitivos y con accidentes secundarios. Entre los primeros, basta citar la entrada del aire en las venas del cuello y la muerte repentina, su consecuencia ordinaria. No es raro tampoco que un balazo ataque ó lesione al mismo tiempo el órgano de la voz, gane las partes próximas y hiera también la columna vertebral, el maxilar ó el esqueleto de la caja torácica. Basta indicar la posibilidad de tales desórdenes, para que no sea necesario insistir.

Los accidentes secundarios se representan, en especial, por los abscesos y las colecciones purulentas. Los abscesos se forman en particular en las heridas pequeñas. El pus se absorbe en el mismo punto en que se forma, ó se esparce lejos, determinando graves accidentes. Complicaciones muy tardías y de un carácter algunas veces muy grave, son las fistulas y las estrecheces; alguna vez transitorios, los trayectos fistulosos suelen hacerse permanentes, y entonces reclaman operaciones especiales. En cuanto á las estenosis, su intensidad varía de ordinario con el grado de desorganización del armazón cartilaginoso del órgano.

CURSO.—DURACIÓN.—Uno de los primeros síntomas consecutivos á las alteraciones que constituyen la materia de este estudio es la inflamación, especialmente en las heridas de grande extensión. Esta flogosis se presenta al cabo de dos ó tres días ordinariamente, y desaparece con rapidez, sin que acarree supuración. Mas, como ocurre con mucha frecuencia, los bordes de la herida son irregulares y dentados, no siendo raro que se esfacele.

Un hecho muy digno de notarse cuando se estudian las historias de herida de la laringe, es la poca gravedad que entrañan algunas, las cuales, sin embargo, no dejan de ser muy extensas. La curación se efectuó con rapidez, al cabo de quince días ó tres semanas, según dicen los autores; pero es claro que, en los casos complicados, el curso puede ser demasiado largo, y con un éxito menos feliz.

TERMINACIÓN. — Las heridas de la laringe pueden terminar de tres modos principales: 1.º, por la muerte; 2.º, por la curación, y 3.º, por desórdenes permanentes.

La *muerte* sobreviene en diversos periodos: en las primeras horas que siguen al accidente, por hemorragia fulminante; más tarde por asfixia y, finalmente, en el periodo inflamatorio, por fiebre traumática con septicemia, ó bien por el gran infarto que acarrea la sofocación.

La *curación*, ya lo hemos dicho, puede ser muy rápida. Horteloup ha encontrado que, en 19 casos de grandes heridas, sobrevino, por término medio, en treinta y dos días; para las pequeñas asigna cincuenta y siete días. La cicatrización puede efectuarse igualmente, por decirlo así, sin fenómenos de reacción.

Los *desórdenes permanentes* son las fistulas y la estenosis. Las fistulas pueden depender: 1.º, de una destrucción extensa del conducto; 2.º, de un desorden en la circulación; 3.º, de la necesidad en que se está de establecerlas para mantener la respiración. Las estrecheces pueden presentarse en diversos puntos, ya por debajo, ya por encima del orificio de la glotis, y pueden ser debidas al adosamiento de las paredes, á la soldadura de los repliegues ó de las cuerdas vocales, á la luxación de los cartílagos, etc.

PRONÓSTICO. — De todo lo dicho parece resultar que el pronóstico pierde gravedad cuando se descartan los peligros inmediatos para la vida del enfermo. Sin embargo, es menos favorable en lo que se relaciona con los trastornos funcionales.

Horteloup observa que, en 88 casos, hubo 67 curaciones y 21 defunciones, ó sea 23,8 por 100. En 21 heridas pequeñas, 10 curaciones y 11 fallecimientos, ó sea 52,3 por 100. Según el mismo autor, en seis heridas que habían atacado á individuos de más de cincuenta años, cuatro fueron seguidas de muerte, ó sea 66,66 por 100; en 30 recaídas en personas de menos de cincuenta años, no hubo más que ocho fallecimientos, ó el 26,66 por 100, lo cual demuestra la funesta influencia de la edad avanzada.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de las heridas de la laringe envuelve cuidados inmediatos y cuidados consecutivos.

Cuidados inmediatos. — Primera indicación, cohibir la hemorragia cuando se presenta demasiado pronto y amenaza, por su abundancia, poner en peligro la vida del enfermo. Se deberá buscar el vaso lesionado y practicar la ligadura, si no basta la torsión. Convendrá ligar, no sólo las arterias, sino también las venas, que en la región del cuello tienen un calibre especial y obedecen á leyes fisiológicas particulares.

Cohibida la hemorragia, se procede á limpiar antisépticamente la herida y asegurarse bien de que no hay fragmentos cartilagosos, ni pedazos de lienzo que puedan oponerse á la cicatrización y provocar una supuración interminable.

Si amenaza la asfixia, es preciso buscar las causas que puedan producirla, y si há lugar, practicar la traqueotomía para proporcionar al aire libre entrada en los pulmones. Cuando la sangre se derrama en la laringe, y los vasos no pueden atacarse directamente por la estrechez de la herida ó por otra causa, se debe traqueotomizar y colocar la cánula-tapón.

En cuanto á las partes blandas, convendrá quitar los obstáculos que mantienen su abertura, porque, obrando de este modo, se puede evitar al mismo tiempo el enfisema y vigilar las hemorragias secundarias que puedan presentarse. Se recubrirá la herida con cura antiséptica, y mantenido el enfermo en su cama, con la cabeza un poco inclinada hacia delante para obtener más fácilmente la reunión.

En heridas pequeñas con enfisema, se combatirá éste por la escarificación.

El tratamiento de las fistulas y el de las estenosis es el que ya conocemos.

Fracturas de la laringe.

Sumario — Un poco de historia; son lesiones bastante raras. — Etiología: es compleja; influencia de la edad, de la osificación de los cartilagos — Estadísticas. — Patogenia y mecanismo de las fracturas; es necesario que se inmovilice el cartilago atacado. — Sintomatología. — Deformidades exteriores; crepitación; enfisema. — Examen laringoscópico: desórdenes funcionales; dolor; dispnea y sus diversas variaciones; fonación; dificultad de la deglución; expectoración. — Diagnóstico: es ordinariamente fácil. — Anatomía patológica: varia según el cartilago fracturado y la importancia de la lesión. — El curso es variable y el pronóstico grave. — Tratamiento. ¿Es preciso practicar la traqueotomía y reponer los fragmentos? — Dilatación de la laringe.

HISTORIA. — Si nos detenemos á recordar un momento la estructura particular del armazón del órgano vocal, compuesto totalmente por tejido cartilaginoso, y si, por otra parte, nos representamos la situación de la laringe por delante del cuello y sus medios de fijación con las partes que la rodean, se comprenderá fácilmente cuán raras son sus fracturas. Así que no sorprenderá saber que su historia pertenece, de un modo casi exclusivo, á la cirugía contemporánea.

En efecto: hasta los autores de los comienzos de esta ya agonizante centuria no encontramos casos del género que va á detenernos en la presente lección. Debo, sin embargo, y rindiendo el tributo que la verdad merece — y esto para ser completo — decir que Monteggia y Morgagni hicieron ya una sencilla alusión á esta materia, puesto que el último, en su carta vigésimanona, señala de una manera muy sucinta las fracturas de la laringe que puede acarrear la suspensión.

Después se publicaron algunas observaciones; pero no constituyen más que simples casos esparcidos, debidos, ya á cirujanos (Landoz, Marjolin), ya á médicos legistas (Cazauvieilh, Devergie). En cuanto á los autores clásicos, como J. L. Petit, Desault, Boyer, Dupuytren y Nélaton, no mencionan en sus obras las fracturas de la laringe, sobre las cuales, por lo demás, no se encuentra indicio ninguno en los treinta volúmenes del *Dictionnaire*.

Malgaigne, en su obra, consagra un capítulo especial á esta clase de lesiones; pero todavía no habla más que de fracturas por causa directa y por la suspensión ó ahorcamiento. Lo que el eminente cirujano hizo, no fué más que plantear en la pizarra un problema que habrían de resolver sus sucesores.

La primera monografía importante consagrada á este asunto se debe á Cavasse, quien, en 1859, eligió tal tema para su tesis inaugural, y en la que menciona los experimentos hechos en el cadáver, y relata algunas observaciones inéditas.

Gurlt, de Berlín, hizo igualmente en el cadáver experimentos, que lo condujeron á establecer interesantes conclusiones sobre el mecanismo de las fracturas y sobre su tratamiento, consignando el fruto de sus investigaciones en la segunda parte de su *Traité des fractures*, publicado en 1864.

Reuniendo todos los casos conocidos hasta el presente, pudo llegar Henocque, en 1868, á un total de 52 observaciones, de las que dió un análisis, bastante corto por cierto, en una colección de artículos insertos en la *Gazette hebdomadaire* de 1868. En este estudio, parece que le preocupan de un modo singular las diversas causas de roturas de la laringe, la gravedad que pueden entrañar, y, finalmente, el tratamiento conveniente que habrá de usarse.

Citaré todavía el artículo de Böckel en el *Dictionnaire* de Bailliére; las observaciones de Frédet, Béchade, Langlet y Koch; la tesis de Mussa (1872), en la que el autor se declara resuelto partidario de la traqueotomía preventiva; un caso de Panas, publicado en 1878 en los *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, y, finalmente, la tesis de Caterinopoulos, en la que se consignan gran parte de los hechos que acabo de mencionar. Esta tesis, aunque publicada en 1879, es aún el trabajo más completo que sobre esta materia poseemos (1).

En la actualidad, cóncense mucho mejor las afecciones de la laringe, y se somete cada caso á un más severo análisis; parece, sin embargo, que no ha aumentado el número de las fracturas de este órgano de una manera notable, lo cual permite que se consideren como bastante raras.

Yo mismo, con una práctica de muchos años y con un conjunto bastante considerable de hechos, no he encontrado sino dos ó tres casos. Esta es, pues, la opinión de los modernos autores que han expuesto su juicio en los libros clásicos sobre las enfermedades de la laringe.

ETIOLOGÍA. — Dos razones principales se oponen á la frecuencia de

(1) La tesis del Dr. Bessiéres (1885) no es más que un resumen muy sucinto del del Dr. Caterinopoulos, y no contiene nada nuevo.

las fracturas de la laringe. Las diversas piezas que constituyen el armazón de este órgano, están, como he dicho poco há, formadas por tejidos cartilagosos, cuya elasticidad, muy grande, escapa á las causas habituales de estas lesiones. En segundo lugar, la laringe goza en la parte media del cuello de notable movilidad, y sus conexiones con las partes circundantes se verifican por medio de ligamentos suficientemente laxos para que pueda moverse de un punto á otro en determinada extensión. Se halla, sobre todo, íntimamente unida á la tráquea; pero como ésta forma con aquélla un tallo muy flexible, evítanse por tal causa la mayor parte de los inconvenientes que de semejantes relaciones pudieran resultar. Condiciones tan particulares pueden todavía favorecer la producción de las fracturas; volveremos más tarde á estudiar su mecanismo y patogenia.

Los estudios estadísticos de los autores parecen indicar que se observan con frecuencia mayor en la infancia ó en la juventud, y no en la edad madura. Gurlt nos enseña, en efecto, que de 16 individuos cuya edad anotó, 7 tenían de dieciséis á treinta años, y 9 de treinta á sesenta y siete años. Henocque, en 52 casos, encontró 16 cuya edad pasaba de veinte años; una vez también, el lesionado no tenía más que nueve años. En 5 enfermos, de Hunt, los fracturados sólo contaban de uno á cuatro años. Conviene prestar singular atención á las referidas cifras, porque hemos de vernos obligados á discutir su exacto valor.

Á propósito de las fracturas de la laringe, obtenidas por la tracción de este órgano por medio de una cuerda, hizo ya notar Morgagni que ni él ni Valsalva habían encontrado semejantes lesiones en los jóvenes, hecho que atribuía á la probable blandura de los cartilagos. Por otra parte, Marjolin escribió que «el cartilago tiroides ofrece en los sujetos de edad avanzada una textura análoga á la del tejido óseo y que puede fracturarse». Era bastante natural, en efecto, se preocupase en las modificaciones del tejido cartilaginoso y que las hiciese entrar en la etiología que nos ocupa.

El armazón del órgano de la voz puede osificarse; pero esto sucede en diferentes épocas, según los individuos y según su método de vida, como muy oportunamente hizo notar el Dr. Segond en los *Archives générales de Médecine* (1847). No entra en el programa de mi estudio recordar al por menor las diversas causas que, como el alcoholismo, la sífilis, etc., pueden acarrear la osificación de los cartilagos laringeos por senectud prematura; bastará señalar el hecho para que puedan deducirse las consecuencias convenientes.

Ahora bien: si es cierto que autores dignos de crédito, como Hering, Cavasse y Gurlt, cuyos experimentos no pueden contradecirse, han referido numerosos casos de fracturas de la laringe en los adolescentes y aun en los niños; si, por otra parte, no es menos exacto que siendo

una causa predisponente la osificación del tejido cartilaginoso, debieran estas lesiones observarse en los sujetos de edad avanzada; precisa ver en tales hechos una contradicción, más aparente que real, cuya explicación verdadera debiera parecer la siguiente: sucede en la laringe, cual ocurre en las demás partes del cuerpo, que se fractura con bastante frecuencia en la juventud y en la adolescencia, porque es el período de la vida en el que los individuos se exponen á las diferentes causas que pueden determinar soluciones de continuidad, como son: caídas, golpes de toda especie, traumatismos, etc. Si á esto se agregan ciertas diátesis que, como el alcoholismo y la sífilis por ejemplo, atacan más á menudo á los jóvenes, teniendo algunas veces una evolución rápida, se comprende que puedan ocasionar osificaciones prematuras de los órganos de la laringe, que, *ipso facto*, se harán partes *minoris resistentiæ*. Tales son, á mi juicio, las razones capaces de explicar esas fracturas, tan frecuentes en personas que no han llegado todavía á la edad madura.

Respecto del sexo, Gurlt nos enseña que, en 20 casos, corresponden diez hombres y diez mujeres.

La edad de los enfermos, y quizá su profesión, deben considerarse como causas predisponentes de las fracturas de la laringe, á las que se juntan las determinantes.

Todos reconocen que una presión fuerte en los lados de la laringe constituye uno de los medios más fáciles para producir la fractura, en cuyo caso, asida generalmente entre el pulgar y los demás dedos, se rompe bajo la influencia del esfuerzo. Cavasse notó que la división del cartilago tiroides se logra por este procedimiento, sobre todo cuando los sujetos son de cierta edad y se ejerce la constricción en la parte superior del cartilago. Si por este medio se rompe el cricoides con menos facilidad, no es óbice para que el hecho sea posible.

Más frecuentemente todavía, se observa la dolencia que nos ocupa á consecuencia de presiones directas en la cara anterior de la laringe, ya se hagan con la mano, ya mediante un golpe ó por un grave traumatismo producido por un instrumento contundente. Con frecuencia, los traumatismos son resultado del paso de una rueda de carro por el cuello ó por una caída de bruces, en cuyos casos, choca el tiroides directamente contra un objeto duro y saliente.

No está demostrado que la suspensión sea una causa común del traumatismo que nos ocupa, pues parece que es bastante raro encontrarla en esta clase de suicidio.

Señalaré los hechos que el Dr. Langlet comunicó en 1866-67 á la Sociedad de Anatomía, en que se trataba de fracturas de la laringe observadas en los enajenados, y que el autor atribuye á la estrangulación que produce la camisa de fuerza y á las violencias hechas por el

enfermo. La influencia de tales agentes se encuentra muy distante de estar demostrada, y he aquí por qué no me detendré en ello.

Las fracturas por balazos parecen ser excesivamente raras, pues Witte en 10.000 heridos no encontró más que cuatro ó cinco casos.

Finalmente, pueden considerarse como muy problemáticas las roturas de los cartílagos por contracción muscular violenta y rápida, porque estos traumatismos no se han demostrado suficientemente todavía.

Ahora bien, para dar una idea de la frecuencia relativa de las diferentes causas que acabo de enumerar, creo interesante pasar revista á la estadística de Hénnoque. Los 60 casos que este autor analiza se descomponen del modo siguiente: la fractura de la laringe se debió 15 veces á la compresión manual; 26 fué el resultado de caídas, y por accidentes ocurridos con máquinas y vehículos de ruedas; 14 veces debe atribuirse á la suspensión por ahorcamiento, y en 5 casos sobrevino en locos, sin que pueda precisarse la causa.

Hénnoque nos enseña, además, que 23 veces fué atacado el cartílago tiroides, mientras que el cricoides no lo fué sino en 7 casos; siete veces también hubo fractura simultánea de ambos cartílagos. En todos los demás, el hioides, la laringe y la tráquea estaban igualmente comprometidos. Gurlt encontró en 18 ocasiones la rotura aislada del tiroides y 5 sólo la del cricoides.

PATOGENIA Y MECANISMO — De dos maneras principales se efectúan las soluciones de continuidad de la laringe: ora por destrucción del tiroides debida á la aproximación exagerada de sus láminas, como la que se observa en una compresión manual bilateral; ya por la separación forzada de las mismas láminas, produciéndose la sección cuando se traspasa la elasticidad del cartílago. Vese, pues, cuánta exactitud hay en la comparación hecha entre estas lesiones y las fracturas de las costillas.

Las fracturas por aplastamiento no necesitan explicarse, porque es muy fácil comprender cómo se producen; pero no sucede lo propio cuando se deben á la separación de las valvas cartilaginosas. Si empleo semejante expresión, es porque tengo, sobre todo, presentes las fracturas del cartílago tiroides, más frecuentemente interesado; mas como las cosas pasan idénticamente en el resto del órgano vocal, se le puede aplicar lo que diré á propósito del tiroides.

Cuando la causa vulnerante hiere á la laringe por un lado, y ningún plano resistente la fija en el opuesto, la movilidad que habitualmente posee la permite escapar al choque. Por el contrario, se fractura con suma facilidad, cuando la laringe es atacada directamente de delante atrás, y se encuentra por esta causa aplicada contra la columna

vertebral, lo cual se observa bastante á menudo en los casos en que el cuello se halla en supinación, y la cabeza fuertemente echada hacia atrás. Existen estas condiciones de fijeza en los individuos que, repentinamente atacados, extienden con fuerza los músculos del cuello, y son heridos en esta posición.

La forma particular del cartilago cricoides hace que siempre sea atacado del mismo modo. La división se efectúa aquí por aplastamiento ó por estallido como si se tratase de una compresión digital, ó de una acción determinada por un cuerpo pesado y animado por cierta viveza, mientras el cricoides se halla fijo contra la columna vertebral.

Los demás cartilagos de la laringe, dado su pequeño volumen, no pueden romperse sino bajo el influjo de causas directas.

SINTOMATOLOGÍA. — Las fracturas de la laringe se traducen por dos clases de síntomas: 1.º, signos físicos; 2.º, signos funcionales.

A. Signos físicos — Cuando se trata de un accidente reciente, de una caída ó de un choque violento, no es raro comprobar una deformación manifiesta de la región cervical. Esta deformación consiste en cierto aplanamiento de la parte anterior del cuello, por hundimiento del cartilago tiroides que, en el estado normal, y principalmente en el hombre, forma un notable relieve, especie de sostén de las partes blandas. Por el contrario, cuando la fractura es producto de una violenta compresión bilateral, es exagerada la salida angulosa de la línea media.

No obstante, la deformidad del cuello no es un signo patognomónico, pues además de que puede faltar, puede suceder, si existe, que la oculte por completo el considerable infarto de las partes blandas sobrevenido al cabo de cierto tiempo.

En las personas delgadas cuyo cuello es bastante largo para que el armazón cartilaginoso de la laringe sea bastante apreciable á simple vista, en medio de las partes blandas, es fácil, en general, limitar claramente con los dedos las diversas piezas que la componen. Se le puede imprimir al órgano en cuestión ciertos movimientos, cuya extensión se conoce con exactitud. Pero sucede algunas veces, después de la fractura, comprobar, á beneficio de presiones laterales, que las láminas del tiroides se aproximan con facilidad y más de lo conveniente por sus bordes libres posteriores. Es fácil advertir bajo los dedos, al nivel del ángulo saliente del cartilago, una solución de continuidad que, con la movilidad anormal, puede, á falta de otro signo, y cuando no hay deformidad ni hinchazón, constituir casi el único sintoma de la rotura del cartilago tiroides.

Ciertos autores dicen haber comprobado la crepitación ósea ó cartilaginosa, según la edad del enfermo y el grado de osificación de los cartílagos laríngeos. Este medio no deja de tener cierta importancia diagnóstica, pero yo no me empeñaría mucho en buscarlo, porque no debe olvidarse la región en que se opera y, por consiguiente, los peligros inmediatos á que el enfermo se expone, si realmente existe una fractura. Convendrá tener cuidado de abstenerse de toda maniobra de este género, si no se quiere asistir al triste espectáculo de una asfixia, de la que podríamos ser autores involuntarios.

Si, no obstante, se cree útil buscar la crepitación, se la distinguirá de la que se produce en el estado normal cuando se frota contra la columna vertebral los grandes cuernos del cartílago tiroideos. Cuando se interesa la mucosa del órgano vocal, se produce cierto grado de *enfisema*. En tal caso, más bien representa un síntoma que una complicación, la cual se localiza, bien en el cuello, ora se hace general, invadiendo la cara ó la parte superior del tórax. Siempre indica un traumatismo grave, acompañándose de cierta separación de los fragmentos.

Omito intencionadamente las fracturas consecutivas á las heridas por armas de fuego con destrozos, que no describiré en esta lección.

El *examen laringoscópico* nos aclarará bastante á menudo el accidente morbooso, pero exige de parte de quien lo practica mucha costumbre y no menos circunspección, toda vez que tales condiciones no ponen todavía al abrigo de los accidentes que pueden sobrevenir, como acontece en los casos en que se busca la crepitación. Los autores no dicen absolutamente nada acerca de las investigaciones de este género, lo cual deja suponer que no se ha practicado nunca en semejantes casos. No tengo experiencia personal ninguna en este sentido; todo lo que puedo creer es que, en las condiciones posibles, el examen laringoscópico permitirá ver en el interior de la laringe una deformidad característica que confirma la que se ve exteriormente. Hará reconocer, además, la integridad ó alteración de la mucosa vocal, y la conducta que deberá seguirse según las circunstancias.

B Signos funcionales — Uno de los primeros caracteres de las fracturas de la laringe es el *dolor espontáneo* que los enfermos sienten. Á veces muy vivo al principio, no tarda en moderarse y hasta en desaparecer bastante pronto. Recordando los múltiples movimientos que la laringe ejecuta por la misma naturaleza de sus funciones fisiológicas, se concibe que el dolor se reproduzca con la mayor facilidad, sucediendo lo mismo cuando se quiere explorar el referido órgano, y durante los menores toques que se practican en la región anterior del cuello. Los movimientos de la lengua y los esfuerzos de deglución acarrearán sufrimientos más ó menos vivos.

La *disynea* es, sin contradicción, el accidente más grave y el síntoma capital de las fracturas del órgano vocal. Variable en intensidad, según los casos, puede faltar por completo en otras ocasiones, si bien esta circunstancia es excepcional.

Cuando la laringe padece graves alteraciones y los cartílagos que la forman sufren una completa desorganización, puede presentarse inmediatamente la disynea, porque habiéndose destruido la rigidez de las paredes, tan necesaria para la permeabilidad del órgano, obstruyen la glotis los fragmentos de cartilago, oponiéndose á la entrada libre del aire. Prodúcese el peligro de la asfixia, no sólo por la unión de las paredes en los esfuerzos inspiratorios, sino también porque, frecuentemente desgarradas y despegadas las cuerdas vocales en sus extremidades, oponen obstáculo á la penetración del aire en el conducto respiratorio. La luxación de uno ó de los dos aritenoides, al caer en el interior de la laringe, altera también la respiración en los casos en que esto tiene lugar.

Todas estas lesiones, combinadas, exponen al enfermo con más ó menos rapidez á una disynea, cuya súbita intensidad puede determinar la muerte por sofocación. Se observan entonces todos los fenómenos que caracterizan este accidente, como el color cianósico de la cara, enfriamiento de la piel, pequeñez del pulso, etc., etc.

La marcha de los trastornos respiratorios no presenta siempre los mismos caracteres; ora sobreviene desde el principio un paroxismo con terminación fatal, ora aumentan paulatinamente de intensidad para llegar á la apnea, más ó menos completa, en progresión creciente. La hinchazón y el infarto de los puntos lesionados ó el edema generalizado por la mucosa de la laringe, pueden agravar la alteración respiratoria.

Alguna vez, en los enfermos que se hallan en vías de curación, puede presentarse bruscamente la asfixia. En semejante caso, se trata casi siempre de fracturas múltiples con fragmentos movibles, de los que uno ha sido súbitamente desalojado. Tal fenómeno puede sobrevenir á consecuencia de la luxación del cartilago aritenoides, lo cual nos explicaría las muertes ocasionadas por un movimiento brusco, cosa que ha sido vista tres veces cuando el enfermo abandonaba el lecho ó acababa de satisfacer una necesidad.

Para que la *fonación* no sufra menoscabo, se impone como condición principal la de mantener la integridad del armazón cartilaginoso del órgano vocal, pues si las cuerdas han perdido su punto de apoyo, quedan imposibilitadas para cumplir sus funciones. La voz puede alterarse en diversos grados, desde la simple ronquera, hasta la más completa afonía. Tales desórdenes, que no es extraño verlos persistir hasta después de la curación, representan uno de los síntomas fundamentales de la fractura que estudiamos.

La *deglución* es á menudo dolorosa, á consecuencia de la tirantez de las partes, como también los esfuerzos que el enfermo hace para tragar son tan penosos como los que acompañan al hablar. Los alimentos sólidos no se pueden engullir, y en cuanto á los líquidos, sucede algunas veces que son necesarios bastantes días para que puedan penetrar sin dificultad.

En el momento en que el accidente se produce y cuando está lesionada la mucosa de la laringe, pueden presentarse accesos de tos con expectoración sanguinolenta; sin embargo, estos esputos sanguinolentos, en verdad bastante raros, no tardan en desaparecer. Si el punto fracturado comunica con el aire ambiente por una herida de la mucosa, puede originarse un foco purulento, y entonces la expectoración adquirir un olor fétido característico.

DIAGNÓSTICO. — Las fracturas de la laringe son muy fáciles de conocer en determinadas circunstancias, como por ejemplo, en los enfermos que presentan un aplanamiento manifiesto en la región anterior del cuello. Hay convencimiento pleno en el diagnóstico cuando se percibe la crepitación ó se imprime cierta movilidad á los fragmentos, sobre cuyas maniobras y peligros inherentes á las mismas he dicho ya lo bastante. El examen laringoscópico, que puede presentar los mismos inconvenientes, está sujeto á las mismas críticas, no debiendo practicarlo más que los peritos en la técnica laringoscópica.

Los síntomas funcionales tienen también su importancia desde el punto de vista del diagnóstico. Si los desórdenes de la voz son comunes con los que se observan en otras afecciones de la laringe, no sucede lo mismo con la dispnea, que adquiere en estos casos su máximo de intensidad. La expectoración sanguinolenta y el enfisema, son signos de una certeza casi absoluta; y si se agregan los conmemorativos, ya no es posible la duda.

Sin embargo, deben ser bastante numerosos los casos en que han pasado inadvertidas lesiones ligeras, tanto para los mismos enfermos, cuanto para los médicos á cuyo examen han podido someterse los pacientes. En los dementes, también han debido desconocerse traumatismos de mucha mayor importancia.

No basta determinar una fractura de la laringe; importa más todavía precisar cuál es el cartilago directamente atacado, porque el pronóstico variará mucho, lo mismo que la conducta que haya de seguirse.

Ya menos frecuentes, las fracturas del cricoides entrañan desórdenes mucho más graves, particularmente la dispnea, la cual debe despertar la atención del sujeto.

Las fracturas de los aritenoides, más difíciles de distinguir, pueden, sin embargo, reconocerse por medio del laringoscopio.

Las roturas del cartilago tiroides son más frecuentes, y ya nos hemos detenido en señalar sus importantes signos diferenciales.

Fuera de esto, precisa diagnosticar las diversas lesiones que pueden interesar las partes blandas; son variables y es bastante sencillo reconocerlas en la mayor parte de los casos.

En lo relativo al diagnóstico diferencial, creo que no existen lesiones con las que se puedan confundir, si no son las luxaciones de los cartilagos aritenoides consecutivas á un traumatismo; mas un examen concienzudo disipará el error que, por otra parte, perjudicaría poco á los enfermos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Cuatro piezas constituyen la laringe; dos impares: el cricoides y el tiroides; y dos pares: los aritenoides. Estos últimos, gracias á su poco volumen y también á su movilidad, sufren pocas fracturas, pues no se ha señalado hasta el presente más que un solo caso que Cavasse refiere, y en cuya autopsia se encontró «una fractura articular y una luxación del cartilago aritenoides derecho.»

Las fracturas del cricoides han ofrecido la particularidad interesante de que se las ha encontrado más á menudo en la parte posterior ó en los lados del anillo que en la parte anterior. Sin embargo, las dimensiones tan distintas de este cartilago hubieran podido hacer sospechar que la parte posterior quedaba indemne con frecuencia. Estas lesiones presentan siempre la misma dirección vertical, ó un poco oblicua, é interesan todo el espesor del cartilago.

Las fracturas del cartilago cricoides pueden ser únicas ó múltiples; en el primer caso se producen especialmente atrás y cerca de la línea media. Las fracturas múltiples son bastante frecuentes. Fredet refiere un caso en el que se veían tres, de las cuales la una, media y posterior, presentaba bordes tan limpios, que parecían hechos por un instrumento cortante; y las otras dos, situadas á la derecha é izquierda, por delante y en las partes laterales del cartilago, eran oblicuas de arriba abajo y de delante atrás, con una depresión por delante á cada lado, resultado del acaballamiento del fragmento posterior.

Si las fracturas del tiroides interesan siempre todo su espesor, no abarcan fatalmente toda su altura. Puede convencerse cualquiera de esta verdad, mirando la figura de Gurlt reproducida en el *Traité de Pathologie*, de Duplay. En efecto: vense en el tiroides cinco ó seis fisuras, de las que unas principian en el borde superior y no tocan al inferior, y las demás se limitan á la parte media, sin ganar ninguno de los dos bordes. Lo mismo sucedió en una observación referida por Landoz. «La fractura en forma de S tenía una longitud de 0,015 metros, y se extendía algunas líneas más abajo del borde superior de la porción derecha del cartilago, hasta su parte inferior, y después

desde el ángulo saliente formado por sus partes derecha é izquierda, hasta la unión de los dos tercios posteriores de la porción derecha con su tercio anterior.»

En cuanto á las *fracturas completas*, es decir, las que comprenden todo el espesor del cartilago, son muy comunes y pueden recaer en muy diferentes puntos. Ya son los cuernos del tiroides que «han sido fracturados»; ya, por el contrario, ha sido atacada la lámina. La lesión puede ser única, y es el caso más frecuente; pero suele suceder también que el cartilago esté desmenuzado por completo y entonces se trata de una fractura conminuta.

En 1859, Cavasse notó que la división única del cartilago afectaba un tipo bastante regular, y creía poder explicar esta regularidad por la existencia del cartilago medio de Rambaud, que, colocado entre las dos láminas, conservaría bastante tiempo una independencia relativa y no se confundiría con ellas hasta que se efectuase la osificación. Así, se observaría sobre todo en las fracturas laterales mientras no hubiese osificación, al paso que, más tarde, se presentarían las fracturas medias. Esta teoría de Cavasse y Rambaud han venido á confirmarla los hechos experimentales.

Empero esta regularidad en la fractura sufre excepciones, puesto que existen hechos clínicos numerosos en los que no se observan las reglas que parecía imponerles la teoría. En cuanto á las lesiones múltiples, escapan en absoluto á toda descripción particular.

Las alteraciones que pueden experimentar las partes blandas son muy variables. Si alguna vez se conserva el pericondrio, frecuentemente es lesionado al menos en una de sus caras. Langlet había sacado deducciones ingeniosas acerca del traumatismo, según el estado del pericondrio. Cuando la membrana que lo reviste estaba intacta en su cara externa, significaba, en opinión de este autor, que la fractura resultaba de una propulsión directa; por el contrario, cuando el pericondrio estaba ileso, su integridad atestiguaba que la solución de continuidad resultaba de una aproximación exagerada de sus láminas. Según el pericondrio haya sido más ó menos respetado, será más ó menos considerable la separación de los fragmentos cartilaginosos; poca ó ninguna en algunos casos, se podrá alguna vez introducir el dedo en la laringe á través de los pedazos.

La mucosa de la laringe, lo mismo que los músculos, pueden estar contundidos, equimosados y hasta magullados en bastante extensión, lo cual favorece eminentemente el enfisema consecutivo.

Si la causa vulnerante ha obrado con cierta violencia, ó cuando su acción ha recaído en una superficie relativamente grande, puede comprobarse la alteración de los cartílagos vecinos. Así, el hioides y la tráquea han sido atacados alguna vez por la misma causa.

Precisa citar como excepciones, los casos en que la fractura iba acompañada por herida del esófago, rotura de la vena yugular, fractura del maxilar inferior, de la clavícula, etc.

CURSO Y PRONÓSTICO. — Si el traumatismo debe curarse, lo efectúa por dos procedimientos distintos. En el caso de que el esqueleto laríngeo es cartilaginoso todavía, los fragmentos pueden unirse, ora por medio del tejido óseo, ya por medio del tejido cartilaginoso. No trato de indicar el proceso por el cual se opera esta reunión; baste saber que se ha querido hacer jugar al pericondrio un papel análogo al que se atribuye al periostio en las fracturas de los huesos.

Si el cartilago está osificado, la consolidación se produce del mismo modo que en los huesos largos.

Es evidente que un foco de supuración desenvuelto en el sitio de la fractura ó en su proximidad, retardará ó dificultará el trabajo de consolidación. Si la evacuación del pus, espontánea ó provocada, se hace con rapidez, podrá no retardarse mucho la reunión; pero si la colección purulenta persiste largo tiempo, puede acarrear desórdenes graves, como caries y necrosis de los cartilagos y fistulas consecutivas.

Todo lo que acabo de decir sobre las fracturas de la laringe deja traslucir suficientemente que el pronóstico es siempre muy grave, y he aquí uno de los puntos mejor establecidos de su historia. La mortalidad es muy considerable, pues entre 52 casos, Henocque contó 43 muertos y sólo 9 curaciones. Fischer, de 72 hechos, saca 56 muertos y 15 curaciones. Gurlt, sobre 37 observaciones, da 5 curaciones por el tratamiento paliativo, 5 por la traqueotomía y 27 muertos después de la precitada operación. El Dr. Bessières, en 48 casos, 32 terminaron por la muerte. Todos los autores se asombran de la gravedad particular que ofrecen las lesiones del cricoides; explicación que se obtiene por los peligros de asfixia resultantes del hundimiento de todo el armazón que sostiene la laringe.

Si la curación se realiza, el pronóstico dista mucho de ser benigno. Puede suceder que, por consecuencia de una cicatrización viciosa, se mantengan las piezas cartilaginosas en mala situación, de donde resultará una estrechez consecutiva de la laringe, que podrá hacer necesaria la colocación de una cánula permanente. Sin embargo, estas estrecheces podrán, en ciertas ocasiones, ser ventajosamente combatidas por una dilatación progresiva efectuada con inteligencia.

TRATAMIENTO. — ¿Qué conducta debe observar el médico en presencia de una fractura de la laringe? Las opiniones de los autores se hallan divididas en este punto; sin embargo, la mayoría está por la intervención inmediata. Nosotros creemos que es preciso hacer una

distinción importante, según las circunstancias. El peligro mayor á que un enfermo puede estar expuesto, después del traumatismo de la laringe, es la asfixia; pues para evitarla, no hay más que un medio verdaderamente eficaz: la traqueotomía. ¿Debe practicarse inmediatamente la operación, ó bien debe temerse que haya peligro en la demora?

Los partidarios de contemporizar se fundan, para sostener su opinión, en que ciertas fracturas presentan un carácter absolutamente benigno y no se revelan más que por un examen minucioso. Tal acontece, por ejemplo, en los enfermos en que no existe ninguna deformidad notable del cuello, cuya voz no está alterada, que no presentan dispnea, ni la menor dificultad en la deglución. Se podrá llegar á reconocer la lesión por una pequeña cresta en la parte saliente del cartilago tiroides, cuyas láminas se aproximarán, fuera de esto, por detrás muy fácilmente. En estos casos, nada de alteraciones profundas y apenas peligro de sofocación. Compréndese que, en semejantes circunstancias, el contemporizar está autorizado y, más todavía, debe considerarse como una medida prudente.

Sin embargo, no convendrá fiar mucho en las apariencias y calificar de leves, con demasiada precipitación, ciertas fracturas de la laringe, porque el menor hundimiento y la más pequeña deformidad deben despertar la atención, sobre todo cuando á estos signos se agregan desórdenes vocales, deglución difícil y esputos de sangre. Estaremos autorizados á esperar, si se tiene al enfermo en constante observación; pero con la condición de obrar con presteza, si lo exigen las circunstancias.

No habrá el menor motivo para dudar, cuando desde el principio se presenta la mayor parte de los signos que acabamos de mencionar y, preferentemente, si el menor amago de asfixia parece poner en peligro la vida del enfermo. La sofocación implica necesariamente la traqueotomía, que debe practicarse con urgencia, pues el menor retardo puede acarrear la muerte. Por lo demás, la operación no complica en modo alguno la lesión, puesto que son muy raras las muertes caecidas después de abrir las vías aéreas.

La traqueotomía puede también estar indicada, mucho tiempo después de la fractura, cuando se haya verificado una consolidación viciosa y exista además una estrechez laríngea bastante pronunciada para producir á su vez la asfixia. Acudiremos al peligro más apremiante, pero nuestro papel no termina aquí. Queda todavía tratar de volver al órgano su primitiva forma y coaptar los fragmentos cartilagosos. Cavasse propone, en su tesis, tratar de conseguir este objeto por las maniobras externas; pero entrañan un evidente peligro, para que aconseje su empleo. Chelins cuidaba de incidir los tejidos en la línea media, hendía la laringe en toda su longitud y en seguida colo-

caba en su sitio las partes fracturadas. ¿Qué habremos de pensar de la sutura de los cartílagos? El Dr. Panas habla de reemplazar la crico-traqueotomía por la tirotomía preventiva, á fin de tener separadas las dos mitades del conducto laríngeo hasta que el tiroides fracturado se consolide en buena posición. Creíase que éste era el mejor medio para evitar la estenosis. Semejante opinión es verdadera en parte; mas, sin embargo, por formidables que sean las estenosis, esto no obstante, son susceptibles de mejoría. Efectivamente, desde hace algunos años, se ha practicado muchas veces, y con éxito feliz, la dilatación de la laringe, ejecutada con mucha prudencia y paciencia.

La dilatación altera la voz mucho menos que la tirotomía, lo cual es una ventaja, además de que la dilatación no hace perder á las cuerdas vocales sus relaciones normales.

Cuerpos extraños de la laringe y de las vías aéreas

Sumario. — Definición. — Frecuencia; se han observado de todas clases. — División: cuerpos líquidos y sólidos. — Síntomas: la asfixia puede ser rápida y fulminante; accesos de sofocación en el principio; dolores; la tos es de ordinario sonora y ronca; caracteres de la voz y de la expectoración. — Examen de la laringe; puede ser negativo. — Peligro del tacto digital. — Curso: la duración puede ser indefinida; complicaciones. — El pronóstico varía mucho. — El diagnóstico es algunas veces muy difícil; los conmemorativos pueden faltar. — Tratamiento: los vomitivos son peligrosos; método de destrucción. — Extracción por las vías naturales. — ¿Es preciso anestesiar la laringe? — Traqueotomía. — Tirotomía. — Cuidados consecutivos.

Los cuerpos extraños de la laringe se definen por sí mismos, razón por la cual encuentro inútil el formularla.

FRECUENCIA. — No son ciertamente muy raros, pues las observaciones se cuentan por centenares en la literatura médica. Bourdillat reunió más de trescientos casos, y desde que su estadística se estableció, se han publicado numerosos hechos nuevos, hasta el punto de que toda la serie de objetos que pueden introducirse en las vías aéreas se encuentra casi agotada. Bastará consultar la excelente obra del doctor Poulet sobre los cuerpos extraños en cirugía (1879), para convenirse de la excesiva variedad de los cuerpos introducidos en los conductos respiratorios. Encuétranse no sólo guijarros, piedras, balas, clavos, anillos de cristal, tubos de traqueotomía, todos los granos posibles, dientes, huesos, espinas, espigas, cabezas de alfiler, agujas, pedazos de carne, etc., etc.; sí que también lombrices, moscas, peces, sanguijuelas, etc.

DIVISIÓN. — La división más natural es la que reconoce dos grandes clases, á saber: 1.^a, cuerpos extraños líquidos; 2.^a, cuerpos extraños sólidos.

Esta división admite gran número de subdivisiones, puesto que, en

la primera categoría, pueden entrar los líquidos ordinarios, agua, vino, etcétera, que se introducen en los conductos aéreos cuando se deglute de través, la sangre que procede de los bronquios, de los pulmones ó de una herida de la tráquea. El Dr. Poulet cita asimismo una observación en que, habiendo penetrado la sangre en las vías aéreas en cantidad considerable, se pudo evitar la sofocación agrandando la herida. Considero, no obstante, según los detalles del caso, que la cánula no estaba en su lugar por insuficiencia de la primera incisión y que, una vez agrandada ésta, pudo efectuarse la respiración, porque la cánula se colocó entonces realmente en la tráquea. Los polvos, las papillas y el carbón machacado (Poulet), pueden penetrar también en las vías aéreas sin ocasionar consecuencias graves, porque se expulsan con facilidad.

Los cuerpos extraños sólidos penetran de dos maneras: 1.^a, por la boca, y 2.^a, por la vía externa, y, en este caso, se trata, ya de traumatismos, ya de proyectiles de guerra.

Algunas veces, la introducción por la boca es consecuencia de una enfermedad más ó menos grave. Se observa en los casos en que hay grandes trastornos de la sensibilidad, afecciones centrales, en los ancianos, en los dementes ó después de la escarlatina y la difteria. Igualmente se encuentran en las parálisis centrales ó en lesiones de los nervios laringeos superiores (que presiden la sensibilidad de la mucosa laringea), y en las inflamaciones de vecindad, cuando la epiglotis se halla destruída parcial ó totalmente. El Dr. Poulet admite, en efecto, que las alteraciones de la epiglotis son, con frecuencia, causa de la penetración de los cuerpos extraños en las vías aéreas. Ciertamente es posible el hecho; pero no puedo conceder á esa causa toda la importancia que el autor le reconoce, pues ya he dicho (tomo I, pág. 297) que muchas veces se encuentran lesiones de este opérculo en individuos que no han experimentado la menor incomodidad.

Cuando se anestesia á los enfermos por medio del cloroformo, pueden los cuerpos extraños introducirse en el árbol respiratorio, después de la abolición de la sensibilidad, por lo cual conviene acostumbrarse á examinar la boca antes de administrar este anestésico. Tales accidentes suelen ser, en efecto, bastante frecuentes, y se cita á menudo en los libros el caso referido por Schrötter, según el cual, una dentadura con cuatro dientes, que el enfermo usaba, se le cayó en la laringe.

Lo más ordinario es que la introducción se verifique cuando el objeto se tiene inconscientemente en la boca. Así, en un acceso de risa, y á consecuencia del miedo, una aspiración brusca y profunda ayuda al cuerpo del delito á penetrar en el conducto aéreo.

Lo mismo acontece durante el sueño, cuando los niños ó las personas mayores se duermen con un objeto cualquiera en la boca.

En el extranjero, en Austria particularmente, se sirven mucho, por medida económica, de cánulas de cautchuc endurecido ó gutapercha; pero muchas veces sucede que se rompen y entonces se introducen los pedazos en la tráquea ó en los bronquios, lo cual nunca sucede en Francia, donde se usan cánulas de plata ó de metal sólido.

Algunos cuerpos de acero pueden detenerse en la entrada de la laringe al deglutir, y los ejemplos de agujas ó de cabezas de alfiler implantadas de esta suerte, no son ciertamente muy raros actualmente.

Los cuerpos extraños pueden venir también del esófago, ya por ulceración, ó porque un ganglio bronquial supura. Un objeto situado en las fosas nasales posteriores puede caer igualmente en la laringe, empujado inconsideradamente por la mano del cirujano, ó por aspiración.

En los países cálidos, se introducen las sanguijuelas en la laringe cuando el enfermo bebe con avidez. Massei, Ramón de la Sota, Ficano y otros, han referido casos de este género.

Se habla asimismo (Solis-Cohen) de enfermos que se han tragado su propia epiglotis. De este modo explica Rühle muchos casos de muerte repentina, ocasionados en el momento de comer. Fletcher-Ingalls ha referido también (1881) el caso de un enfermo que se tragó su lengua. Estos hechos son, sin embargo, bastante raros, y no deben citarse más que á título de curiosidad. Según el Dr. Bourdillat, en sus estudios de estadística, en 300 casos, encontró:

Judías.	71 veces.
Nueces.	36 —
Huesos.	20 —

En los demás eran agujas, monedas, etc., etc.

SÍNTOMAS. — Varían según el volumen, la forma y la posición que los cuerpos extraños ocupan. Si las dimensiones son bastante considerables para obstruir la laringe completa y repentinamente, puede sobrevenir con velocidad la asfixia, como en un caso que el Dr. Auché presentó á la Sociedad Anatómica de Burdeos, en el que produjo la muerte súbita un pedazo de naranja. Estos hechos son relativamente frecuentes en los ancianos y en los dementes, en los que á menudo se ven papillas y bolos alimenticios de cierto volumen penetrar en el árbol aéreo. Desde el punto de vista de la forma, es cierto que un cuerpo oblongo, liso é igual penetrará con bastante más facilidad. Podrá, en tal caso, clavarse en el ventrículo de Morgagni ó quedar entre las dos cuerdas vocales. Si desciende hasta la bifurcación de la tráquea, habrá mayores probabilidades de que entre en el bronquio derecho mejor que en el izquierdo, á causa de la situación anatómica del conducto aéreo.

Introducido el cuerpo extraño en el árbol respiratorio, el primer síntoma que su presencia produce es una tos convulsiva, espasmódica, muy característica, que se calma al cabo de cierto tiempo, según la posición del objeto y su volumen.

Los accesos de sofocación se reproducen á intervalos más ó menos lejanos, si el cuerpo extraño permanece más ó menos tiempo en el mismo punto. Algunas veces sucede que si la penetración se ha verificado hasta la bifurcación de los bronquios, un acceso violento de tos rechaza vivamente el cuerpo hasta la parte superior del árbol aéreo. Si la tos se calma entonces, es porque se habrá alojado en alguna parte ó implantado, por ejemplo, en los ventrículos; pero una nueva caída provocará otro acceso de sofocación, y así continuará sucesivamente. Con frecuencia también, cuerpos pequeños que á causa de su poco volumen no habían ocasionado ningún accidente, pueden determinar graves accesos de disnea por la inflamación que acarrear.

El dolor varia, y algunas veces se localiza en las partes laterales del cricoides, en la tráquea ó en el tórax.

Puede ser normal la voz y también ronca, bitonal ó afónica, si el cuerpo extraño se aloja en los ventrículos de Morgagni ó entre las cuerdas vocales. El timbre estará ó ronco ó crupal, según la posición del objeto introducido.

Los caracteres de la tos son variables; será convulsiva, sofocante, ronca ó crupal. Este último signo es muy característico y claro, según he podido comprobar muchas veces en los niños.

La expectoración puede ser mucosa al principio como después de los accesos de asma; otras veces es moco purulenta ó con estrias de sangre, ó bien sanguinolenta (en los casos de sanguijuelas, parásitos ó insectos vivos).

En algunos casos, la percusión descubre la presencia del cuerpo del delito; pero, con más frecuencia, no suministra indicación alguna.

La auscultación puede proporcionar elementos de diagnóstico, y de este modo han podido comprobarse los ruidos de choque y de bandera, caracterizando este último la presencia de un cuerpo movible. Asimismo revela el ruido sibilante de la bronquitis unilateral y el de la neumonía caseosa.

Desde el punto de vista de los síntomas físicos y objetivos, el laringoscopio no podrá siempre esclarecer la situación, y en su consecuencia, se le deberá usar con precaución. Si el cuerpo extraño se encuentra todavía en la laringe, se podrá determinar la naturaleza, la forma, el volumen, etc.; pero si está más abajo, será más difícil y casi negativo el examen. Ayudándose por los conmemorativos y los síntomas que acabamos de indicar, se conoce que el cuerpo ha caído en los bronquios.

Hase aconsejado, para practicar el examen del órgano vocal, emba-

duñar ó pulverizar con la cocaína las primeras vías. De esta manera, dice el Dr. Rougier (de Lyon), pude examinar la laringe de un niño que aspiró y deglutió una pluma, cuando antes no pudo realizarse el examen inmediato; sin embargo, é insisto en ello, hay que recordar lo preciso que es ser prudente en tales maniobras.

No hablaré del tacto digital más que para desecharlo por inútil y demasiado peligroso, porque no ha servido nunca para reconocer un cuerpo extraño introducido en las partes superiores de las vías aéreas, y frecuentemente no ha hecho más que empujar más adelante un objeto situado en la entrada de la laringe. Conviene rechazarlo también como medio de exploración.

CURSO. — Con mucha frecuencia, los cuerpos extraños son expulsados espontáneamente; cuando penetran, contraéanse las cuerdas vocales y se oponen á que entren á mayor profundidad; alguna vez el cuerpo se aloja en un punto del órgano, donde experimenta variados movimientos oscilatorios; otras veces, en fin, emigra y, sobre este punto, entablóse una discusión bastante viva entre los Dres. Gigon, Aronssohn y Poulet. Hechos son éstos, por cierto, muy difíciles de comprobar. Las espigas de las gramíneas, las agujas y, en general, los cuerpos agudos, pueden atravesar los tejidos del tórax y salir por alguno de los lados del pecho.

DURACIÓN. — La permanencia de los cuerpos extraños en las vías aéreas varía excesivamente, cuando la muerte no sigue á su introducción inmediata. En efecto: la vida puede durar mucho tiempo, si el cuerpo es fácilmente soluble, ó si se forma supuración mediante la que se expulsa, viéndose el enfermo libre de él después de un tiempo más ó menos largo. Otras veces, permanece durante algunos años.

De este modo, Desault encontró un día, al hacer la autopsia de un individuo, tratado dos años por una tisis laríngea, un hueso de cereza alojado en uno de los ventriculos de Morgagni.

Un hombre de treinta y nueve años conservó por mucho tiempo en la laringe, y envuelto en tejido cicatricial, un pedazo de hueso de 2 centímetros de largo y 29 milímetros de ancho, hueso que extrajo Sidlo.

En un caso observado por Gottstein, una cáscara de nuez permaneció diez meses en el espacio subglótico, envuelta en granulaciones poliposas, sin acarrear ningún accidente. También Mondière cita el caso de un loco que tuvo seis años, en un bronquio, un pedazo de hueso que no le producía fatiga alguna. Heyfelder (citado por Poulet) refiere casos en que la tolerancia duró once años para un silbato de boj, diez para una pieza de 10 sueldos y para una fruta de haya. Las judías, y,

en general, los cuerpos que se hinchan bajo la influencia de la humedad, son los que menos se soportan.

Es preciso añadir, sin embargo, que, por punto general, los cuerpos extraños en esta región acarrearán irritaciones locales que, tarde ó temprano, concluyen por ocasionar la muerte, ya por sofocación, ya por accidentes pulmonares agudos ó crónicos ó por abscesos de vecindad.

COMPLICACIONES. — Las más frecuentes son: el enfisema, porque el aire no puede escapar de las vías aéreas, ó porque la tos convulsiva lo rechaza violentamente á los alvéolos pulmonares. Los abscesos, que determinan una inflamación de vecindad, asfixia, sofocación, ó también hacen irrupción en el mediastino. Á veces hay úlceras en la tráquea ó en los bronquios gruesos. La tuberculosis ha sido discutida en el concepto de complicación. Sin embargo, si no esta enfermedad, por lo menos, la neumonía caseosa puede arrebatar al enfermo.

PRONÓSTICO. — Varía en absoluto, como se comprende con facilidad, según los puntos en que se detiene el cuerpo extraño, su naturaleza, su volumen muy grande ó muy pequeño, la edad de las personas, y según las diversas consideraciones que hacemos en la presente lección.

DIAGNÓSTICO. — Lo primero que deberemos indagar es si existe un cuerpo extraño. Buen número de enfermos tendrán la convicción íntima de que un objeto cualquiera ha penetrado en sus vías aéreas, aun cuando ellos no lo hayan visto entrar, ni se le haya encontrado en las primeras tentativas de exploración. En segundo lugar, cuál sea su naturaleza y posición. Si el cuerpo se ha detenido en el órgano de la voz, el laringoscopio manifestará su presencia, su forma, su volumen, posición, etc., etc. No habrá que olvidar, sin embargo, que el examen laringoscópico carecerá de valor, si sus resultados no son absolutamente positivos; el espejo no da siempre indicios muy precisos, lo que puede suceder cuando el cuerpo extraño se encuentre más abajo de las cuerdas vocales, ó en diversas circunstancias, como laringe muy estrecha, indocilidad del enfermo, alteraciones inflamatorias, etc.

Los conmemorativos suministrarán también indicios útiles, que convendrá tener en cuenta. Demuestran que el principio ha sido brusco, súbito; el niño jugaba con un objeto en la boca, cuando le acometió una sofocación violenta que amenazaba asfixiarle; estos accesos se repiten generalmente muchas veces de noche y de día, variando de intensidad según el cuerpo introducido es más ó menos voluminoso y movable. En el intermedio de los accesos existe una calma relativa que, con frecuencia, engaña á los padres y hasta al médico. Recuérdese entonces que la tos es ronca pero sonora, por acce-

sos, convulsiva, con sofocación y ansiedad respiratorias; seguida por la expulsión de mucosidades filamentosas, aireadas y en muchos casos sanguinolentas. No puede confundirse semejante estado con el crup, pues esta es una enfermedad febril, y además el laringoscopio disipará las dudas.

Por último, conviene tener presente que los cuerpos extraños de las vías aéreas no se manifiestan por ninguno de los signos clásicos y que, por consiguiente, no podrán reconocerse durante la vida. He citado poco há el caso referido por el Dr. Desault y pudiera agregar ahora una observación muy reciente publicada por el Dr. Massei. En ella ocurrió que el enfermo no conservó recuerdo ninguno de la introducción del cuerpo extraño en su laringe. Son hechos raros, pero útiles de conocer.

TRATAMIENTO. — Es de muy frecuente uso, cuando una persona tiene un cuerpo extraño en la laringe, prescribirle un vomitivo ó titilar la garganta con las barbas de una pluma, maniobras muy perjudiciales, con las que ordinariamente no se consigue otra cosa sino desalojar el objeto y hacerle tomar en el órgano vocal una situación peor que la que tenía, y que á menudo produce la asfixia. La mayor parte de los casos de muerte han sido causados por la administración de los vomitivos, los que, en semejantes circunstancias, sólo sirven para hacer descender á mayor profundidad el cuerpo extraño.

Si no se han dado vomitivos al enfermo, se podrá ensayar el método de ramversamiento, consistente en hacer acostar al enfermo sobre una mesa ó un plano inclinado, con la cabeza hacia abajo, imprimiéndole sacudidas que facilitan á menudo la expulsión del cuerpo extraño. Tal es el caso de Brunel, quien, habiéndose tragado una pieza de oro de 25 francos, logró expulsarla mediante la aplicación de este procedimiento. Asimismo son también los casos referidos por Lenoir y los de Duncan y Halcfort, citados por Poulet.

Este procedimiento es de preferencia aplicable á los cuerpos duros y pesados, los que, por tales razones, se desalojan fácilmente, obedeciendo á las leyes de la gravedad. La anestesia por medio del cloroformo podrá alguna vez ser útil para evitar todo reflejo laríngeo, y, por consiguiente, el espasmo de la glotis, que se opone á menudo á la salida de los cuerpos extraños situados por debajo del órgano vocal.

Si estos medios fracasan, que es lo más ordinario, convendrá recurrir á la extracción, cuyos medios varían mucho, según la naturaleza del objeto introducido y la profundidad á que se halla situado. Si el cuerpo está alojado en el orificio de la laringe, en la región vestibular, podrá intentarse extraerlo por las vías naturales, siempre que se trate de un sujeto paciente, tranquilo y que se preste á las maniobras larin-

goscópicas. Á menos que no hayamos de habérmolas con niños, este procedimiento dará siempre resultados favorables en los casos á que he aludido y se pueden contar actualmente por centenares los cuerpos extraños extraídos por la boca, merced al laringoscopio.

En cuanto á las maniobras hechas á ciegas con las pinzas, solas ó guiadas por el índice de la mano izquierda, y, con más motivo, la extracción con los dedos, se las debe rechazar, no sólo por inútiles, sí que también por peligrosas. Es, como ya he dicho, un medio seguro de provocar reflejos, que tienen el grave inconveniente de impedir que se intervenga y de hacer pasar al conducto aéreo un objeto colocado á la entrada de la laringe. Los casos de esta especie son, por desgracia, muy numerosos en la ciencia, para que sea muy lógico insistir en el mencionado peligro. Cítanse como afortunados los casos en que se obtuvo la curación, pero se olvida muy frecuentemente referir los casos desgraciados que son más numerosos que los felices, que llaman la atención y enseñan. No temo añadir que los cuerpos extraños extraídos con los dedos ó las pinzas dirigidos á la casualidad, habríanse sacado mucho mejor con la pinza guiada por el espejo laríngeo, y que, cuando la operación se practica así, resulta en verdad como un verdadero juego para una mano perita. Las diversas pinzas laríngeas de Fauvel, Morell-Mackenzie, Schrötter, Störck, etc., encontrarán alternativamente sus indicaciones.

¿Es preciso emplear la anestesia local, ó es mejor renunciar á las facilidades que nos proporciona este modo de obrar? Debo decir que algunas veces no soy partidario de anestesiar la laringe, á causa de la abolición de los reflejos que determina, de lo cual pueden sobrevenir accidentes más graves que la permanencia del cuerpo extraño en el órgano vocal.

Supongamos, en efecto, que una laringe, en la que ó en cuya entrada se halle detenido un objeto cualquiera, se haya insensibilizado por medio de los embadurnamientos de clorhidrato de cocaína: ¿no podrá suceder que, cuando el operador quiera coger el cuerpo del delito, no pueda hacerlo convenientemente y tenga que limitarse á quitarlo del lugar que ocupa? En tal caso, y estando los reflejos abolidos, ¿no será susceptible de caer el cuerpo extraño en la tráquea con facilidad mayor y producir accidentes muy graves algunas veces?

Las contracciones reflejas de los músculos de la laringe que detienen generalmente el cuerpo extraño en este órgano, y á veces lo rechazan al exterior, parecenme un importante factor para facilitar su expulsión.

Claro está que si el enfermo no soporta el espejo laringoscópico; si la introducción de la pinza ó los demás instrumentos es muy difícil, como algunas veces acontece, no deberemos privarnos de los beneficios

de la anestesia por la cocaína; pero convendrá limitarse á insensibilizar la faringe y la entrada de la laringe, sin extender la anestesia á todo el órgano, precisamente por no abolir los reflejos, que juegan aquí un papel de muy capital importancia.

Si el cuerpo extraño penetra más en el órgano vocal y queda encerrado en los ventrículos de Morgagni ó entre las cuerdas vocales, variará la extracción casi para cada objeto. Si es aplanado, liso, difícil de coger y no se tiene seguridad técnica en la mano; si se teme hacer maniobras inútiles y aun perjudiciales antes de asir el cuerpo del delito, no debe dudarse en hacer desde luego la traqueotomía, antes que intentar su extracción, y de esa manera se evita toda maniobra falsa, cuya consecuencia pudiera ser la asfixia del enfermo. Abierta la tráquea y colocada la cánula de Trendelenburg, se podrá ya insistir sin temor en la extracción por la boca, lo que, por regla general, será muy posible, después de anestesiar por completo la mucosa laríngea á beneficio de la cocaína. Sin embargo, si á pesar de reiteradas tentativas, no pudiera desalojarse el cuerpo extraño (monedas, agujas, piezas de acero) y extraerlo por esta vía, se abrirá el cartilago tiroideos en la línea media ó se intentará extraerle incindiendo la membrana crico-tiroidea ó tiro-hioidea. En cuanto á operar directamente sin traqueotomía previa, es muy discutible por lo sumamente expuesto, pues al abrir las vías aéreas, se puede desalojar el cuerpo extraño antes de haberlo podido coger, y llevándolo más adelante, ver sucumbir al enfermo en el curso de la operación, ó por la irrupción de sangre en la tráquea, lo que además de embarazar mucho al operador, compromete con frecuencia el éxito quirúrgico.

En suma, siendo la traqueotomía en estos casos una operación relativamente benigna, tiene la doble ventaja de permitir la extracción, ya por las vías naturales, ó bien de hacer muy sencilla la tirotomía, si ésta fuera necesaria. Tal es la opinión expresada poco há en la tesis del Dr. Joubert (Paris, 1888, pág. 45) sobre la tirotomía en los cuerpos extraños de las vías aéreas.

Finalmente, cuando el cuerpo extraño está debajo de la laringe, es mucho más clara la indicación, y por más que se hayan podido extirpar por las vías naturales cuerpos extraños de la tráquea, esto no obstante, debo considerar como excepcionales tales hechos, y rechazar en principio semejante modo de obrar, por lo demasiado peligroso. El único tratamiento que se impone es la abertura del árbol aéreo, por debajo del cricoideos, ó, lo que es lo mismo, la traqueotomía. Como el punto capital, en semejante orden de hechos, es tener un campo operatorio tan ancho y claro cuanto posible sea, el mejor modo de proceder es ir con lentitud, haciendo en la piel, y por tanto en los tejidos pretraqueales, una larga incisión que pondrá al descubierto la tráquea

en una longitud de dos y medio á tres centímetros, según las dimensiones del cuerpo extraño. Si no se ha seguido el rafe medio y, por consiguiente, se han cortado algunos vasos un poco importantes, conviene no dudar en ligarlos á conciencia con objeto de que la hemostasia sea completa, antes de abrir las vías aéreas, pues la sangre procedente de estas últimas es siempre lo suficiente para estorbar al operador. Luego que la tráquea esté abierta, en lugar de poner en la abertura el dilatador ordinario, cuyas ramas son gruesas y forman relieve en el conducto, es preferible, como lo hacen los ingleses y los americanos, poner en cada lado dos ganchos flexibles ó dos horquillas de las que usan las señoras para el pelo, previamente acodadas en su extremidad redonda, las que se atarán por detrás del cuello del paciente, á fin de que mantenga separados los labios de la herida traqueal. Raro es que, durante esta maniobra, no sea arrojado al exterior el cuerpo extraño por los simples esfuerzos del acceso de tos que sigue á la abertura de las vías aéreas, y por regla general siempre se le ve presentarse en el orificio de la herida, donde es preciso asirlo rápidamente antes que la inspiración lo empuje más adentro. Alguna vez es preciso desalojarlo de algún bronquio, con una pinza ó un gancho flexible.

Concluida la operación, creo lo mas prudente colocar una cánula durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, para evitar el enfisema que, en ocasiones, sigue al acto cruento.

No insistiré en las consecuencias de la traqueotomía, que nada de particular tienen; pero sí he de consignar que en la generalidad de los casos convendrá hacer uso del cloroformo, cuidando de no abrir la tráquea hasta que la sensibilidad principia á reaparecer, con objeto de que los reflejos traqueales se presenten con su intensidad ordinaria.

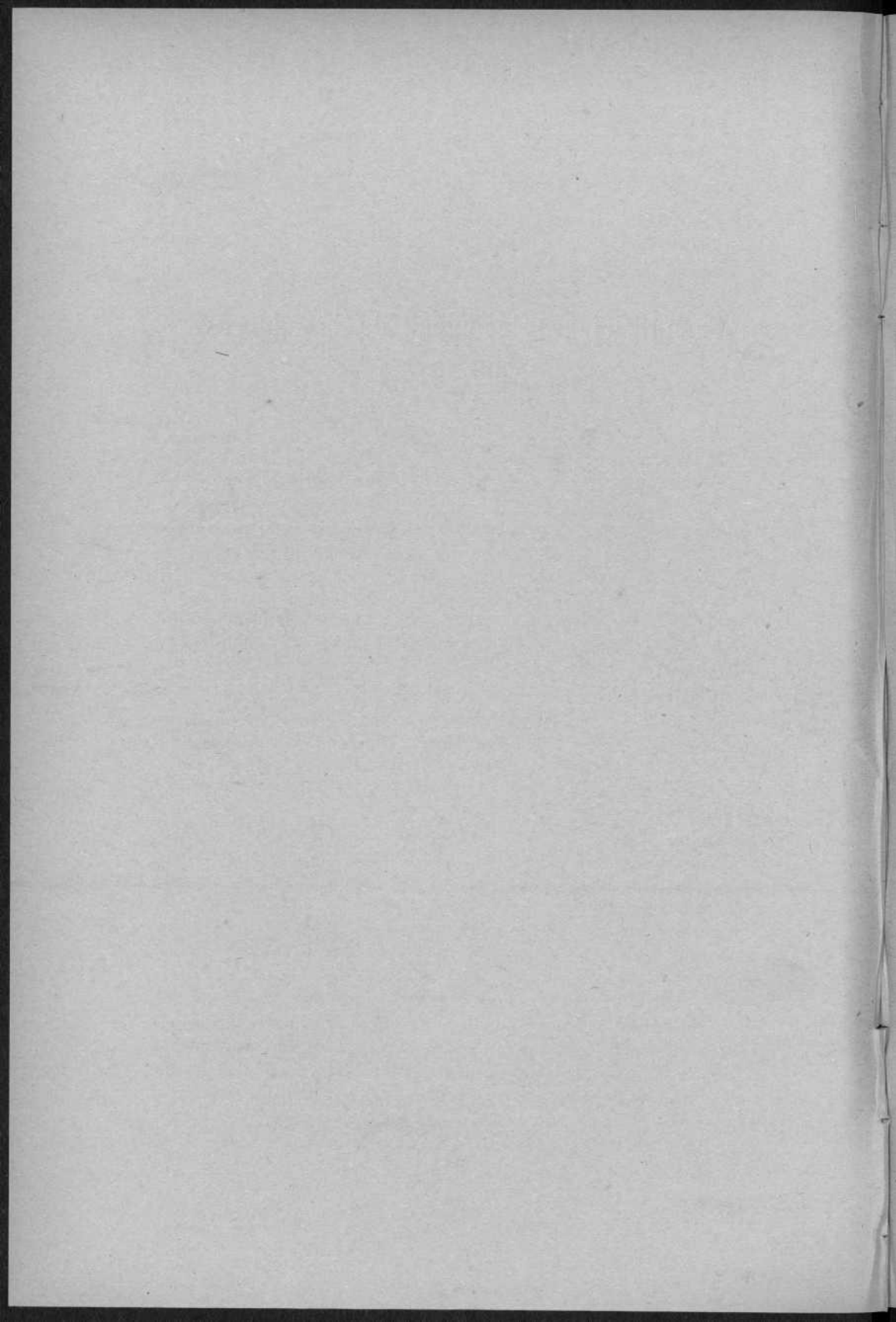
Si no se ha extraído ó expulsado el cuerpo extraño durante la operación, se dejará abierta la herida de la tráquea que, en un lapso de tiempo variable, podrá favorecer su salida. Si hay necesidad, quitando de cuando en cuando la cánula, se provocarán algunos accesos de tos y se utilizarán las leyes de la gravedad para movilizar y desalojar el cuerpo del delito.

No juzgo necesario añadir que, en presencia de un cuerpo extraño de las vías aéreas, se intervenga con toda rapidez, no sólo á causa de constituir un peligro permanente para la vida del enfermo, sino á fin de que no sobrevengan complicaciones graves al principio, que más tarde harían inútil toda intervención. Además, en los primeros momentos, el cuerpo extraño es movable, y por ende más fácil de extraer.

Complicaciones laríngeas de las fiebres eruptivas.

Es consuetudinario relegar á segundo término, en el curso de las fiebres eruptivas, los síntomas laríngeos, bajo la preocupación que en el ánimo produce el estado general de los sujetos, único que domina la escena, fijando únicamente la atención cuando se pronuncia lo bastante una estenosis respiratoria para justificar una intervención operatoria, y aun así se limita, por punto general, á presumir las alteraciones que pueden presentarse, sin dilucidar el problema por un examen directo. Negligencia culpable, á mi manera de ver, sobre todo cuando se trata de lesiones graves, y en ocasiones incurables, que pueden determinar en la laringe las fiebres eruptivas.

Estudiaremos sucesivamente, en los siguientes capítulos, las afecciones de la mucosa vocal en el *sarampión*, la *escarlatina*, la *viruela*, la *fiebre tifoidea*, la *erisipela* y la *grippe* ó *influenza*, por el orden que se indica.



1.º Sarampión.

Sumario. — Forma del primer periodo; el estado catarral de la mucosa domina la escena. — Forma ulcerosa; es tardía; existen pérdidas de sustancia de la mucosa vocal, edema y hasta gangrena. — Los desórdenes funcionales dependen de las lesiones que se observan. — Es posible la producción de falsas membranas. — Estadística de algunos casos. — Resultados obtenidos por el examen de la laringe. — Rubicundez, pápulas, manchas equimóticas, erosiones y ulceraciones. — El diagnóstico es fácil; el curso y el pronóstico varían según la forma de la lesión. — El tratamiento será el de la complicación.

Las determinaciones laringeas del sarampión, señaladas apenas en los tratados clásicos que se consagran al estudio de esta enfermedad, han sido objeto preferente, en Francia, de la atención del Dr. Coyne en su discurso inaugural (1874), y del Dr. Barbier en la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (1886).

Las manifestaciones sarampionosas obsérvanse en los diferentes periodos de la enfermedad, constituyendo los dos tipos que el doctor Barbier ideó, de laringitis precoz ó primitiva y laringitis eruptiva y tardía.

En el período prodrómico (ó primitivo), la mucosa de la laringe participa en el proceso catarral como la de los ojos, fosas nasales ó de la tráquea y los bronquios. Este síntoma, conocida su regularidad perfecta, puede considerarse como normal. A partir de este momento, la voz se altera, el timbre se apaga, y puede al mismo tiempo comprobarse hasta el falso crup, laringitis estridulosa y espasmo glótico, el cual en un caso (Bouchut) determinó la muerte.

Cuando la erupción se presenta, suele disminuir, y aun desaparecer, el catarro laringeo. Sin embargo, como la laringe está atacada con frecuencia (el Dr. Gerhardt ha comprobado la erupción, mediante el laringoscopio, en este órgano), vense todos los síntomas de una laringitis catarral ordinaria. Hay congestión de la mucosa con trastornos consecutivos de la voz. El enfermo está ronco, la voz es diftónica, rasgada, ronca ó completamente afónica. No es frecuente el espasmo de

la voz; pero debe contarse siempre con su posibilidad. Este estado persiste algunas veces hasta el fin del periodo de erupción.

FORMA ULCEROSA Ó TARDÍA.—Si en lugar de la forma catarral que acabamos de estudiar se trata de una lesión más profunda y más grave, es decir, de una manifestación más tardía del sarampión, preséntanse accidentes de mayor gravedad.

En la mucosa vocal se producen ulceraciones de las cuerdas vocales inferiores en sus bordes libres, ó pequeños abscesos de las bandas ventriculares ó de las eminencias aritenoides, con hinchazón y edema de vecindad. Otras veces, muy pocas á la verdad, es un verdadero brote edematoso agudo de los repliegues ariepiglóticos. Esta lesión, considerada casi como excepcional, debe, sin embargo, existir con más frecuencia de la que se ha creído hasta ahora, y únicamente la falta de examen directo del órgano explica la excesiva rareza de unos síntomas, de los que no se encuentran sino indicios al practicar la autopsia.

Cuando se producen abscesos pueden ser submucosos ó pericóndricos con necrosis de los cartílagos; y, finalmente, podrá suceder que, aumentando la intensidad del proceso, la mucosa se vea atacada por la gangrena, pues hasta tal punto se hace profunda é intensa la laringitis.

DESÓRDENES FUNCIONALES.—Si se ulceran las cuerdas vocales inferiores, los desórdenes vocales consistirán en ronquera, disfonía ó afonía, según la importancia de la lesión.

La presión en la laringe es dolorosa á veces; si la úlcera ocupa el borde libre de la epiglotis ó la parte posterior del órgano vocal, la deglución puede hacerse igualmente difícil.

Los desórdenes en la respiración varían bastante: nulos en algunos enfermos, son otras veces muy pronunciados. En efecto: cuando los aritenoides ó las articulaciones crico-aritenoideas están atacadas — y preferentemente en este caso concreto — cabe la producción de accesos de sofocación con desenlace fatal, por fijarse las cuerdas vocales en la línea media, acompañándose de la subsiguiente estenosis respiratoria.

En los casos de gangrena podrá oírse alguna vez el llamado ruido de bandera, debido al desprendimiento de algunas partes de la mucosa, las cuales flotan en la laringe bajo la influencia de los movimientos de inspiración y de expiración.

Si hay edema de la glotis, se traduce, como en todos los casos análogos, por la fatiga constante de la respiración y, aunque pocos, por accesos de sofocación.

Tales son los síntomas más ordinarios que se presentan en el órgano vocal, en el curso del sarampión.

Por desgracia, en algunos casos no se limita á esto sólo, sino que puede (no importa en qué período) presentarse una complicación terrible, sobre todo y con alguna frecuencia, después de la desaparición del exantema, cual es el crup ó la laringitis membranosa, que viene á ingerirse en un estado primitivamente catarral.

Rauchfuss, cuyas observaciones son bastante numerosas para que se les dedique una atención concienzuda, ha presentado las siguientes conclusiones: en 1.176 casos de sarampión encontró 11 veces difteria en la garganta; 9 veces la difteria de la garganta y de la laringe; 13 veces la laringitis fibrinosa (crup inflamatorio) y la laringo-tráqueo-bronquitis, y en fin, 12 veces la forma más grave de la laringitis catarral aguda. En una epidemia de difteria, los enfermos de sarampión sufrieron crup de la laringe mejor que difteria de la garganta. Sanné refiere asimismo que, en 93 casos de difteria consecutiva al sarampión, la laringe fué atacada 87 veces, lo cual constituye una proporción de 93,5 por 100; sólo 30 veces fué la causa. En 29 hubo al mismo tiempo difteria de la garganta y de la nariz; 9 bronquitis fibrinosa; 3 lesiones de la garganta y de los bronquios, y 34 veces coexistían otras afecciones diftéricas (nariz, boca, conjuntivas, órganos genitales). También podemos añadir con el Dr. Gottstein, de cuyo libro tomamos estos detalles, que el sarampión provoca ostensiblemente una predisposición á padecer procesos diftéricos en la laringe.

Lari va más lejos, porque admite una predisposición hereditaria para el desarrollo del crup de la laringe en el curso del sarampión. Y funda tal suposición en el hecho de que ha observado muchas veces que los hijos de una familia tenían el sarampión á intervalos lejanos, siendo de vez en cuando atacados por esta complicación. Así es que la misma familia tuvo, en el intervalo de algunos años, cuatro niños que sucumbieron sucesivamente á una difteria consecutiva á esta fiebre eruptiva.

EXAMEN LARINGOSCÓPICO. — El catarro laringeo que se manifiesta en el curso del sarampión, ofrece, al examen laringoscópico, mucha semejanza con la laringitis catarral aguda. La mucosa se encuentra roja; pero la rubicundez es más intensa y no siempre hay secreción, sobre todo al principio, en que puede faltar por completo. Las cuerdas vocales tienen una coloración rojiza intensa y difusa, bajo la forma de un punteado bastante parecido al del velo del paladar.

El Dr. Gottstein dice que, en ocasiones pronto, y lo más frecuente algunas horas después de aparecer una hiperhemia difusa, pueden observarse pápulas de cierto tamaño, que son, á veces, densas y bastante

confluentes para formar en la mucosa líneas de un rojo sombrío, serpiginosas y cubiertas de pápulas todavía mayores, semejantes á pequeñas nudosidades. Poco después de aparecer el exantema, dice Lori, principia á brotar una intensa exudación por toda la superficie de la membrana de la faringe, de la laringe y de la tráquea. El epitelio que la reviste cae con rapidez, y la mucosa toma entonces un aspecto veloso, agradable, uniformemente rojo ó anémico y oscuro, y manchado. Por consecuencia, los puntos más pálidos parecen como incrustados, y la degradación de la sombra normal de la mucosa de la garganta y la laringe como borrada.

Debo señalar todavía la posibilidad de aparecer pequeñas equimosis, erosiones y ulceraciones que pueden atribuirse á violentos accesos de tos, ó también á la descamación del epitelio. Hase dicho que las ulceraciones se encuentran principalmente en la parte posterior de la laringe al nivel de las cuerdas, ó en el extremo de los cartilagos de Santorini. Según Gottstein, son planas, con bordes dentados, y la mucosa que las rodea puede hacerse edematosa, dando lugar á la formación de una especie de elevación en forma de burlete, que es la que determina la estenosis. Con toda verosimilitud pueden hacerse estas úlceras el punto de partida de alteraciones foliculares.

DIAGNÓSTICO. — Los desórdenes laringeos del sarampión son fáciles de conocer, en especial durante el curso de la enfermedad. Al principio, quizá pudiera creerse en un falso crup; pero basta con recordar que éste se presenta por la noche, mientras que, en la laringitis sarampiñosa, los accesos son continuos, así de día como de noche.

El catarro de las conjuntivas y el de la nariz son preciosos indicios á favor del sarampión. No creo fácil la confusión con la difteria, enfermedad general y febril, con localización en la laringe.

No sucede lo mismo respecto del crup laringeo que complica el sarampión. He hecho conocer su frecuencia relativa, y conviene pensar en él, asegurándose de su presencia mediante un examen atento.

El Dr. Barbier participa de la opinión de que las complicaciones laringeas del sarampión se distinguen del crup por ciertos caracteres, ya que la tos es bastante fuerte en este caso y la voz se conserva casi sin alteración, no existiendo, además, difteria del istmo de las fauces. Por último, la tos estridente no se pone velada como en el crup, y estará dolorido todo el órgano vocal.

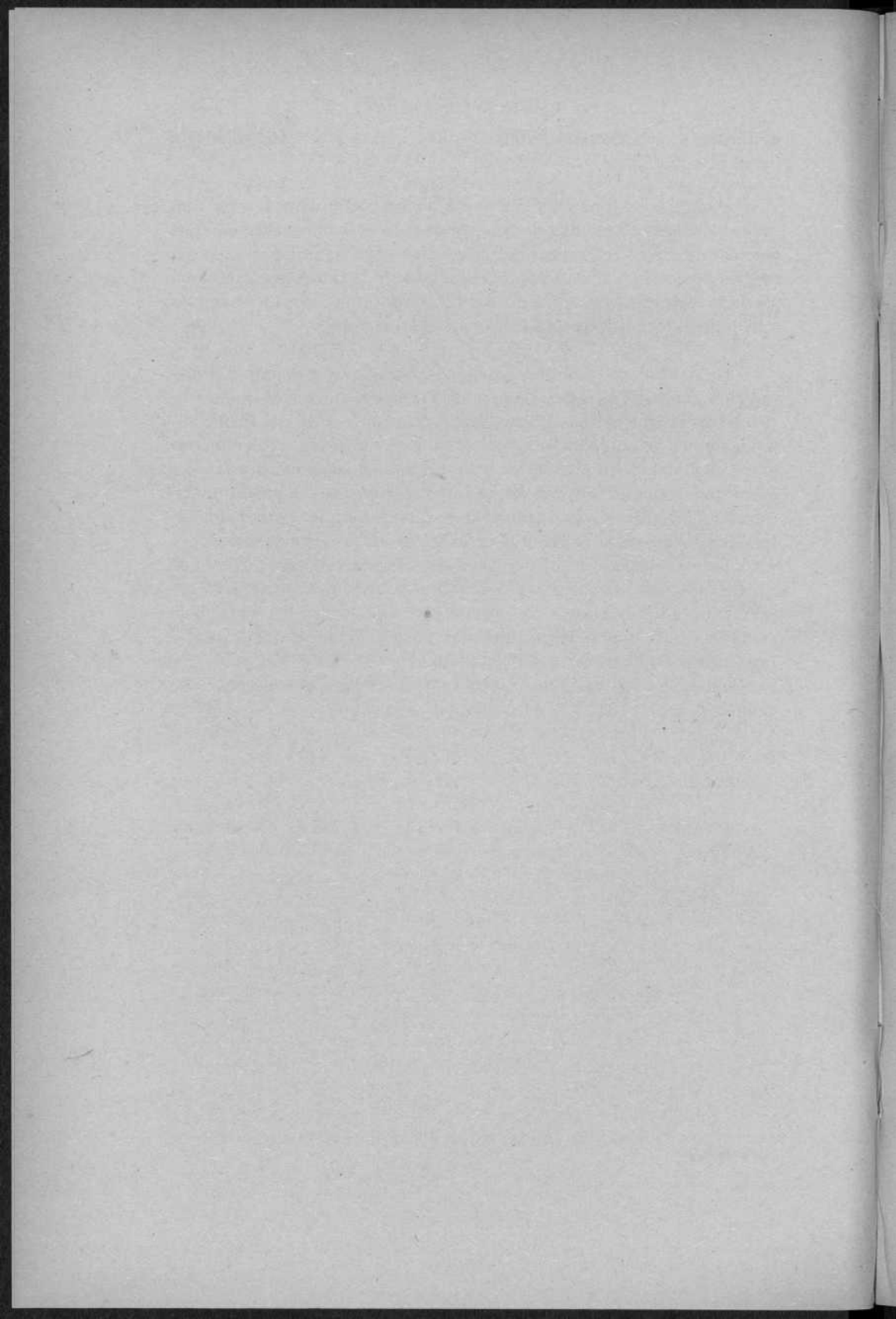
CURSO. — Según tengo manifestado, las modificaciones laringeas que se presentan al principio del sarampión pueden desaparecer cuando la erupción se generaliza. Algunas veces, sin embargo, los brotes congestivos determinan lesiones crónicas muy difíciles de curar, y no

es raro que los accidentes laringeos se agraven, una vez terminada la fiebre exantemática.

PRONÓSTICO. — Benigno, por punto general, adquiere á veces una gravedad inusitada, pudiendo sobrevenir la muerte por sofocación. Las causas que suelen hacer grave el pronóstico, son: las lesiones articulares, los abscesos perilaríngeos, la gangrena de la mucosa y la estenosis de la laringe. En cuanto al del crup sarampionoso, no es menos grave que el del crup esencial.

TRATAMIENTO. — Es muy sencillo. Al principio, deberemos limitarnos á combatir el sarampión, guardándonos mucho de prescribir revulsivos enérgicos: bastará, al efecto, colocar delante del cuello esponjas y lienzos mojados en agua caliente. Si la laringitis evoluciona en el curso del sarampión, se prescribirán inhalaciones calientes; si los fenómenos se acentúan, amenazando sofocación, se practicará la traqueotomía. Nadie ignora el entusiasmo con que han preconizado recientemente los americanos la intubación de la laringe, á beneficio de la cual parecen estar casi dispuestos á desechar la traqueotomía. Si se quiere practicar esta operación, relativamente fácil, la conceptuo sumamente indicada en este caso particular, toda vez que la mencionada complicación, puramente transitoria, puede desaparecer sin que se haga necesaria la abertura del conducto aéreo.

Cuando el crup complica el sarampión, deberá obrarse en consecuencia.



2.º Escarlatina.

Sumario. — Estas manifestaciones son raras; la difteria es casi la única. — Estadísticas. — El pronóstico es serio. — El tratamiento es el de la complicación.

Las manifestaciones de la escarlatina en el órgano vocal son más raras que las del sarampión, y hasta el día, no se ha desmentido el famoso adagio de Trousseau: *La escarlatina no tiene predilección por la laringe.*

La única complicación habitual es la difteria secundaria.

Todavía tenemos que recurrir aquí a la estadística de Rauchfuss para saber que, según él, en 903 casos de escarlatina, encontró 17 veces la difteria de las fauces exclusivamente, 2 veces la difteria de la faringe y de la laringe, 3 la laringo-traqueítis fibrinosa, 4 la laringitis submucosa aguda y 4 veces la forma más grave de la laringitis traqueal aguda. Ciertas epidemias de escarlatina han sido notables, por el carácter particular de que el crup atacaba la laringe. Gaupp señala una epidemia que apareció en Wurtemberg, en la que los síntomas diftéricos se manifestaron al tercero ó cuarto día, precediendo la muerte á la presentación del exantema.

Quando el crup complica la escarlatina, es muy evidente que predomina sobre la enfermedad primera y agrava considerablemente el pronóstico. En efecto: produce ulceraciones diversas que tienen un carácter maligno especial. Albers ha visto dos veces extensas pérdidas de sustancia que invadían la tráquea, y Fränkel encontró destruidos los cartílagos tiroides. En un caso referido por Smith, las cuerdas vocales y los ventrículos de Morgagni estaban desconocidos; además, la tráquea se hallaba cubierta de un exudado diftérico hasta su bifurcación. Finalmente, Mackenzie describe una preparación tomada de un enfermo muerto de escarlatina, en que la mucosa laríngea estaba recubierta por una capa membranosa muy delgada, comprobándose

además una úlcera que dejaba al descubierto todo el cartilago aritenoides.

La muerte puede sobrevenir por la rotura de los grandes vasos, ó por un edema agudo de la laringe consecutivo á la albuminuria.

En cuanto al tratamiento de las complicaciones laríngeas en el transcurso de la escarlatina, se confunde con el de la misma enfermedad y, localmente, no se pensará más que en la traqueotomía, para prevenir la asfixia.

3.º Viruela.

Sumario — La laringe es atacada cuando sale la erupción. — Aspecto de estas lesiones — Anatomía patológica. — ¿Existen pústulas laringeas? — Edema agudo, ulceraciones y pericondritis. — Síntomas: desórdenes de la voz, de la tos y de la respiración; es posible la muerte repentina. Examen laringoscópico. — Curso. — El diagnóstico es fácil. — El pronóstico serio. Tratamiento: edema; abscesos. — Posibles dificultades de la traqueotomía.

Las complicaciones de la viruela se presentan en dos periodos distintos de la enfermedad. En el primero, consisten en pústulas más ó menos abundantes, pero discretas, en la mucosa vocal, mientras en un periodo más avanzado, las complicaciones son el edema y las úlceras.

En el periodo prodrómico de la enfermedad, la laringe permanece indemne, afectándose por lo común entre el tercero y sexto día, contando desde que aparecen las pústulas en la piel.

La viruela ataca casi siempre al órgano vocal, siendo en esta materia muy instructivas las estadísticas de Rülhe y de Eppinger. El primero dice que, en 54 autopsias de individuos muertos de viruelas, no presentaron nunca su aspecto normal ni la laringe, ni la tráquea. Eppinger, en la última epidemia de Praga, encontró, si no verdaderas pústulas, al menos alteraciones de la mucosa.

Estas erupciones habíanse reconocido mucho tiempo há, pues ya Cottugno (citado por Sigaud en su discurso inaugural de Strasbourg, 1818) encontró muchos casos de erupción variolosa en las vías aéreas, y el Dr. Sestier señala igualmente ejemplos en su obra sobre la laringitis edematosa.

Antes de reseñar los síntomas funcionales, expondremos la anatomía patológica de las alteraciones laringeas que pueden encontrarse, para facilitar luego nuestra tarea, ya que se describirá por sí mismo el aspecto del órgano vocal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — ¿Podemos consignar que en el curso de la viruela se forma una erupción pustulosa en el órgano vocal? Las

opiniones se hallan muy divididas en este punto; es cierto, sin embargo, que Türck, Neumann, Krishaber y otros, han señalado casos de esta especie difíciles de rebatir, conocida la autoridad de que disfrutaban. E. Wagner declara también haber encontrado pústulas en la laringe 144 veces en 170 casos de viruela. Mas, por otra parte, debemos hacer mención de los testimonios de Rühle, según los cuales, vió diseminadas por diferentes puntos excrescencias papulosas en 54 autopsias. Eppinger señala que, en tales casos, sólo se trataba de *pseudopústulas*, las que, desde el punto de vista histológico, no ofrecen el verdadero carácter de pústulas. Sea como quiera, si hemos de admitir la existencia de estas últimas, diremos que las consideramos constituidas por el desarrollo de la capa de células cilíndricas epiteliales. El pus desprende la mucosa, cuya capa no tarda en romperse para dar salida al líquido que contiene.

Se ha dicho igualmente (Gottstein), que se habían tomado por pústulas pequeños focos purulentos despojados de su capa epitelial. Su asiento es absolutamente subepitelial, según se ha notado, y puede estar situado á mayor profundidad, pero nunca en la misma membrana. Son sencillamente pequeños abscesos miliares, metastásicos ó sépticos, que se presentan en el punto en que se produjo la infección, y que pueden acarrear destrucciones orgánicas muy profundas.

Las pústulas y los abscesos pequeños no son las únicas lesiones que pueden comprobarse en la viruela por parte del órgano vocal. Encuéntrase otras alteraciones de que debemos hablar ahora.

Se ven algunas veces aparecer casi de repente infiltraciones serosas abundantes (edema de los repliegues ariepiglóticos)

La erupción variolosa, sea la que quiera por lo demás su naturaleza, ocasiona en algunos enfermos una descamación epitelial que determina una pérdida de sustancia, de la que resultan úlceras pequeñas ó grandes.

Obsérvanse, además, derrames de sangre, frecuentes en la viruela hemorrágica, bien en las mismas pústulas, ya en el tejido submucoso.

Finalmente, las ulceraciones, superficiales al principio, ganan á veces el pericondrio, cuya inflamación provocan. Según Eppinger, las cosas pasarán así cuando de abscesos sépticos se trate. Sin embargo, la pericondritis puede suceder á una inflamación difusa del tejido submucoso, sin modificación primitiva de la capa superficial. En semejante caso, se formarán con frecuencia grandes focos de abscesos gangrenosos que necrosarán, en parte ó totalmente, los cartílagos de la laringe, dejando como secuela, en su consecuencia, alteraciones graves, como la anquilosis, estenosis, etc.

SINTOMAS. — Los síntomas funcionales varían con el sitio y la naturaleza de la lesión. Si hay pústulas epiglóticas, el enfermo experi-

mentará un dolor vivo en la deglución en vacío ó al tragar los líquidos y los alimentos. Acto fisiológico que es igualmente difícil y muy doloroso, cuando hay pericondritis ó úlceras extensas.

La palpación exterior es asimismo muy penosa para el enfermo.

Como se observa con mucha frecuencia en la viruela *una inflamación diftérica* de la faringe, la *alteración de la voz*, según Gottstein, será uno de los síntomas más constantes en todas las manifestaciones variolosas de la laringe.

En los casos de lesión de la región interaritenóidea, de las bandas ventriculares ó de las cuerdas vocales, y, sobre todo, si está atacado el punto de unión del cricoides, se observará aspereza, ronquera y aun afonía.

La tos sigue casi siempre las modificaciones de la voz, pudiendo ser, en su consecuencia, normal, ronca ó afona.

La respiración se subordina rigurosamente al grado de abertura ó de estrechez del orificio de la glotis. Si existe hinchazón inflamatoria ó sufusión serosa bastante considerables para obturar la entrada de las vías aéreas, sobrevienen accesos de sofocación muy intensos en las necrosis del cricoides á consecuencia del hundimiento del armazón de la laringe.

La paresia, y lo mismo la parálisis muscular que se manifiestan en ciertos casos, serán, según Rülhe, resultado de la invasión de los músculos por el proceso edematoso. El Dr. Mackenzie ha comprobado dos veces una parálisis permanente de los adductores de una cuerda vocal, emitiendo la hipótesis de que se trataba verosimilmente de una lesión diftérica. Pero es posible también se tratara de que la pérdida del movimiento resultara de una anquilosis ó de una artritis crico-aritenóidea.

Por último, en algunos casos, es factible la muerte casi súbita, debida, por punto general, á una sufusión serosa rápida y casi fulminante, de que Trousseau ha referido tres casos en sus clínicas.

El examen laringoscópico, que se practicará lo más á menudo posible, revelará, en los casos leves, una inyección profunda de la mucosa, la cual estará ligeramente tumefacta y recubierta de moco.

Se distinguirán cambios de coloración muy limitados en algunos sitios, que, según Eppinger, representan epitelio necrosado. Á menudo también, la mucosa ofrecerá un aspecto irregular y granuloso. Gracias al espejo, veránse pústulas, ulceraciones y hemorragias, etc., cuya extensión y sitio precisos podrán determinarse con facilidad. Finalmente constituye un medio excelente para reconocer la inflamación diftérica, las pericondritis, las paresias, las parálisis y las estenosis, que pueden complicar en la laringe el proceso varioloso.

CURSO. — Difiere según se trate de pústulas, de ulceraciones, de abscesos ó de necrosis. Si es en el principio, la pústula supura y cicatriza con bastante rapidez. Si, por el contrario, hay edema, abscesos ó úlceras, la afección local puede sobrevivir á la viruela y ocasionar la muerte, y la traqueotomía, lejos de ser ventajosa en estos casos, puede provocar el hundimiento de la laringe si el cuchillo cae en los cartilagos necrosados ó que presentan abscesos. Convendrá, si el caso pudiera haberse previsto, hacer una traqueotomía tan baja como sea posible, para caer en los anillos sanos.

DIAGNÓSTICO. — No insisto en él, porque la viruela misma permite establecerlo con seguridad. En cuanto á la complicación, se la reconocerá por el examen laringoscópico, indispensable para seguir y tratar las alteraciones de la mucosa vocal.

PRONÓSTICO. — Es muy serio, porque de las complicaciones laringeas puede deducirse que se trata de una viruela grave, factible de hacerse extensiva á los órganos respiratorios. En cuanto al crup de la viruela, su malignidad ó benignidad dependerán de la misma naturaleza de la epidemia (Rülhe). Lœri considera la difteria como una complicación pésima de esta fiebre eruptiva. Las equimosis indicarán una discrasia sanguínea con descomposición de la sangre, y de tal hecho resulta un pronóstico desfavorable.

TRATAMIENTO. — Si la viruela de la laringe es discreta, bastará con vigilar al enfermo y ordenar algunas inhalaciones calientes, que servirán para favorecer la evacuación del pus al exterior.

Si hay abscesos, se los tratará como he dicho al estudiar esta afección. Gottstein aconseja, cuando se producen grandes derramamientos de sangre, ocasionando desórdenes respiratorios de consideración, practicar pequeñas escarificaciones con el cuchillo oculto, y la misma maniobra será útil para combatir el edema y la pericondritis con sufusión purulenta submucosa.

Á la menor amenaza de sofocación, no hay que dudar en practicar la traqueotomía, pudiendo obrar preventivamente, si después del examen de la laringe se teme una sofocación rápida. No se olvidará de asegurarse con antelación del estado de los cartilagos, á fin de no exponerse á accidentes que un examen atento de la región podrá evitar. Finalmente, se incindiré con lentitud la parte en que debe colocarse la cánula, para juzgar bien, una vez más, del estado de los cartilagos que hayan de abrirse y dar así acceso de aire á los pulmones.

4.º Fiebre tifoidea.

Sumario. — Historia. Frecuencia. — Algunas palabras sobre estadística. — Etiología: La patogenia es compleja; opinión de algunos autores. — Difteria secundaria — Sintomatología: Forma eritematosa; ulcerosa; edema agudo; examen laringoscópico; es rara la forma diftérica y no presenta ningún carácter distintivo; forma micopática. — El curso y la duración varían con la naturaleza de la complicación; el diagnóstico es fácil; el tratamiento será profiláctico ó curativo; utilidad de la traqueotomía y sus peligros.

HISTORIA. — Bajo el nombre de laringo-tifus, los autores alemanes confunden con las complicaciones laringeas de la fiebre tifoidea, las del tifus exantemático, lo mismo que confunden con la difteria, propiamente dicha, la difteria secundaria de la fiebre tifoidea.

Las complicaciones laringeas de la dotinentería no son conocidas más que desde los comienzos de este siglo. Todos los autores están contextes en remontar hasta Bouillaud y Cruveilhier (1825) las primeras descripciones que se han dado. Sin embargo, el Dr. Chaumel (1877), en su excelente obra sobre esta materia, hace notar que Bayle (1808) había hablado de ello. Después de éstos, pueden citarse entre los más conocidos, Trousseau y Belloc, Chomel, Louis, Hardy, Millard, Hérard, Cornil, Caisso, Lacaussade, etc., etc., todos los cuales refieren casos de complicaciones laringeas consecutivas á la fiebre tifoidea.

Sestier, en su tan conocida Memoria, publica observaciones de edema de la glotis. Más tarde, Charcot y Dechambre, en un artículo sobre lo mismo, discutieron los casos señalados por Rokitansky. En 1878, apareció un trabajo de Koch sobre las laringo-estenosis, y dos años después (1880), Blaising se ocupó á su vez en esta cuestión. Por último, recordaré una Memoria reciente del Dr. Tissier, en la que se revistan los casos anteriores. Notemos to lavía, para no citar más que los principales, los estudios hechos en Alemania por Niemeyer, Rokitansky, Dittrich, Griesinger, Haller, Frey, Kuhn, Türck, Czermack, Wunderlich, etc., etc.

FRECUENCIA. — Los autores admiten que las complicaciones laríngeas de la fiebre tifoidea dependen juntamente de la estación y de la naturaleza de las epidemias. Algunas de éstas se hallarán totalmente libres de complicaciones, mientras que otras tendrán el triste privilegio de tenerlas constantemente. Así, en una epidemia de fiebre tifoidea que se presentó en Lyon en 1876, Mollière señala numerosas manifestaciones del órgano vocal, al paso que fueron muy raras en París en el mismo año. Al decir de Brandt, fueron muy frecuentes en 1870 en el ejército alemán, en el que murieron muchos individuos de esta enfermedad. En efecto: justo es observar que estas lesiones las padecen principalmente los soldados en campaña, quienes, con frecuencia muy debilitados, no ofrecen, por decirlo así, resistencia alguna. El doctor Charcot cree que son más frecuentes en las epidemias graves, y que se encuentran más á menudo en los hospitales que en la práctica civil.

Acabamos de atravesar recientemente en Burdeos una epidemia durante la que, á mi juicio, sería muy difícil establecer la frecuencia de las complicaciones laríngeas, teniendo en cuenta la escasa atención que se presta al órgano de la voz, á menos que haya síntomas graves que obliguen al médico á fijarse en dicho órgano.

Louis admitía ya en su obra que los desórdenes observados en la fiebre tifoidea, durante ó después de ella, ascendían al 20 por 100. Griesinger estimaba que la cifra llegaba al 26 por 100. Hace también una distinción entre los hombres y las mujeres; así, mientras éstas no serán atacadas más que en una proporción de 20 por 100, los hombres pagan un tributo de 30 por 100. Podemos reconciliar estas estadísticas con la de Zülzer, quien declara que se encuentran úlceras de la laringe en el 20 por 100 de los fallecidos. Heinze, por otra parte, no encontró en 113 casos de fiebre tifoidea sometidos á la autopsia en el Instituto patológico de la Universidad de Leipzig, más que 13 casos, ó sea 11,5 por 100, en los que había alteraciones de la mucosa. Rühle nos enseña todavía que en 180 muertos de tifus exantemático, comprobó 17 veces alteraciones de la laringe, ó sea el 9,5 por 100. Estos casos se repartían de la manera siguiente: 5 catarros agudos, de los que 3 presentaban erosiones en forma de grietas en las cuerdas vocales inferiores, y 2 con infiltración serosa ó sero-purulenta del tejido inflamado. Seis veces se encontraron laringitis erupales con difteria de los órganos respiratorios, asociada á una afección análoga del resto de la garganta; en 5 casos, había ulceraciones por necrosis, y en otro, edema del ligamento ari-epiglótico izquierdo, provocado por una tumefacción del lado izquierdo de la parótida. Tenemos derecho á dudar hasta cierto punto de la legitimidad de tales cifras, porque únicamente las alteraciones bastante pronunciadas persisten después de la muerte, mientras las más ligeras han desaparecido al practicarse la autopsia.

En general, las complicaciones se presentan en épocas variables dentro del segundo ó tercer septenario. Ciertos autores han observado también manifestaciones laríngeas desde el undécimo día de la enfermedad; pero, en tesis general, parecen sobrevenir por completo al finalizar el segundo septenario. En algunas ocasiones no se observan más que cuando se establece la convalecencia. Esta es la opinión del doctor Murchinson. Blaising, en sus estadísticas, nota manifestaciones laríngeas 29 veces durante la evolución de la fiebre tifoidea y 12 durante la convalecencia. Divide las lesiones comprobadas en: eritematosas, diftéricas, ulcerosas y necróticas. En 99 casos encontró:

Eritema.....	13 veces.
Difteria.....	12 —
Ulceraciones.....	41 —
Necrosis.....	33 —

Luego si, como parece conveniente hacerlo, se reúnen las úlceras y las necrosis, tendremos 74 casos de lesiones úlcero-necróticas.

ETIOLOGÍA. — PATOGENIA. — Como etiología de las complicaciones laríngeas de la fiebre tifoidea, se ha invocado la naturaleza epidémica de la enfermedad, la falta de cuidados higiénicos, el frío, los esfuerzos vocales anteriores ó contemporáneos á la afección y el sexo masculino, que parece más predispuesto, quizá por sus ocupaciones.

La patogenia de estas complicaciones no está dilucidada por completo. Hanse emitido las teorías más diversas. Para Bouillaud y Cruveilhier se trataría pura y simplemente de una inflamación de la mucosa vocal, análoga á la de las encías, de la lengua y de la parte posterior de la garganta.

Rokitansky admite una infiltración tifoidea en el espesor de los tejidos. « El tifus de la laringe — dice este autor — es en algún modo la terminación del tifus abdominal. » Para Louis, se trataría de un virus especial; Wunderlich creía que la descamación general podía localizarse en la laringe. Haller y Koch piensan que, á consecuencia del decúbito dorsal, se producía en la parte posterior de la garganta una acumulación de secreciones que, descomponiéndose, determinaban ulceraciones características; pero esta teoría cae por su base, porque las ulceraciones no existen siempre en la parte posterior de la garganta y, según aquella opinión, debería ser la regla general. Otros admiten que en la laringe se presentan fenómenos idénticos á los del tubo intestinal, y Wissemann, en su tesis, insiste en la semejanza existente entre la laringe y el intestino, semejanza que el Dr. Coyne, antes que el mencionado autor, estableció muy bien en su tesis inaugural. Wissemann, como Mandl y Virchow, admiten una producción linfática con necrosis.

Esta teoría seductora, apoyada en los datos anatómicos, tiene el inconveniente de adolecer de contradicciones muy serias. En efecto: los folículos cerrados se encuentran debajo de la capa epitelial, y las lesiones son raras en los ventrículos de Morgagni y en las cuerdas vocales, que es donde existen principalmente estos folículos. Feltz emitió el concepto de que pudiera tratarse de embolias capilares que acarrearían necrosis con gangrena y esfacelo, y cita observaciones en apoyo de su teoría, que, sin embargo, no explican las afecciones primitivas de los cartilagos, ni tampoco su generalización. ¿Debemos, en último caso, admitir un microbio? Es muy probable.

Las pseudomembranas diftéricas que se observan á veces en el curso ó la declinación de la fiebre tifoidea, están constituidas, no por exudados diftéricos particu'ares, como quería Rokitsky, sino por una verdadera difteria pseudomembranosa, cuya patogenia es, por lo demás, muy difícil de dilucidar; quizá se trate de un estado epidémico. No obstante, esta difteria no será, según toda probabilidad, más que una simple proliferación de la capa superficial del epitelio descamado con ó sin ulceración.

Tal difteria, que debe considerarse como *una afección secundaria de la fiebre tifoidea*, da igualmente lugar á lesiones ulcerosas. Eppinger, que ha hecho investigaciones anatómicas en este sentido, admite que las capas membranosas que se han observado no son productos de exudación, sino que se hallan constituidas por una sustancia epitelial metamorfoseada por la necrosis, y sembrada de micrococos, los cuales, según este autor, juegan un papel activo en el proceso ulceroso. En efecto: penetrando profundamente, determinarán capas sucesivas de necrosis, y de este modo se constituirá la ulceración, á la que denomina «*úlceras sépticas*», y que puede combinarse con la «*úlceras tifoideas*», provocando lesiones considerables.

Admitiendo ambas categorías de ulceraciones, la pericondritis será resultado de su acción; sin embargo, por excepción, la flegmasia podrá principiar por el pericondrio y formar un absceso que se abriría en la laringe ó en sus proximidades.

SINTOMATOLOGÍA. — Las manifestaciones laríngeas de la fiebre tifoidea se manifiestan bajo dos formas distintas, que son, poco más ó menos, las siguientes: 1.^a, forma eritematosa; 2.^a, forma ulcerosa que se subdivide en: a) necrósica primitiva, y, b) necrósica secundaria ó consecutiva; 3.^a, forma diftérica; y, por último, 4.^a, forma miopática.

1.^a *Forma eritematosa.*—Se observan en ella todos los síntomas de la laringitis catarral aguda: sensación de escozor y de quemadura en la parte posterior de la garganta y gran dificultad y dolor al tragar la saliva.

En la voz, aspereza y ronquera. La tos es nula ó escasa, pudiendo ser, sin embargo, seca, por accesos, ó espasmódica. Todos estos síntomas varían con la intensidad de la enfermedad general.

Si se practica el examen laringoscópico, se ve descamación general de la mucosa laringea, principalmente en la epiglotis, los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares y en las cuerdas vocales, preferentemente en su parte superior. Toda la capa superficial del epitelio está levantada. Algunas veces se ven mucosidades oscuras ó de un gris subido, que se desprenden por los golpes de tos, lo que hace se las distinga de las úlceras. La laringe está seca, como barnizada, ofreciendo un aspecto análogo al de las fosas nasales y de la faringe en este período de la enfermedad.

El Dr. Chaumel compara la epiglotis de los tifoideos al glante en erección, pero hay que convenir en que dicho opérculo, aunque rojo y finamente granulado, no está tumefacto de una manera muy notable.

La laringitis eritematosa se presenta comúnmente en el curso de la fiebre tifoidea. Corresponde á la forma catarral de los autores alemanes y, según ellos, se observará en la primera ó segunda semana de la dotinentería. El *catarro* de la laringe, en un caso que observó Lœri, juntamente con la hipertrofia del bazo, desórdenes cerebrales leves y la curva de la temperatura particular de esta enfermedad, formaba la única sintomatología. Este *catarro* se acompaña de una secreción abundante, con desprendimiento del epitelio, equimosis y pequeñas erosiones.

2.^a *Forma ulcerosa*. — Las erosiones se transforman pronto en úlceras, constituyendo el segundo estadio de las complicaciones laringeas ó « forma ulcerosa ». Se observa en el curso ó al fin del segundo septenario y, á veces, también en el tercero. Según Eppinger, citado por Gottstein, las erosiones aparecen particularmente en los bordes laterales de la epiglotis. Las determinaría la rotura de la mucosa bajo la influencia del proceso edematoso que acompaña al *catarro*, atacando esta solución de continuidad los bordes de la epiglotis, pues en este punto se adhiere la mucosa muy poco al cartilago. Además, la salida imperceptible del líquido procedente del edema, provocará una retracción de los bordes de esta membrana, con denudación del cartilago y consiguiente alteración de su trama orgánica.

Existen pocos ó ningún síntoma funcional; alguna vez algo de dolor á la presión por encima de la laringe y, en otros casos, ausencia completa de dolor en esta región.

Los desórdenes vocales se relacionan con el sitio, la extensión y la naturaleza del mal. Si éste cae en la parte posterior de la laringe, en la soldadura del cricoides ó en las partes laterales, se observará aspereza, ronquera y aun afonía completa á veces.

Los trastornos respiratorios suelen ser insignificantes, ó faltar completamente; pero si existe edema de los repliegues ariepiglóticos que obstruya la laringe, se presentará una dispnea considerable con accesos de sofocación. En otros casos, la tumefacción ó los abscesos de la región aritenoides engendran la estenosis respiratoria, con las alteraciones consiguientes. La tos será nula y, á veces, ronca. La expectoración varía según la extensión de la lesión; poco abundante y simplemente mucosa, se hará purulenta con estrias de sangre si han sido invadidos los cartilagos. Frecuentemente, también es fétido el aliento y se producen verdaderos vómitos de pus cuando hay abscesos ó flemón en la laringe.

Al *examen laringoscópico* se comprueban, al principio, erosiones en la mucosa de la epiglótis, ó en la región aritenoides. Son pérdidas de sustancia, redondeadas, ovalares ó longitudinales, muy irregulares, con bordes blanduchos, franjeados ó gruesos é infiltrados. De color pardusco sucio, estas úlceras no tardan en extenderse, formando verdaderos cráteres con bordes anfractuados y cortados á pico. Otras veces, las lesiones de la mucosa, muy profundas, están recubiertas de detritus blanquecinos ó gris-blanquecinos acompañados ó no de edema.

En una palabra, se encontrarán alteraciones muy graves de la mucosa y de los cartilagos laríngeos. Los abscesos forman á menudo en los tejidos de esta región cavidades profundas y anfractuadas, en cuyo fondo el cricoides, el tiroides ó los demás cartilagos están más ó menos alterados por la caries ó la necrosis. Los Dres. Dittrich, Cruveilhier, Bouillaud, Sestier, Trousseau y muchos otros, han estudiado estas lesiones serias del armazón de la laringe, resultando claramente que el cricoides es el que más frecuentemente padece, siguiendo el aritenoides y luego el tiroides y la epiglótis. Habitualmente, se presentan en la convalecencia estas alteraciones profundas, cuya consecuencia más ó menos inmediata es la estenosis laríngea.

3.^a *Forma diftérica.* — El Dr. Sanné, en su *Traité de la diphtérie*, la considera como poco común en la dotinenteria, porque en 1.456 casos no recogió más que 246 observaciones de difteria secundaria, de las que sólo 8 veces era la afección consecutiva á la fiebre tifoidea. Mollière la encontró 6 veces en 234 enfermos durante la epidemia de Lyon (1876), y el Dr. Libermann opina que apenas se la encuentra una vez en 100 enfermos.

Se presenta á lo sumo en la tercera semana de la enfermedad, y se distingue por la delgadez de la membrana que se forma. Hemos visto en la patogenia cómo puede dar lugar á una úlcera.

La enfermedad no ofrece caracteres particulares, y el cortejo sintomático es el de la difteria en general.

La dispnea no es muy considerable en la forma diftérica, porque las neomembranas están muy poco desarrolladas y, por otro lado, la médula ha perdido casi toda su irritabilidad.

4.^a *Forma miopática.* — Se manifiesta en la convalecencia de la fiebre tifoidea ó después de su curación. Consiste en alteraciones musculares momentáneas, ó en parálisis definitivas por atrofia ó degeneración de uno ó de muchos grupos de músculos de la laringe. Lœri, que ha hecho constar las parálisis, admite que pueden no interesar más que músculos aislados, ó bien los de un solo lado. Será muy raro ver que los desórdenes de la motilidad se extiendan al mismo tiempo á todo el órgano vocal. También puede extenderse la parálisis al velo del paladar y á la faringe. Weber y Koch han referido casos en que la lesión interesaba los crico-aritenoideos posteriores, ocasionando conatos de sofocación que necesitaban la abertura de las vías aéreas.

Los desórdenes de la voz varían según los músculos paralizados. Chaumel señala un caso de afonía observado por el Dr. Cornil, en el que la autopsia no reveló absolutamente ninguna alteración de la mucosa; evidentemente tal síntoma era consecutivo á trastornos musculares. Libermann, Türk, Morell-Mackenzie y algunos otros, admiten que se trataba de una parálisis de los constrictores, en particular del tiro aritenoideo. Si hemos de creer la descripción de Libermann y se admite la falta de aproximación de las cuerdas hacia dentro, se trataría entonces de la parálisis de todo un grupo muscular.

CURSO. — La forma eritematosa desaparece con la enfermedad general que determina la explosión. Algunas veces, el catarro laríngeo primitivo provoca la aparición de accidentes más graves y hasta de verdadero laringo-tifus. La forma ulcerosa se hace entonces tan formidable, que algunos autores renuncian en absoluto á los medios ordinarios de tratamiento, y, sin embargo, no es preciso descuidarse, porque, por punto general, pueden los enfermos salvarse de alteraciones graves.

DURACIÓN. — Es muy variable; ciertas formas se desvanecen casi al presentarse. Otras sobrevienen tardíamente, veinte días, un mes ó dos después del principio de la afección, y tienen tendencia á persistir largo tiempo.

COMPLICACIONES. — El edema y el flemón acompañan con bastante frecuencia á la laringitis úlcero necrósica. Las infiltraciones serosas (edema agudo de la laringe ó de los repliegues ari-epiglóticos) arrebatan á los enfermos, y originan flemones difusos con gangrena de la mucosa, pudiendo esta última complicación ir seguida de una intensa neumonía séptica consecutiva.

Señalemos todavía entre las complicaciones más serias: las estenosis temporales ó definitivas, y las anquilosis aritenoideas consecutivas á las pericondritis ó artritis de esta región.

DIAGNÓSTICO. — Es algunas veces muy fácil, pero presenta, en algunos casos, una dificultad casi insuperable por la hinchazón de las partes. Los desórdenes vocales de que hemos hablado más arriba, la disfagia y los trastornos respiratorios, deben atraer la atención hacia la laringe.

Deben hacernos vigilar también la inflamación catarral ó diftérica de la faringe.

En el tifus exantemático, las lesiones de la mucosa vocal, mucho más raras, no van nunca acompañadas de alteraciones tan profundas como en la fiebre tifoidea.

Por último, el examen laringoscópico practicado en la dotinentería, permite casi siempre comprobar *de visu* las lesiones, muy graves algunas veces, y sobre las cuales ya he insistido bastante.

PRONÓSTICO. — Ofrece una gravedad tanto mayor, cuanta es la intensidad que la dolencia reviste. Hemos experimentado, efectivamente, que el edema puede ocasionar la muerte en el curso de la enfermedad, y que las estenosis constituyen una lesión muy grave.

No se debe olvidar, en el curso de esta afección, procurar las mayores precauciones. El Dr. Wissemann y muchos autores, admiten que, con los medios profilácticos, se podrán evitar muchas veces complicaciones muy serias. Por esta razón conviene que los enfermos se guarden de todo enfriamiento que pueda producir la laringitis ulcerosa en la convalecencia.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de las alteraciones laringeas consecutivas á la fiebre tifoidea, no deja de presentar dificultades muy serias. Por lo demás, puede variar según las formas que se observen.

En los catarrros leves se prescriben los astringentes, y preferentemente las fumigaciones é inhalaciones emolientes y antisépticas en la habitación ó en el lecho del enfermo.

Si hubiera ulceraciones extralaringeas, las simples pulverizaciones con ácido fénico, benzoato de sosa, hidrato de cloral, ácido bórico, etc., podrán proporcionarnos útiles servicios. He aquí, por ejemplo, una fórmula que convendrá perfectamente en esta clase de lesiones.

Pulverizaciones con :

Ácido bórico.....	5	gramos.
Hidrato de cloral.....	2	—
Glicerina.....	50	—
Agua.....	450	—

Se reemplazará el ácido bórico con el benzoato de sosa, bórax ó aluminio aceto-tartárico, medicamento este último que preconiza el Dr. Max-Schäffer (de Brema) y que es, efectivamente, un excelente tópico.

En el edema de la mucosa de la laringe se hará chupar hielo. En una palabra, se empleará el tratamiento que se preconiza para la laringitis edematosa aguda. (Véase tomo I, pág. 193.)

Algunos autores abren, con ayuda del espejo, los abscesos que se hayan formado; medida que creo debe aceptarse, porque produce buenos resultados.

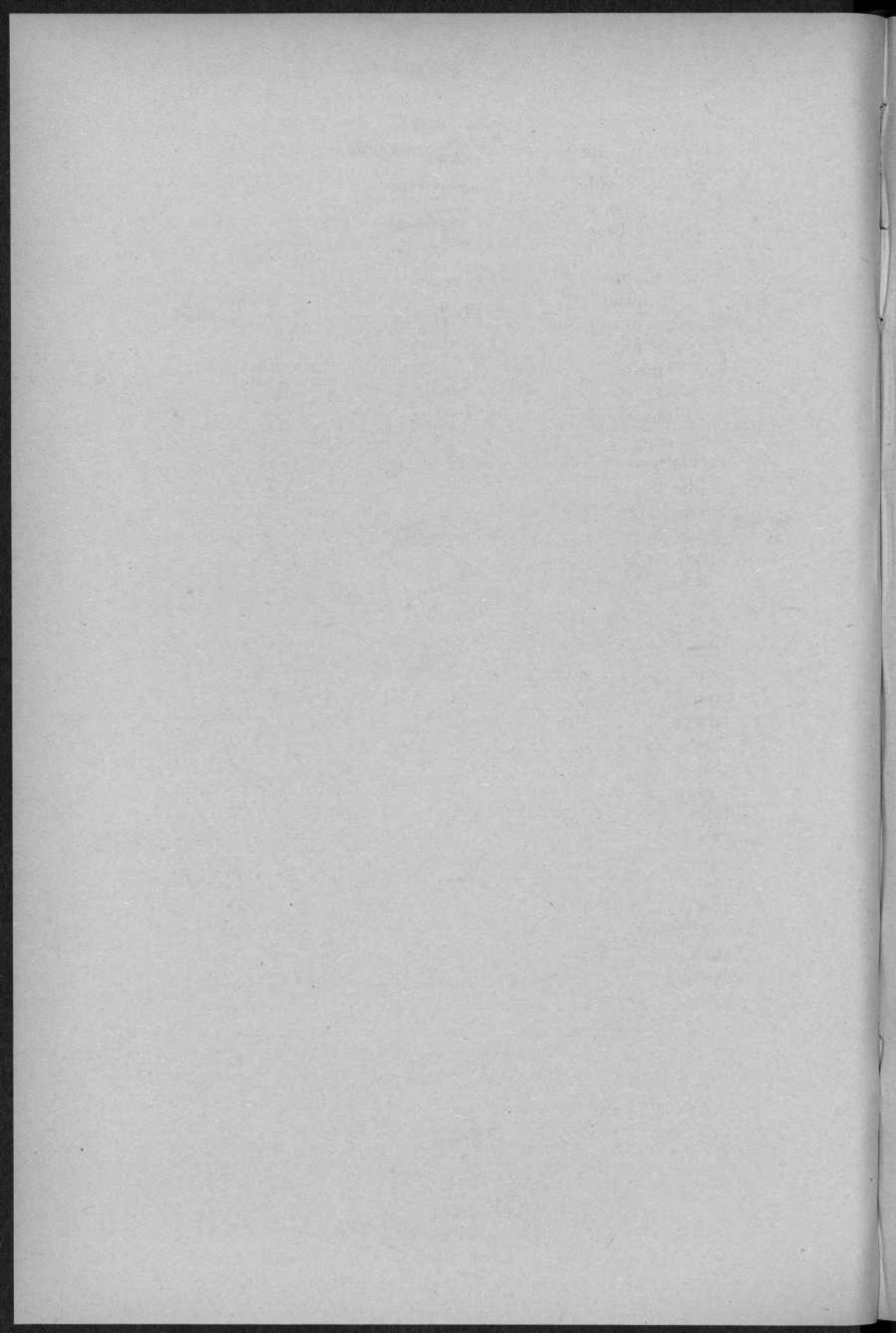
En los enfermos atacados de edema de la glotis, el único tratamiento racional, capaz de evitar una terminación fatal y proporcionar la curación, es la traqueotomía. Practicada y recomendada desde largo tiempo há, debe hacerse aun en los casos en que los éxitos parecen poco numerosos, porque se opone á la asfixia, que es un peligro inmediato.

Sin embargo, como muchas veces se encuentra el cricoides necrosado, se practicará tan baja como sea posible la abertura de la tráquea. Constituye éste un punto sobre el que el Dr. Koch ha insistido, con razón, en su obra. El despegamiento de la mucosa, consecutivo al absceso, es también un obstáculo para la introducción de la cánula y es útil no olvidarlo en tiempo oportuno.

Convendrá, pues, antes de hacer la traqueotomía, cerciorarse, por el tacto exterior y por el examen directo, del estado de la mucosa, y, en especial, de los cartílagos de la laringe.

Convendrá también saber en qué punto del conducto deberá hacerse la incisión, para evitar los funestos accidentes que pudieran seguirse si se introdujese la cánula en cartílagos necrosados ó careados.

Una vez curado el enfermo, después de la traqueotomía, se tratarán las laringo estenosis consecutivas por los medios ordinarios. Si se ha abierto la tráquea para oponerse á una complicación transitoria (edema agudo), se quitará la cánula, cuando la laringe se haya curado y esté libre del mal, como si se hubiese tratado de una simple laringitis edematosa; pero antes de quitar el tubo traqueal deberá examinarse el órgano fonético.



5.º Erisipela.

Sumario.— Como complicación es conocida largo tiempo há.— Erisipela primitiva de la laringe.— Patogenia basada en la teoría microbiana.— Los síntomas varían con la forma que se observa: eritematosa, flictenular y gangrenosa.— Analogía con los desórdenes del edema agudo.— El curso puede ser rápido; el pronóstico grave.— El diagnóstico es generalmente fácil.— Tratamiento.

Desde largo tiempo hace, conocíase que la erisipela se podía extender á la mucosa de las vías aéreas, pues ya en 1757 Darluc, citado por Mackenzie, se expresaba en los términos siguientes: «En algunos casos, la materia morbosa se extiende á la garganta y dificulta la deglución; la voz se torna ronca y existe una especie de sofocación.» Pero en 1862, el Dr. Cornil, agrupando las observaciones diseminadas en la literatura médica, describió con claridad, en los *Archives de Médecine* de dicha época, las diversas fases de esta manifestación, que el Dr. Morell-Mackenzie estudió á su vez, en 1882, en su *Traité des maladies du larynx*.

Llevando más allá sus investigaciones el Dr. Massei (de Nápoles), publicó el primero, en 1885, un caso de *erisipela primitiva* de la laringe, y poco después, en 1887, los Dres. Fassano, Semon y Bryson-Delavan, confirmaron las observaciones de aquel autor, el último de los cuales discutió tan interesante cuestión ante la Sociedad de Laringología de América (1887).

Más recientemente (1888), el Dr. Hering, en su tesis sobre el flemón necrósico de la laringe, estudió las relaciones de esta complicación con la erisipela.

ETIOLOGÍA.— **PATOGENIA.**— Si es oscura todavía la etiología propiamente dicha de la erisipela de la laringe, su patogenia parece más fácil de explicar, gracias á la teoría microbiana. Es cierto que el órgano vocal no escapa á las causas habituales de inoculación, y que, menos expuestas que la piel, las mucosas están por este mismo hecho más

exentas que el tegumento externo, sin que para ellas exista, sin embargo, una inmunidad absoluta. No puedo hacer nada mejor, para tratar de esta cuestión de patología, que presentar el resultado de las investigaciones más recientes hechas sobre este asunto, y que el doctor Hering expone en su tesis: « Las últimas investigaciones en esta materia — dice este autor — se deben a! Dr. Pawlowsky (de San Petersburgo), quien se ha aplicado á determinar, no sólo la relación existente entre ambos microbios, sino también su fijeza y su resistencia en las diversas sustancias antisépticas. La cuestión de prioridad en estas investigaciones, resuelta últimamente por Hajek, se encuentra fuera de nuestro objeto.

» El Dr. Pawlowsky trata de proseguir sus investigaciones bacteriológicas, no por medio del método de Fehleisen, que consiste en inocular en la gelatina pedacitos de piel humana erisipelatosa, sino hundiendo un asa de platino en una pequeña incisión practicada en la piel atacada de erisipela para introducirla luego en gelatina esterilizada. Por medio de este procedimiento, ha obtenido resultados típicos en conejillos de Indias, en ratas blancas, conejos y perros.

» Se han obtenido resultados auténticos, inoculando en la oreja de un conejo dicho cultivo, mediante una aguja impregnada en el mismo.

» La rubicundez y el edema se desarrollaron con rapidez, invadiendo el oído y extendiéndose á toda la mitad del cuerpo. La temperatura llegó hasta 40°, y á veces á 41. Después de cuatro ó cinco días, el proceso morbozo empezó á decrecer, y el conejo curaba casi siempre sin que se presentase supuración.

» En la segunda parte de su trabajo, Pawlowsky investiga si el *streptococcus* de la erisipela produce siempre el mismo proceso típico en todos los tejidos y en todas las condiciones, ó si, por el contrario, se producía en tejidos ya alterados supuración ó gangrena.

» Con este objeto, aplicó una ligadura temporal de cautchuc en las orejas de algunos conejos, y ligó las venas y las arterias del oído. De esta manera, después de haber suspendido la circulación, inoculó las orejas con un cultivo de *coccus* erisipelatoso, y no comprobó ni gangrena ni supuración.

» La erisipela se producía con su forma típica.»

SÍNTOMAS. — Varían según la intensidad de la afección, en la que podemos reconocer, con el Dr. Cornil, tres formas diferentes: 1.^a, eritematosa; 2.^a, flictenular, y 3.^a, gangrenosa.

En la primera forma, los síntomas funcionales, á menudo poco acentuados, consisten especialmente en una fatiga ligera en la deglución, sensación de escozor en la parte posterior de la garganta, y ronquera más ó menos marcada, según el estado de las cuerdas vocales.

Rubicundez difusa con hinchazón variable de la mucosa laringea, sobre todo en la epiglotis y sus repliegues, serán poco más ó menos las únicas lesiones apreciables al laringoscopio.

En la forma flictenular, la tumefacción edematosa podrá hacerse bastante considerable para simular en absoluto un edema agudo de los repliegues ariepiglóticos, expresando asimismo en su obra el doctor Massei la opinión de que muchos hechos de laringitis edematosa eran simplemente erisipelas primitivas de la laringe. Algunas veces pueden producirse, en las partes atacadas, pequeñas flictenas que muy á menudo pasan inadvertidas. En esta forma, la hinchazón ataca, no solamente á la epiglotis y sus repliegues, sino á toda la mucosa vocal y hasta la de la tráquea. Los síntomas funcionales son los de la laringitis edematosa (véase tomo I, pág. 193); los desórdenes respiratorios, aceptando una intensidad poco común, dominan presto la escena, por lo cual debe intervenir se rápida y enérgicamente.

La forma gangrenosa se parece mucho á la laringitis llamada submucosa, infiltro-laringea, etc., y á las inflamaciones de que ya hemos hablado á propósito del edema agudo de la laringe (véase pág. 199, tomo I); es absolutamente parecida á la enfermedad que el Dr. Senator describió recientemente (1888) en Berlín, con el nombre de flemón infeccioso primitivo de la laringe. En efecto: no puede dudarse que se trata en estos casos, como supone el Dr. Virchow, de una erisipela gangrenosa de la laringe, estudiada por el Dr. Massei, cuyo trabajo sobre esta materia no conoce, según parece, el autor alemán.

No describiré detalladamente las numerosas y variadas alteraciones de la mucosa ó de los cartílagos laringeos; la hinchazón edematosa domina, por punto general, la situación, impidiendo con frecuencia ver el interior de la laringe, y únicamente por la autopsia se pueden conocer la extensión y profundidad de las lesiones.

Los desórdenes funcionales están en relación con el sitio y la gravedad de las modificaciones patológicas que se observan.

Los síntomas generales están caracterizados por un violento escalofrío con accesos de fiebre más ó menos marcada (39 á 41°), cansancio general, incomodidad, vómitos; en una palabra, todos los síntomas de una enfermedad grave que principia. Poco después, aparece fatiga en la parte posterior de la garganta, ardor y escozor, dificultad al tragar, ronquera, cornaje y todos los accidentes característicos de una lesión grave de la mucosa de la laringe. El infarto ganglionar falta de ordinario, si sólo padece la laringe y se halla sano el resto de la garganta.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — La enfermedad es generalmente rápida, y su curso progresivo, asta el punto de que, en algunas horas, los trastornos adquieren notable intensidad.

La duración de la dolencia se subordina á la naturaleza del proceso inflamatorio; la forma eritematosa es de duración más corta, mientras la erisipela flictenular y gangrenosa puede persistir muchos días y concluir, ya por flemón, absceso y eliminación de los cartílagos necrosados ó pedazos de mucosa esfacelada, ya por asfixia y muerte rápida del enfermo, ó, finalmente, por regresión y curación.

PRONÓSTICO. — Siempre grave, se desprende de lo que acabamos de decir. Depende de la naturaleza, extensión y celeridad con que la erisipela evoluciona.

DIAGNÓSTICO. — Será generalmente fácil. La intensidad de los síntomas generales y funcionales por una parte, la rubicundez más ó menos viva de las regiones afectas, y que se propaga muchas veces á la faringe; la difusión de las lesiones por otra, permitirán distinguir la erisipela primitiva del edema agudo ó igualmente primitivo de la mucosa laringea. En efecto: exceptúo las erisipelas por propagación, puesto que las lesiones de la piel evitarán que se confunda con ninguna otra lesión del órgano vocal.

TRATAMIENTO. — Preferentemente se administrarán los purgantes salinos. Localmente fomentaciones calientes alrededor del cuello, sanguijuelas si hay necesidad, inhalaciones calmantes, pulverizaciones ó gargarismos fenicados. Para oponerse á la asfixia, si se teme esta complicación formidable y frecuente de la erisipela de la laringe, no se vacilará en abrir las vías aéreas.

Lo demás del tratamiento es el de la laringitis edematosa ó de los abscesos de esta región. (Véanse págs. 193 y 207, tomo I.)

Complicaciones laringeas de la gripe (influenza)

Sumario. — Definición; historia; etiología. — Complicaciones laringeas, formas diversas; catarro simple, síntomas funcionales y locales, rubicundez hemorrágica de la mucosa; pueden presentarse parálisis y espasmos musculares; descripción de estos desórdenes. — Hinchazón de la región posterior; úlceras catarrales; son bastante frecuentes; sitio, aspecto. Edema de la glotis. — El diagnóstico es fácil, el pronóstico ordinariamente benigno. — Tratamiento: será general y local.

DEFINICIÓN. — Estudiaremos con el nombre de *gripe* una enfermedad general, epidémica, contagiosa é infecciosa, caracterizada por la fiebre, cefalalgia, raquialgia, cansancio y abatimiento total de fuerzas, acompañada con frecuencia de fenómenos gastro-intestinales y un catarro de las vías respiratorias que, sin embargo, no tiene nada de absoluto.

HISTORIA. — Los autores han señalado desde mucho tiempo há diferentes epidemias parciales. La de 1414, que atacó á Paris, ensañóse particularmente en los ancianos. En 1557, con la denominación de fiebre catarral epidémica, castigó la fiebre á Francia é hizo numerosas víctimas. Pero la primera y mayor epidemia que invadió á toda Europa data de 1580. Desde entonces y en épocas distintas, sobre todo en el último siglo, y con los variados nombres de coqueta, *influenza*, juguetera, etc., la enfermedad recorrió el mundo, y atacó á Italia, de donde nos vino con el nombre de *influenza*, nombre que debe en gran parte á su origen extranjero y con cuyo favor se le ha acogido en nuestros días. Todavía debemos señalar las epidemias de 1803, 1830, 1833, la de 1837 notable por su extensión y, finalmente, las epidemias parciales de 1847, 1860 y 1870.

No describiré la enfermedad designada con los nombres que acabo de indicar, por ser suficientemente conocidas sus diversas formas (catarral, gastro-intestinal y nerviosa). Me limitaré á recordar la etiología y á estudiar las complicaciones que pueden presentarse en la laringe, ya en el curso de la enfermedad, ya como consecuencia de sus ataques.

ETIOLOGÍA. — La *grippe* parece desarrollarse de preferencia en tiempos fríos y húmedos; ciertas condiciones atmosféricas no son extrañas á su producción, pero se presenta igualmente en todas las estaciones y en todos los climas. Las epidemias marchan generalmente de Este á Oeste y tienen una duración media de dos á cuatro meses. Ataca á todas las edades y á todas las clases sociales, y recorre con la mayor celeridad extensiones considerables. Es, á la vez, epidémica y contagiosa. Los Dres. Proust, de Hoste, Ollivier y Peter han referido casos bastante claros de contagio. El microbio que, como ya se sabe, domina la patología contemporánea, no podía faltar en la *grippe*. El Dr. Seifert (de Viena) descubrió en los esputos de los enfermos un micrococo en cadenilla. El Dr. Bouchard encontró tres microbios: el estafilococo piogénico áureo, el neumococo y el estreptococo; pero ninguno es peculiar de la enfermedad. Los Dres. Vaillard y H. Vincent han encontrado constantemente en sus exámenes un estreptococo bastante análogo al de la erisipela. Este mismo microbio es el que vieron los doctores de Casal y Ribuert (de Berlín). De cualquier modo que sea, necesitanse nuevos estudios para esclarecer la cuestión; pero queda comprobado que la *grippe*, por sus caracteres malignos ó benignos, por su curso rápido ó lento y por sus diversas localizaciones, se aproxima manifiestamente á las enfermedades infecciosas y puede colocarse entre ellas.

COMPLICACIONES LARÍNGEAS. — Los desórdenes laríngeos que dependen de la *grippe* merecen, por su frecuencia y alguna vez por su gravedad, llamar nuestra atención de un modo particular. Sin embargo, su estudio es de reciente fecha, y en vano, recorriendo las obras clásicas y especiales, se buscará la descripción de las diversas lesiones que produce. La ronquera, la disfonía, las sensaciones de picor en la laringe, en una palabra, los síntomas de laringitis se señalan por los autores, y en particular por Gottstein; pero estos prácticos no han estudiado y descrito más que el estado catarral de la mucosa respiratoria en sus localizaciones en el órgano vocal. La vulgarización y los progresos de la laringoscopia, haciendo en nuestros días más fácil y al mismo tiempo más precisa la observación de los hechos, permiten desde ahora crear un capítulo nuevo de patología, que resumirá, según los datos que la epidemia de 1889-90 suministra, el estado de nuestros conocimientos en esta materia.

Lo mismo que la afección principal se presta poco á una descripción de conjunto, sus complicaciones laríngeas ganan con ser estudiadas aisladamente. Describiremos, pues, desde luego el catarro de la mucosa, las parálisis y los espasmos musculares, las úlceras de las cuerdas vocales y el edema de la glotis, accidentes más ó menos frecuentes que en el curso de la enfermedad se observan.

1.º *Catarro de la mucosa.* — Los signos funcionales que se encuentran en este caso son los de una laringitis catarral aguda. Contentémonos con recordarlos en pocas palabras, sin insistir demasiado en ellos.

En los casos ligeros, los enfermos se quejan de una sensación de sequedad y cosquilleo en la laringe, que provoca accesos de tos seca. Los fenómenos dolorosos se marcan poco, aparte de algo de dolor en la región posterior de la garganta.

En las formas más graves y más extensas, la tos es incesante y penosa. El aire inspirado, al tocar la mucosa irritada, provoca un verdadero dolor y un escozor intolerable. La respiración, que la obstrucción de la nariz dificulta, es por lo general bastante fácil, al menos en los adultos. La expectoración, nula al principio, hácese más tarde abundante. La voz se pone ronca, tórñase bitonal y hasta puede extinguirse por completo.

Al examen laringoscópico se ve una rubicundez que se extiende á todo el órgano vocal. La epiglotis presenta una coloración rosada y están tumefactos á veces los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares y la región interaritenoides. Las cuerdas vocales, recubiertas por una secreción pardusca y viscosa, ofrecen una coloración más ó menos marcada según el grado de inflamación. Están deslustradas, redondeadas, debiéndose, en gran parte, este estado á una ligera suflación serosa submucosa. En ciertos individuos, la hiperemia parece llegar á un punto tal, que las cuerdas vocales presentan un eritema escarlatiniforme intenso con descamación epitelial, y aunque nosotros no lo hayamos visto en nuestros enfermos, puede preverse el caso en que, llevada al extremo, esta congestión sea causa de hemorragias laringeas submucosas, que pudieran abrirse paso al exterior. Llamamos la atención hacia este estado eritematoso, que se traduce en las cuerdas vocales por un punteado hemorrágico. Lo hemos encontrado muchas veces, mucho tiempo después del principio de la enfermedad, cuando los síntomas subjetivos se limitaban á una simple ronquera y á algunos accesos de tos nocturna, sin que hubiese fenómenos de reacción muy pronunciados.

En cuanto á los desórdenes parésicos, no difieren sensiblemente de los de la laringitis aguda.

2.º *Parálisis y espasmos de la glotis.* — La ronquera, la disfonía, la bitonalidad de la voz y la afonía, se deben en gran parte á la parálisis ó, por lo menos, á la paresia de los músculos fonadores. Se sabe ya que estos desórdenes son efecto de la falta de paralelismo y de tensión de las cuerdas vocales, por las contracciones irregulares de las fibras musculares que, al atacarlas la inflamación, padecen de impotencia fun-

cional. Así puede observarse, á consecuencia de lesiones de los tiro-aritenoideos, la relajación de las cuerdas vocales que da á su borde libre el aspecto ondulado bien conocido. El desorden en la contracción de los ari-aritenoideos, determina los síntomas ordinarios en semejante caso, es decir, una separación más ó menos clara de la glotis intercartilaginosa y una afonía más ó menos completa.

Pero este orificio glótico posterior no debe, sin embargo, atribuirse siempre y exclusivamente á la paresia ó á la parálisis de estos músculos. El tejido adenoideo que tapiza la porción posterior de la garganta se continúa desde la base de la lengua y la epiglotis hasta la mucosa laríngea; recubre los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares, los ventrículos, y si las cuerdas vocales no están exentas, se le encuentra todavía bajo la forma de folículos cerrados, descritos por el Dr. Coyne, en la región interaritenoidea, donde sirve de lazo de unión entre el grupo más importante de las vías respiratorias superiores y el de la tráquea y bronquios. Pero la gripe, como la fiebre tifoidea — hecho señalado por el Dr. Goreau —, ataca preferentemente este tejido tan susceptible en ciertas personas. Este autor no vacila en localizar en gran parte las lesiones anatómicas y la dolencia en el tejido adenoideo, cuya inflamación es constante, según él.

La tumefacción resultante impide que los aritenoides se aproximen, y simula una parálisis de los ari-aritenoideos que, unida á los trastornos de la motilidad, contribuye por su parte á cerrar la abertura posterior de la glotis. Las modificaciones del tejido adenoideo en este punto, explican, pues, las alteraciones, á menudo profundas, de la fonación en la gripe, cuando la mucosa laríngea parece relativamente sana y no ofrece caracteres objetivos suficientes para justificarlas.

Algunas veces, pocas en verdad, cuando el órgano vocal parecía poco afectado en sus diferentes partes, hemos podido observar, sin existir defecto nervioso ó alcohólico, cierto grado de paresia de los constrictores, cuya causa no se pudo averiguar. Estos desórdenes son de origen central; existen localmente lesiones que la autopsia ó el examen microscópico hubieran quizá revelado; precisa asimilarlos á los que la difteria produce, y podrán imputarse al veneno gripal. Nosotros no podemos decirlo, y serán necesarias nuevas investigaciones para resolver la cuestión.

Estas diversas parálisis ceden bastante pronto á los medios terapéuticos ordinarios, y no han sido rebeldes al tratamiento más que en algunos casos aislados.

En cuanto á los espasmos de la glotis, se los encuentra en las formas bulbares de la enfermedad. M. L. Revilliod refiere algunos casos de supresión más ó menos brusca de las funciones respiratorias. Uno de sus enfermos, que no presentaba nada que pudiera causar inquietud,

tud, murió súbitamente ante su presencia, como sofocado por un espasmo de la glotis, sin que la colocación de una cánula pudiese volverle la vida. La autopsia no manifestó lesión alguna que explicase una muerte tan pronta.

3.º *Ulceraciones.* — De todas las manifestaciones laringeas de la gripe, una de las más notables es, ciertamente, la frecuencia de las ulceraciones de las cuerdas vocales. Las erosiones catarrales estudiadas por Krishaber, Mackenzie, Schnitzler, Héring, E. J. Moure, etc., se han descrito por estos autores como una de las complicaciones raras de la laringitis.

Gottstein ha recordado que son frecuentes en las enfermedades infecciosas, pero no hace mención alguna con respecto á la afección que nos ocupa. El Dr. Cartaz, en una comunicación á la Sociedad de Medicina pública y de Higiene profesional (22 de Enero de 1890), sobre las localizaciones catarrales de la gripe en la garganta, la nariz y la laringe, dice haber observado una vez ulceraciones superficiales en el espacio interaritenóideo. M. P. Le Noir, por su parte, refiere cuatro observaciones de lesiones de esta especie que recogió en el curso de la epidemia. No dudamos que los hechos de este género, por otros prácticos consignados, no confirmaron en absoluto la exactitud de tales aserciones. Por nuestra parte, los numerosos casos que hemos tenido en la clínica laringológica nos convencen.

Las úlceras que la gripe acarrea pueden encontrarse preferentemente con su carácter puramente catarral en los enfermos cuya mucosa laringea ofrece un punto *minoris resistentiae* como en los tuberculosos, sífilíticos, herpéticos, etc., los cuales padecen laringitis de repetición, etcétera, etc.; pero se las encuentra, como hemos podido juzgar muchas veces, con una frecuencia casi igual, en individuos libres hasta entonces de todo afecto del órgano vocal.

En el primer estadio, se perciben, por medio del examen con el espejo, débiles erosiones, á manera de arañazos, cubiertas por un exudado de un blanco-pardusco y ribeteadas por un cordoncillo, cuyo tinte, bastante subido, corta la coloración rojiza de las cuerdas vocales. Enteramente superficiales, no se presentan con claridad, sino con un alumbrado intenso. Más tarde, y si la lesión se encuentra muy avanzada, esta simple descamación epitelial da lugar á una verdadera úlcera, pero siempre superficial y localizada, sin resonancia periférica alguna, de un volumen variable y de una forma ordinariamente redonda. Sus bordes, acusados con claridad, se forman por una mucosa inflamada y tumefacta con una elevación que tiene una úlcera en el centro, tapizada ésta por una materia pardusca, grisácea y poco adherente. Estas ulceraciones se hallan, por regla general, en el borde

libre de las cuerdas vocales, ora en la parte anterior, en la unión del tercio anterior y del tercio medio, ora en el tercio posterior, casi en la base del aritenoides. Sólo en ambos casos y en enfermos de un vigor excepcional, ocupan toda la extensión de la cuerda vocal, cuyo borde desorganizan. No las hemos visto nunca en la región interaritenoides y consideramos como puntos de elección los que acabamos de indicar.

Otro hecho señalado ya, y que nos parece de una frecuencia relativamente mayor, es la simetría de estas ulceraciones, cuyas dos elevaciones se ponen en contacto en los esfuerzos vocales y determinan por delante y por detrás un orificio glótico doble. Esta simetría ocasiona los más activos frotamientos ó roces de una mucosa tumefacta, sobre una parte fuertemente irritada. Suele ser el resultado de una auto-inoculación, produciéndose bajo la influencia de causas reunidas; sin poder asegurarlo, creemos que estas hipótesis pueden sostenerse. De cualquier modo que sea, las lesiones se manifiestan ordinariamente en una fase diferente en cada lado; muy acusadas en una parte, en vías de curación ó de formación en otra, parecen, ya sucederse, ya evolucionar en el mismo tiempo.

¿Cuál es la naturaleza de este proceso ulceroso? Nadie ignora que las inflamaciones laríngeas intensas producen algunas veces pérdidas de sustancia, raras, es verdad, pero de origen puramente catarral. La gripe, acompañada también en ciertas formas por una viva irritación de la laringe, puede, por el mismo proceso irritativo, ocasionar desórdenes parecidos. Sin embargo, como ha dicho el Dr. Le Noir, teniendo en cuenta la frecuencia de las manifestaciones infecciosas en el curso de la afección, no es inadmisibles colocar las ulceraciones laríngeas en la última categoría, á pesar de su carácter superficial, que corresponde igualmente á la del laringo-tifus. No hemos podido practicar el examen bacteriológico, que nos hubiera aclarado este punto; la dificultad de recoger el exudado, la posible infección secundaria por los esputos bronquiales, hacen, por otra parte, tal estudio inseguro y difícil.

Según su profundidad y su extensión, estas pérdidas de sustancia se reparan más ó menos pronto, ya por sí mismas, ya mediante un tratamiento local. Se curan sin dejar vestigios. En muchos enfermos, resisten, durante meses, al tratamiento más regular.

4.º *Edema de la laringe.* — Aunque los casos de edema de la glotis sean excepcionales, los autores extranjeros han citado algunos casos. Recientemente todavía, en una comunicación á la Sociedad clínica de París, el Dr. Lostalot refiere la observación de uno de sus enfermos, tomada en el curso de una gripe con parotiditis supurada, con dificultad en la respiración y accesos de sofocación que necesitó la traqueotomía inmediata. Aquí la infiltración pareció ser consecutiva á la in-

flamación de los tejidos próximos á la laringe. Por otra parte, se observan de ordinario edemas inflamatorios en semejante caso, ya por propagación ó por una faringitis subaguda, bien á consecuencia de un amago de congestión del órgano vocal, primitivamente atacado por la dolencia. No parece tampoco imposible asimilar ciertos edemas á los que se encuentran con bastante frecuencia en las enfermedades infecciosas, y particularmente en la fiebre tifoidea. Los sujetos más expuestos á este accidente son los que padecen cierto grado de estenosis respiratoria consecutiva á alteraciones sifilíticas, y sobre todo tuberculosas, de la mucosa ó de las articulaciones. Por último, el edema de la glotis puede sobrevenir rápidamente en el curso de la gripe, haya ó no ulceraciones laringeas.

Los desórdenes de la voz, la fatiga respiratoria y sus caracteres, son muy conocidos. Los signos objetivos que suministran el examen laringoscópico, harán reconocer, según las partes lesionadas, una tumefacción mayor ó menor de la epiglottis, una infiltración de los repliegues ariepiglóticos, de las bandas ventriculares, de la región interaritenoidica y muy pocas veces de las cuerdas vocales. La mucosa, roja, tensa, reluciente, está levantada por la sufusión serosa subyacente.

No insistiremos más sobre estos fenómenos, que no tienen nada de particular; bastará ponerse en guardia para combatirlos con energía si se presentan.

Muy recientemente (1895) he visto, en la convalecencia de la gripe; una pericondritis laringo-traqueal con absceso, que se abrió debajo de la laringe, complicación aparentemente grave, pero que, esto no obstante, terminó por la curación. El Dr. Lubet-Barbón refiere un caso algo análogo, que evolucionó en la misma laringe.

Las diversas complicaciones de la gripe merecen conocerse, tanto más, cuanto que son, á veces, la única manifestación aparente de la enfermedad de que constituyen la forma advertida. El medio epidémico en que las laringopatías se desenvuelven, nos pondrá en el camino del diagnóstico.

El *pronóstico* es ordinariamente benigno. Sin embargo, si el eritema laringeo desaparece frecuentemente con la afección principal, puede, en algunas personas poco cuidadosas, prolongarse en exceso, agravarse bajo mínimas influencias y originar trastornos que comprometan hasta cierto punto la integridad del órgano vocal. Los enfermos pueden, después de cierto tiempo, dedicarse á sus tareas habituales, pero conservan los síntomas de una laringitis rebelde que concluye por inquietarlos, y para los que reclaman la asistencia después de un mes, dos y aun más, con alternativas de curación y de recaídas. Si las simples erosiones desaparecen pronto, no sucede lo mismo con ulceraciones ligeras que hemos visto, durante cerca de tres meses, resistir á todo tratamiento.

Recordemos aún la posibilidad de una infección secundaria en los tuberculosos, y las molestas consecuencias que un brote congestivo, por pequeño que sea, determina siempre en un órgano ya enfermo.

TRATAMIENTO. — Con una medicación apropiada, se llenarán las indicaciones que suministra el estado general. Las bebidas calientes y emolientes, el bromuro y el acónito, los opiados interiormente, etc., calmarán los accesos de tos.

El tratamiento local, en la mayor parte de los casos, producirá resultados bienhechores. Según el grado de irritación de la mucosa laríngea, se harán toques con el cloruro de zinc ó el nitrato de plata al 1 por 100, al 1 por 50 ó al 1 por 30. También los embadurnamientos con cocaína serán igualmente de grande utilidad. Conócense los buenos efectos de las inhalaciones calientes y aromáticas, pero recomendamos, sobre todo la siguiente solución, que, por su acción descongestiva y anestésica, nos ha proporcionado algunos servicios:

Ácido fénico cristalizado	0,60 á 1	gramos.
Clorhidrato de cocaína	0,25 á 0,50	—
Glicerina neutra	50	—
Agua destilada	450	—

Para pulverizaciones tres veces por día, con el pulverizador de vapor.

La siguiente fórmula responderá también perfectamente á diversas indicaciones:

Ácido bórico	5	gramos.
Resorcina cristalizada	2	—
Agua de laurel-cerezo	50	—
— destilada	450	—

Para pulverizaciones durante tres á cinco minutos por mañana y tarde, y 3 ó 4 veces por día, según las lesiones que se observen.

Únanse á estos medios, contra las parálisis, la electricidad extra ó intralaringea; contra los brotes congestivos y edematosos, el hielo, las sanguijuelas por delante del cuello, las escarificaciones y la traqueotomía, si la fatiga respiratoria, adquiriendo una intensidad excesiva, pone en peligro la existencia del enfermo.

[Creo pertinente añadir, á manera de nota, á lo notablemente expuesto por el autor sobre las manifestaciones de la grippe en la laringe, la siguiente historia clínica de laringitis hemorrágica gripal, seguida de consideraciones y que hace poco tiempo he tenido ocasión de observar.

El día 4 de Febrero del presente año de 1896, vino á consultarnos en la Policlínica Cervera Josefa Martínez, de dieciocho años de edad, soltera, sirvienta, la cual desde hacía *cinco días* aquejaba calor y picor constante en su garganta, dolor á ratos que se irradiaba á ambos oídos, tos con *expectoración sanguínea*, quebrantamiento general, lumbago, cefalalgia, decaimiento de fuerzas y somnolencia.

No hay antecedentes individuales ni de herencia, y menstrúa bien. En la casa donde se halla sirviendo han tenido la gripe todos los individuos de la familia.

Presentóse á mi observación febril, anhelosa, con marcadas huellas de decaimiento físico y moral, afónica en absoluto y arrojando con bastante frecuencia, á los repetidos golpes de tos semiquintosa, esputos mucosos con coágulos sanguíneos recientes y sangre en bastante cantidad, y á seguida, en los nuevos accesos de tos, esputos de sangre pura, rutilante, roja, como recién salida del vaso que la contenía.

La tos; el anhelo respiratorio (verdadero ahogo); el picor intenso y creciente que la enferma aquejaba en la región laringea, á cuyo punto llevaba instintivamente sus manos como para calmarlo, frotándose la parte anterior del cuello; el miedo que la producía ver expulsar sangre con la tos, creyéndose tísica..., motivos eran para dificultar el reconocimiento laringoscópico, el cual no pudo llevarse á cabo hasta que hubimos de tranquilizarla respecto de su gravedad, y la hicimos unas pulverizaciones de disolución de cocaína á la garganta.

Verificado aquél con algún detenimiento, apreciamos un estado altamente hiperhémico de la mucosa faringo-laringea, y lleno todo el espacio glótico de sangre, contrastando su color rojo vinoso con el rojo pálido de la mucosa traqueal. Estaba la sangre tan difusamente extendida por las cuerdas vocales, bandas ventriculares, espacio interaritenoidal, aritenoides, etc., que ocultando en absoluto tales partes, no podíamos darnos cuenta del estado de su mucosa, y únicamente nos era factible comprobar su funcionalidad motriz.

Separado en parte este obstáculo, merced á repetidas pulverizaciones de solución fría de antipirina al 3 por 100, y de la tos frecuente con la que expulsaba coágulos y sangre semilíquida, repetimos el reconocimiento varias veces, observando un estado congestivo en demasía de toda la mucosa glótica, con puntos de sufusiones hemorrágicas confluentes y arborizaciones vasculares gruesas en ambas cuerdas vocales, á las que daban el aspecto de dos cintas pintarrajeadas de encarnado en abigarrados brochazos; borrados los ventrículos de Morgagni por el estado de *infarto congestivo* en que se hallaban ambas bandas ventriculares, y éstas además surcadas por varicosidades y puntos hemorrágicos, al igual que lo que *debieran ser* espacios interaritenoides (por encontrarse falsamente limitados) y regiones aritenoides.

Como es natural, la funcionalidad de adducción y abducción de las cuerdas vocales resultaba alterada, por consecuencia del estado congestivo y semiedematoso de las partes.

La auscultación bronco-pulmonar sólo nos acusó fenómenos cata-

rrales de la porción gruesa del árbol aéreo, y no de mucha intensidad. El corazón, nada

Diagnosticada la dolencia de *laringitis hemorrágica gripal aguda* sobreenvenida durante el desenvolvimiento de la enfermedad infecciosa general, la dispusimos dos gramos de polvos de Dower en seis papeles, para tomar uno cada dos horas en una infusión templada de flor de malva, recomendándola se acostara inmediatamente y mantuviera la transpiración cutánea que se produjera con la medicación; dieta absoluta; pulverizaciones faringo-laríngeas cada tres horas con una disolución acuosa de antipirina al 6 por 100, y de cocaína al 1 por 100, alternándolas con otras de infusión de tanino, y pastillas de cloro-borato de sosa, mentol y cocaína para dejarlas disolver en la boca, casi constantemente. El día 8 seguía mejor, tanto del estado general cuanto del local, pero todavía persistía *algo* la hemorragia y congestión laríngeas.

El día 11 había cesado la salida de sangre, y sólo quedaban síntomas locales de la flegmasia, infarto de las bandas ventriculares y algún tanto deslustrada la cuerda derecha. La afonía había ya desaparecido también, quedando, sin embargo, un poco velada la voz hablada.

Completamente curada, se la dió de alta el día 22, á los dieciocho días de iniciada la afección.

Entre las complicaciones frecuentes de la *grippe*, citan los autores (Gottstein, Moure, Eichhorst, Lennox-Browne) el catarro intenso y más ó menos localizado de la mucosa respiratoria; un estado particular de erosión de la mucosa ó ulceración superficial (Moure) que suele observarse en las cuerdas vocales; el edema de la glotis, y parálisis y espasmos musculares laríngeos.

Sólo Leyden (1) dice haber observado *propensión á hemorragias de la nariz, faringe, laringe, riñones y útero*.

Fuera de los casos referidos de *hemorragias laríngeas* por angioma de las cuerdas vocales (Dundas-Grant) (2); por rotura de una venilla en la región interaritenoidea, simulando una hemoptisis (M. Ferras de Luchón) (3); propias de la hidrohemia, hemofilia, etc., precedidas de catarro intenso agudo de la laringe (Krieg) (4); las más conocidas de *hemorragias laríngeas catameniales* (Compaired) (5); las originadas

(1) Hermann Eichhorst, "Trat. de Patol. interna., etc., trad. por el Dr. Góngora, tomo IV, pág. 334.

(2) Dundas Grant, "Comunicación á la Sociedad Laringológica de Londres., en la sesión de 12 de Abril de 1893.

(3) Ferras, "Comunicación á la Sociedad francesa de oto-rino-laringología., en la sesión de 1.º de Mayo de 1895.

(4) Robert-Krieg, "Atlas der Kehlkopfkrankheiten., (Stuttgart, 1892. Taf III.)

(5) Compaired, "Dudas surgidas con motivo de dos casos de hemorragias laríngeas catameniales., (Revista de Laring. Otolog y Rinol., Diciembre de 1891, y "Bolletino delle malat. dell'orecchio, etc., Abril de 1891.)

en algunos casos de insuficiencia mitral, por éxtasis venoso en el plexo de los repliegues glosio-epiglóticos (Lennox-Browne) (1); por hiperhemia pasiva en el enfisema; cuando existe compresión por un tumor vecino, y, finalmente, por consecuencia del estado hemorroidal de las venillas de la base de la lengua, real y positivamente no he encontrado consignado en la literatura laringológica casos tan evidentes é intensos de *laringitis hemorrágica* cual el que acabo de describir.

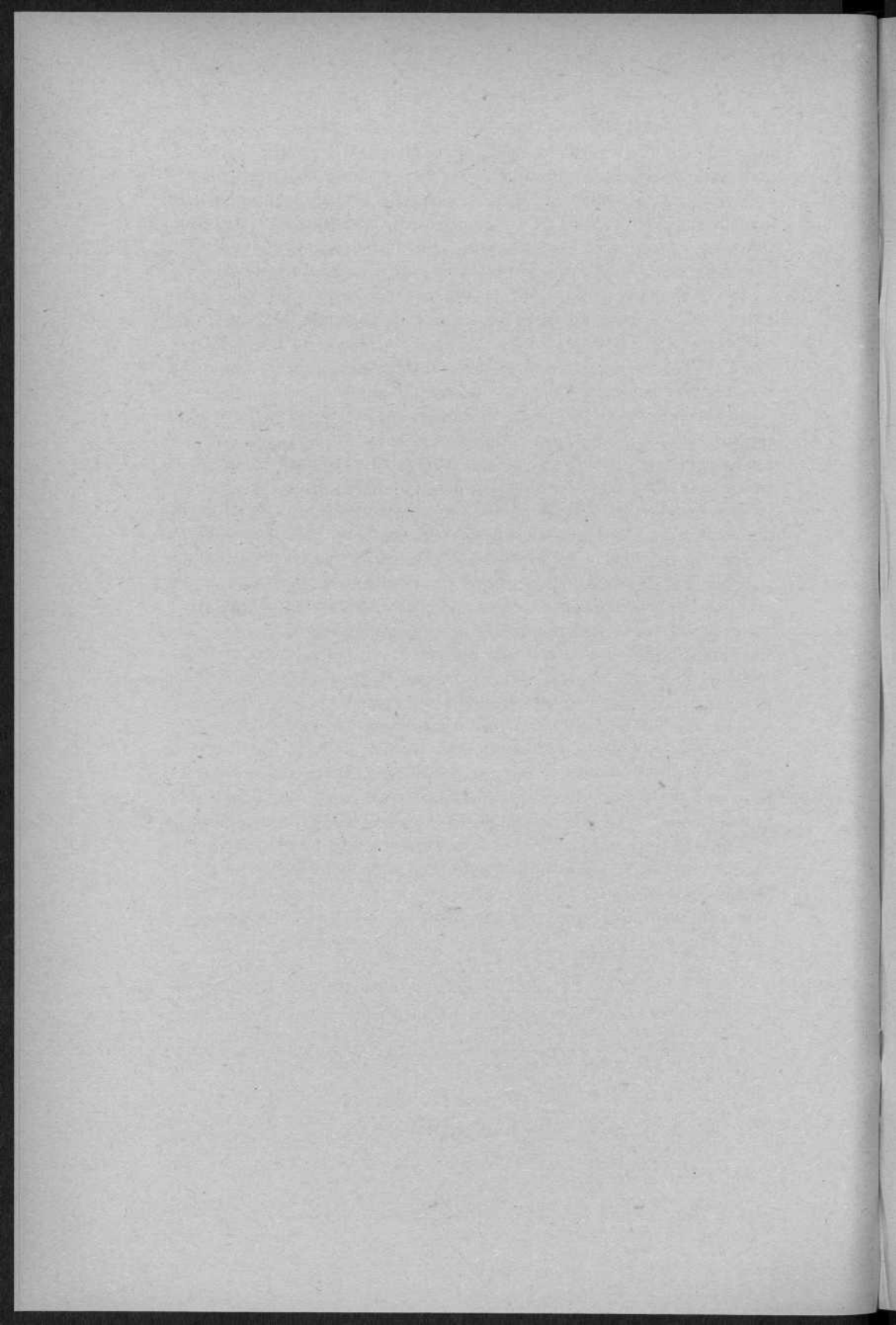
Así como, en algunos de los citados (hemorragias laringeas cata-meniales) no existe verdadera *hemorragia* ni *laringitis*, en cambio en la enferma objeto de esta nota clínica hubo ambos términos (inflamación y hemorragia), determinados de una manera rápida y aguda por el veneno de la *grippe*.

¿Cómo se verificaron estas hemorragias sin traumatismo previo al parecer?

La mucosa laringea, cual las demás del organismo, participa de diferencias en espesor y vascularidad. Por esto, según la región ó parte del espacio glótico atacada, así la hiperhemia común y ordinaria, de cualquiera clase que sea, presenta variación en sus matices, en relación con aquellas cualidades; tal sucede con los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares y los ventrículos, puntos en que la hiperhemia se fragua rápida y enérgicamente, mientras en la epiglotis y cuerdas vocales es siempre deficiente el enrojecimiento ó rubefacción, por intenso que sea el catarro laríngeo.

Que la exagerada dilatación vascular determine la rotura de los capilares, y aun de venillas de alguna importancia en las porciones á que hacemos referencia en primer término, no tiene nada de extraño ni de anormal; pero que en las cuerdas vocales se haya verificado la hemorragia, sí que lo tiene, y en nuestro sentir ha debido ser necesario: primero, que efecto de la hiperhemia y de la congestión subsiguiente, perdiera su cualidad anatómica la mucosa cordal, desarrollándose una más potente vascularización; y segundo, que coincidiendo con esta modificación, se fraguase en ella la erosión, y hasta la ulceración gripal de que nos habla el Dr. Moure, ulceración que todavía no he tenido ocasión de comprobar en toda su pureza.] — DR. C. COMPAIRD.

(1) Lennox-Browne. "Traité des maladies du larynx, etc.," (Paris, 1891, pág. 255).



[Herpes de la laringe.

Pocas frases se habrán empleado en Medicina para designar ideas tan diversas como la palabra *herpes*. Mientras que la escuela francesa, por ejemplo, designa con el nombre de afecciones herpéticas un grupo de diátesis en que las manifestaciones cutáneas sólo representan una parte de los síntomas, la escuela alemana, por el contrario, no conoce la diátesis herpética, y reserva esa denominación para cierto grupo de enfermedades de la piel. Y aun aquí, ¡cuánta confusión!: herpes zoster, herpes labial ó genital, herpes iris, herpes sintomático y fiebre sintomática. He aquí otras tantas subdivisiones formuladas por los autores, y que dejan en el ánimo completa incertidumbre sobre la verdadera esencia de lo que en Dermatología se llama *herpes*.

Esa confusión se debe esencialmente á que, bajo una sola y misma denominación, se han confundido durante mucho tiempo, y aún se confunden en la actualidad, la lesión cutánea y la enfermedad primitiva que la ha causado. En efecto: los autores distinguen un *herpes sintomático* en el cual la modificación de la piel es accesoria, y un *herpes esencial*, en el que esta misma modificación constituye el síntoma predominante, acaso único.

Á esta última forma, llamada también *idiopática*, se refieren casi exclusivamente los casos de herpes laríngeos referidos hasta hoy en la literatura médica, y que, dicho sea de paso, no son frecuentes. Isambert dice en sus *Conférences cliniques sur les maladies du larynx*, que aún no conocía ningún caso de herpes, propiamente dicho, de la laringe. Uno de los primeros publicados es de R. Meyer, de Zurich, y data de 1879 (1). Tratábase de una joven de dieciocho años, que, en medio de una epidemia benigna de herpes labial, presentó una localización

(1) "Die phlytánulare Stimmbaudentzündung, Berlin. Klin. Wochenschr., 1879 página 41.

laríngea con síntomas generales febriles. Desde entonces se han publicado otros casos semejantes: Beregszaszy (1), Stepanow (2), Krieg (3) refieren varias observaciones. Por último, los tratados didácticos más recientes consagran algunas líneas al herpes laríngeo.

Si Morell - Mackenzie, Störck, Lennox-Browne, Gottstein y Moure no lo mencionan, Bresgen habla de él como de paso, al describir el catarro agudo, del cual creen que es el herpes una forma más intensa.

Schrötter ve también en el herpes una simple exageración del estado catarral de la laringe, pero añade que existe, al lado de esta forma vulgar, un herpes laríngeo verdadero, más raro todavía que el herpes bucal, y que se observa en la epiglotis, los repliegues ariepiglóticos, los aritenoides y los procesos vocales. Moritz-Schmidt, en su excelente tratado, estudia el herpes laríngeo con más detenimiento: lo atribuye á diversas causas, ora de carácter nervioso, ora de origen microbiano. Describe una forma aguda, que unas veces es idiopática y en ocasiones acompaña á otras enfermedades febriles, como la pulmonía y el tífus, y una forma crónica, con erupciones que se repiten en el transcurso de los años, localizadas esencialmente en la lengua, el velo y la epiglotis, y que pueden relacionarse con la neurastenia.

El Dr. Secretan, de Lausana, en un trabajo presentado en Abril de 1895 á cierta Sociedad Médica de Bélgica (4), estudia detenidamente el herpes laríngeo. Es una afección aguda, dice, que sobreviene algunas veces en individuos sanos, y otras, en sujetos que padecen desde algún tiempo antes de laringitis crónica. Acaso pueda referirse á un genio epidémico reinante, mientras que en ocasiones es esporádico. El principio es ordinariamente brusco, acompañado de manifestaciones febriles más ó menos intensas, escalofríos, temperatura entre 38 y 40°, acaso más. Los síntomas generales son los mismos que en el herpes cutáneo idiopático.

Respecto á las manifestaciones laríngeas, se revelan desde el principio por ronquera y afonía, dolores lancinantes que pueden ser muy vivos, á veces dispeña; el laringoscopio permite encontrar síntomas de inflamación aguda del órgano, rubicundez, tumefacción, edema de tal ó cual porción de la laringe, que precede un día ó dos al desarrollo de las vesículas. Éstas son poco numerosas; apenas se observan más que ocho ó diez; son pequeñas, del tamaño de un grano de mijo y muy efímeras. Bien pronto se excorían y forman, sobre la mucosa enrojecida é hinchada, pequeñas erosiones cubiertas de una costra

(1) "Wiener med. Presse", 1879, 44.

(2) "Monatschrift für Ohrenheilkunde", 1885, pág. 237.

(3) "Atlas der Kehlkopfkrankheiten", Stuttgart, 1892.

(4) "Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.", t. XXI, 1885, pág. 113 y siguientes.

blanquecina, adherente, algunas veces hemorrágica, que cae por sí sola al cabo de cinco ó seis días, quedando en su lugar una simple depresión de la mucosa. La erupción laríngea es la única que se manifiesta en ocasiones; otras veces va acompañada, precedida ó seguida de manifestaciones cutáneas ó faríngeas del mismo orden, las cuales contribuyen á facilitar el diagnóstico.

Éste no siempre es fácil al principio, y ofrece gran interés para el médico y para su cliente. Así, por ejemplo, el herpes laríngeo puede confundirse con la difteria: los síntomas febriles del principio, los depósitos blanquecinos que se ven sobre las erosiones de fondo sanguinolento facilitan la confusión; pero la distribución especial de las lesiones, su poca consistencia, permiten á menudo formular un diagnóstico exacto, que podría confirmarse, en caso necesario, por el examen bacteriológico.

El pronóstico de esta afección es absolutamente benigno.

El tratamiento consistirá en inhalaciones desinfectantes (agua fenicada diluida, agua boricada), aplicaciones refrigerantes (hielo, tubos de Leiter, pildoras de hielo) y reposo en la cama. Por último, si es preciso, se administrará un ligero purgante para modificar el estado gástrico.

Hay casos en los cuales las vesículas laríngeas se desarrollan en el curso de una enfermedad aguda, sobre todo de la pulmonía, y tienen entonces la misma significación que el herpes labial. Trátase entonces de un herpes laríngeo sintomático, mientras que el que se acaba de describir es el esencial.

En resumen, el herpes de la laringe es una manifestación local de la enfermedad de los tegumentos que lleva el mismo nombre y á la cual puede referirse, lo mismo por su etiología, que por su curso, síntomas y anatomía patológica.

El Dr. Secretan (1) refiere dos observaciones muy interesantes de la enfermedad en cuestión. La primera de ellas es un ejemplo típico del herpes idiopático: principio febril, localizaciones labial y laríngea, en dos ó tres brotes sucesivos, acompañados cada uno de ellos de recrudescencia febril. El herpes facial coincidió con el laríngeo, facilitando extraordinariamente el diagnóstico. La enfermedad duró tres semanas, acompañada de debilidad y anemia generales, demostrando bien á las claras que todo el organismo estaba interesado en la fiebre herpética y que no se trataba tan sólo de una afección local.

En cuanto á la segunda observación, su interpretación ofreció algunas dificultades y, por lo tanto, tuvo mayor interés. El principio fué francamente laríngeo; los síntomas que el enfermo tuvo el primer día

(1) Dr. Secretan, "loc. cit.,...

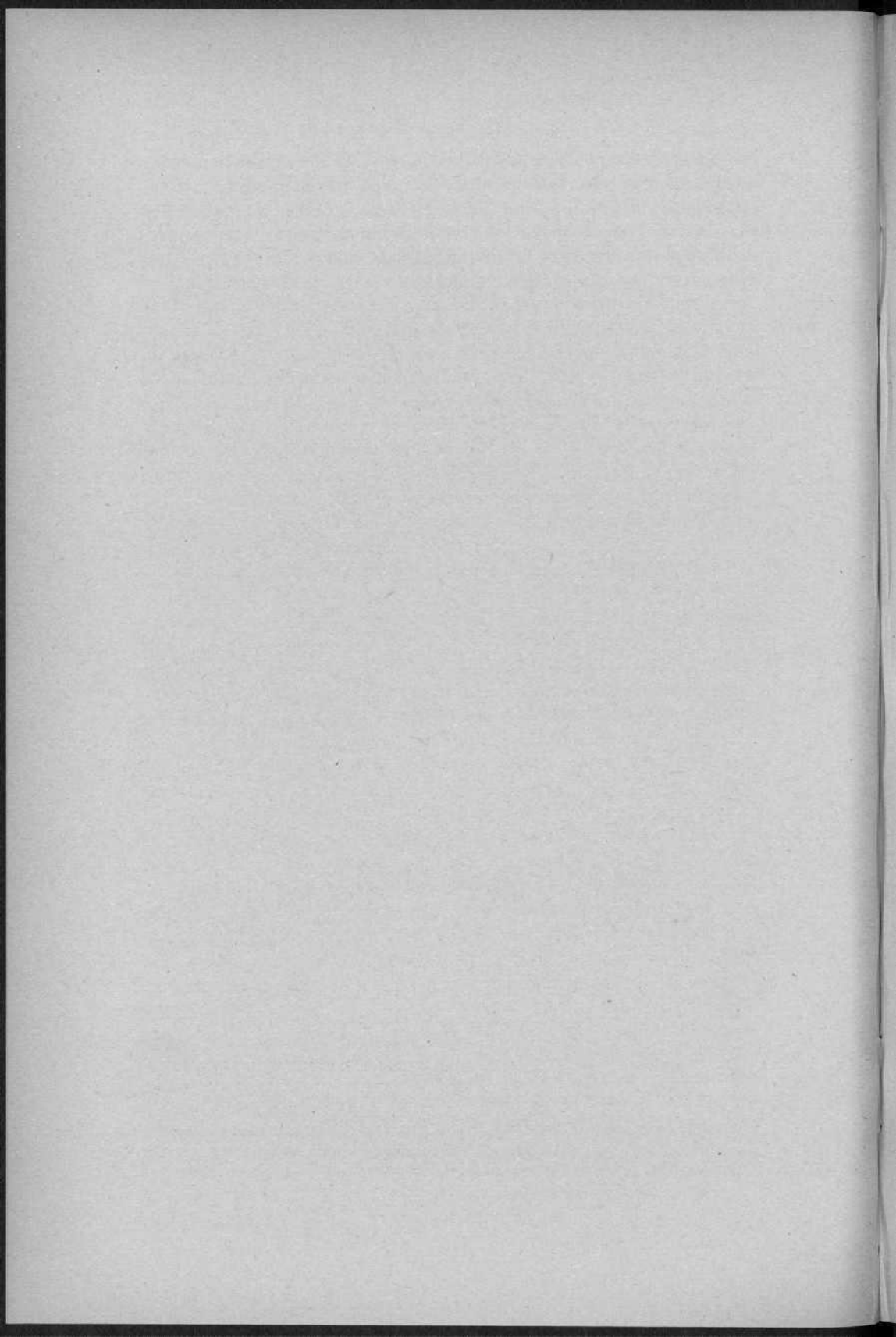
consistieron en dificultad para la deglución y dolores vivos en la garganta, acompañados de salivación exagerada y síntomas generales evidentes. Dos días después, el diagnóstico laringoscópico que se imponía era el de *epiglottitis aguda*. El cuarto día, por la tarde, la temperatura se hizo febril y el enfermo se metió en cama, creyendo su salud verdaderamente comprometida. El quinto día aparecen las vesículas herpéticas en las partes inflamadas de la laringe; sube la fiebre, pero gradualmente y sin escalofríos, de 38°,7 (por la mañana) hasta 40°,1 (por la tarde). La mañana del quinto día, un examen minucioso de los órganos torácicos no revela ninguna modificación, ni por la auscultación ni por la percusión; en cambio, por la tarde se percibe un ligero soplo bronquial en el vértice izquierdo, sin macidez y sin expectoración característica. El sexto día se confirmó la lesión pulmonar y aparecieron los esputos herrumbrosos característicos. En aquel momento, la hinchazón de la epiglotis, antes tan marcada, disminuyó rápidamente, sin que aumentaran las ulceraciones procedentes de las vesículas: los síntomas laríngeos dolorosos desaparecieron, quedando tan sólo una simple sensación de escozor.

El noveno día de enfermedad, cuatro después del principio de la pulmonía, sobrevino la crisis bruscamente, y al mismo tiempo que apareció una erupción de herpes labial, se desarrolló en la epiglotis una vesícula herpética.

Desde entonces siguió su curso la curación de las lesiones laríngeas, coincidiendo con la de las lesiones pulmonares y el estado general: á los trece días, desde el principio de la enfermedad, sólo quedaban una pequeña ulceración no cicatrizada y algo de escozor al deglutir. Un mes después, el laringoscopio sólo permite ver una ó dos ligeras depresiones cicatriciales en la mucosa laríngea.

Lo que hay de notable en esta última observación es la coexistencia de un herpes de la laringe con la pulmonía. En efecto: el herpes neumónico rara vez ataca las mucosas, y entre ellas prefiere sobre todo las mucosas bucal y faríngea. Secretan dice no haber encontrado en la literatura médica más que un caso de herpes de la epiglotis; en cambio, Moritz Schmidt y Schrötter citan la pulmonía entre las afecciones que pueden producir el herpes laríngeo, aunque no mencionan ningún ejemplo en apoyo de su tesis. Por eso tiene cierto interés la anterior observación. Pero lo más notable en ese caso fué el principio del herpes laríngeo muchos días antes de la pulmonía, mientras que el herpes labial apareció sólo el mismo día en que sobrevino la crisis, aunque acompañado de un nuevo brote de dos vesículas frescas en la laringe. « Á primera vista — dice Secretan — hubiera podido creerse en un simple herpes idiopático, porque los síntomas iniciales se parecían mucho á los de nuestra primera observación. Después, gradualmente,

cambió la escena, la fiebre se hizo más intensa, la afección de la mucosa quedó oscurecida por la enfermedad principal, revelándose su carácter puramente sintomático. Y ¡cosa notable! una vez declarada la pulmonía, cedieron rápidamente los síntomas inflamatorios de la laringe, disminuyó bruscamente la enorme tumefacción de la epiglotis, desapareciendo casi por completo el dolor. »] — DR. C. COMPAIRD.



[Intubación laríngea ⁽¹⁾

Una de las razones por las cuales ha adquirido tanto crédito la laringología, consiste en las grandes victorias de la terapéutica local. Pero si, por un lado, hay que felicitarse de tanto progreso, no puede negarse, por otro, que ante los grandes procesos morbosos localizados en la laringe, se estrellan nuestras armas contra la rebeldía del mal, y el enfermo se ve amenazado de sofocación por laringo-estenosis. Algunas veces falta tiempo para obtener una curación por las vías naturales; el proceso puede curar; sin embargo, *periculum est in mora*. Así se comprende cuánto importa al médico atender con urgencia á esos fenómenos que deciden de la vida de un individuo.

En tales circunstancias, el médico se ve obligado á confesar su impotencia, mientras que el cirujano posee todavía dos grandes recursos: uno de ellos está representado por el *cateterismo de la laringe*, merced al cual se restablece la permeabilidad; el otro es la *traqueotomía*, con la cual se abre un camino artificial al aire en un punto situado por debajo de la estenosis.

Según Massei, siempre que el cirujano pueda, en vez de la traqueotomía, practicar el cateterismo, debe hacerlo, porque este es un recurso más sencillo, menos peligroso, y, por lo tanto, preferible. No se crea—añade dicho autor— que el cateterismo representa un medio puramente sintomático, llamado tan sólo á sostener una vida que se extingue algunas veces al practicar el cateterismo de la laringe; además de librar al enfermo de un peligro inminente, se consigue curar la afección. La compresión que los tubos introducidos en la cavidad ejercen sobre los tejidos limitrofes, especialmente cuando se trata de pro-

(1) Para redactar este artículo, que creemos interesante, hemos tenido á la vista la preciosa monografía del Dr. F. Massei, titulada "L'intubazione della laringe nei bambini e negli adulti.", de la que, además, hemos tomado la mayoría de los grabados. También se han consultado otras obras modernas y publicaciones periódicas.

cesos capaces de experimentar esta benéfica acción, representa el punto culminante de la indicación racional. Sabido es que, contra el edema, contra los accesos, contra ciertos infiltrados, la compresión metódica modifica las partes y facilita la reabsorción de los exudados; por otra parte, se obtiene un conducto más amplio, á través del cual pasa mejor el aire y puede aplicarse el tratamiento apropiado.

Parece que ya en los tiempos de Hipócrates algunos médicos practicaron el cateterismo de la laringe, pero también es cierto que no volvió á hablarse del asunto, cuando Asclepiades y Pablo de Egina imaginaron y propusieron la *broncotomía*, como entonces se llamaba la *traqueotomía*. Pasado un largo período de silencio, dice la historia que Monró, á principio del siglo XVIII, volvió á hacer el cateterismo de la laringe, y más adelante se hicieron otras tentativas que no bastaron para asegurar la vitalidad que necesitaba este importante medio curativo.

En 1803, Desault, teniendo que tratar una herida transversal del cuello, recurrió, para alimentar al enfermo, á la sonda esofágica, que no cayó en el esófago, sino en la laringe, sin provocar ninguna molestia; el cirujano comprendió el error cuando se propuso inyectar líquidos por la sonda. Sin embargo, aquel accidente abrió un nuevo horizonte á los prácticos, enseñando que un tubo puede permanecer algún tiempo en la laringe, y hasta quedar colocado por tiempo indefinido con perfecta tolerancia.

La idea de la *intubación* (que así se llama hace muchos años el cateterismo laríngeo), hubiera podido realizarse en 1803 si su aplicación hubiera sido más vasta y la fe en ella más viva. Con todo, sólo se encuentra consignado en las obras de la especialidad, que el mismo Desault, unido á Thuiller, practicó pocos años después (1815) el cateterismo en un caso de edema laríngeo, con completa curación.

Aunque el cateterismo no se generalizó, estuvo destinado á otros objetos; así, Horacio Green, en 1832, para tratar ciertas enfermedades del pulmón, introducía un catéter en la tráquea y lo llevaba hacia los bronquios, derecho ó izquierdo, según que quisiera tratar uno ú otro. Desde 1813 á 1845, el cateterismo laríngeo fué muy recomendado para combatir la asfixia de los recién nacidos (Finaz, Ducasse, Patissier, Lallemand, Benoit, Depaul, Reroy, Curry, Desgranges).

En 1840, Loiseau, de Montmartre, comenzó á usar la sonda de Chaussier (una especie de catéter), y el anillo de Gironard contra ciertas formas morbosas, pero hasta 1857 no comenzó á aplicarlo al crup en gran escala.

El anillo de Gironard era una especie de dedal metálico y de 2 á 3 centímetros de largo, que el operador se colocaba en el extremo de la falange del índice derecho y que le servía de guía para introducir el

dedo todo lo posible, elevando la epiglotis y procurando penetrar en la glotis. Entre este anillo, el operador deslizaba un catéter y á través del mismo administraba los medicamentos, introduciendo ballenas con esponjas, cucharillas, polvos y pinzas. En efecto: Loiseau se proponía, más que para ensanchar una vía estrecha, para aplicar localmente ciertos medicamentos, como los cáusticos, astringentes, etc. Fischer y Bricheteau juzgaron ese procedimiento fácil, pero peligroso: y en ello, dice Massei, no les faltaba razón, como más adelante se verá.

Por desgracia, las estadísticas, redactadas desde un punto de vista comparativo, especialmente la de Barthez, no fueron favorables al nuevo procedimiento, porque siempre se quiso establecer un paralelo entre el cateterismo ó la intubación y la traqueotomía en el crup. De dichas estadísticas resultó que, con el cateterismo, las curaciones fueron 4 entre 26, mientras que con la traqueotomía ascendieron á 9 entre 26: ésta, pues, era preferible á aquél.

Con todo, Bouchut, en 1857, volvió á la carga, y al año siguiente

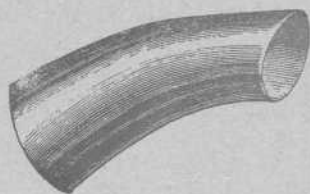


FIGURA 49.

presentaba á la Academia de Medicina de París los instrumentos de que se había servido para cateterizar la laringe en el crup, además de una pequeña estadística. En aquella época, Bouchut se servía de un dedal metálico (algo semejante al anillo de Gironard), que el operador se colocaba en el índice izquierdo (véase fig. 49), y de una cánula, semejante por su forma y curvatura, á un catéter (véase fig. 50), á cuyo extremo se adaptaban tubos y cánulas de varias dimensiones (véase fig. 51). El autor llamó á este método *tubaje*. En los estuches dedicados á la operación había tres cánulas y seis tubos, es decir, dos de éstos para cada sonda. El tubo, que debe quedar libre en la laringe, lleva al lado dos pequeños agujeros, á través de los cuales se pasa un fuerte hilo de seda. El operador, sirviéndole de guía el índice izquierdo, con el cual procura enganchar la epiglotis, introduce la cánula con el tubo. El silbido que se oye indica claramente que está terminada la maniobra; si la operación se hace bien, basta que la punta de la sonda llegue á la laringe para restablecer la respiración; y

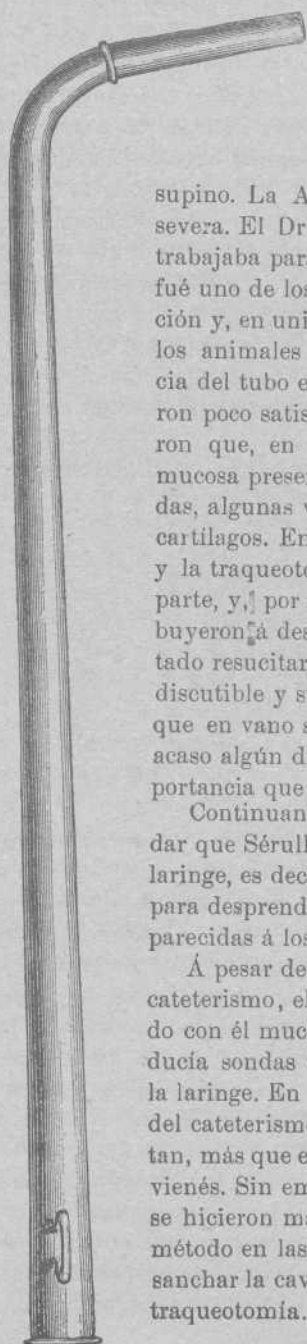


FIGURA 50.

entonces, empujando suavemente el tubo, queda en la cavidad y se asegura anudando el hilo de seda que ha servido de fijador, al pabellón de la oreja. Bouchut recomendaba que el niño estuviera colocado en decúbito

supino. La Academia de Medicina de París fué muy severa. El Dr. Trousseau, que en aquella misma época trabajaba para acreditar la traqueotomía en el crup, fué uno de los más teraces adversarios de la intubación y, en unión del Dr. Bouley, hizo experimentos en los animales para conocer los efectos de la permanencia del tubo en la mucosa laríngea. Los resultados fueron poco satisfactorios, porque Trousseau y Bouley vieron que, en los perros, á las cuarenta y ocho horas, la mucosa presentaba ulceraciones más ó menos profundas, algunas veces necrosis y hasta denudaciones de los cartilagos. En resumen: el paralelo entre el cateterismo y la traqueotomía que siempre se imponía, por una parte, y, por otra, los peligros de la intubación, contribuyeron á desechar la idea que Bouchut había intentado resucitar. Sólo el Dr. Malgaigne, con su genio indiscutible y su autoridad probada, se atrevió á decir que en vano se clamaba contra el Dr. Bouchut, y que acaso algún día la intubación adquiriría la misma importancia que la litotricia.

Continuando esta ojeada histórica, conviene recordar que Sérullar, en 1861, practicaba el *raspado* de la laringe, es decir, introducía una esponja en esa cavidad, para desprender las falsas membranas, esponjas algo parecidas á los *pinceles crup* de Mackenzie.

Á pesar de las diversas vicisitudes por que pasó el cateterismo, el Dr. Monti (de Viena), continuó tratando con él muchos enfermos de crup, para lo cual introducía sondas que dejaba colocadas bastante tiempo en la laringe. En la obra de Monti se habla varias veces del cateterismo; pero los resultados obtenidos acreditan, más que el método, la habilidad del docto pediatra, vienés. Sin embargo, las aplicaciones del cateterismo se hicieron más extensas, y no faltó quien adoptara ese método en las estenosis en general, con el objeto de ensanchar la cavidad de la laringe, cuando no bastaba la traqueotomía.

Después de los esfuerzos de Weinlechner (1871) merece ser citada una clásica monografía del profesor Schrötter (1876), que al ocuparse de tan importante procedimiento, presentó nuevos instrumentos para practicarlo. En dicha monografía, el docto profesor de Viena trata: 1.º, de los medios dilatadores para quitar la cánula traqueal, es decir, de la dilatación después de la traqueotomía; 2.º, de lo que debe servir como medio preventivo. Así se volvió á la vieja idea del cateterismo. Schrötter usa catéteres semejantes á los que se usan para la uretra, pero de trama más fuerte, que desde un número pequeño llegan á otro relativamente grande. Sirviendo de guía el laringoscopio, estos tubos se introducen sucesivamente y quedan colocados todo el tiempo que el enfermo lo tolera, desde algunos minutos á una hora. Al llegar al número próximo, se comprende que han existido las condiciones apetecibles para una buena dilatación: la laringe de un adulto dejó entrar tubos más gruesos que un catéter del número 30 (10 milímetros de diámetro), y entonces Schrötter ideó las cánulas de vulcanita, es decir, una segunda serie de tubos que debían sustituir á los antiguos. Éstos

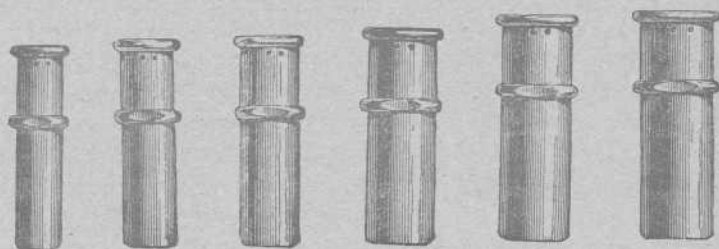


FIGURA 51.

tienen una curvadura apropiada (véase fig. 52), tres agujeros laterales y uno en el extremo libre, que permiten ampliamente la penetración del aire. Al extremo superior va unida una cánula, inclinada y vuelta hacia abajo, la cual sirve para proteger al operador de los esputos que, arrojados por la columna de aire ascendente, podrían irle á la cara. Los tubos son de orden progresivo y por su forma recuerdan la triangular de la glotis, donde más fácilmente se adaptan á la laringe misma.

Pero este medio de dilatación, aunque sea muy eficaz, aunque resulte bastante perfecto, ofrece el grave inconveniente de no permitir que el tubo quede colocado en la cavidad. Hay enfermos que pueden mantenerlo una hora y aun más; pero siempre queda por realizar el ideal de dejar un tubo en la laringe.

Esto lo consiguió Mac-ewen en 1881. Dicho cirujano inglés introducía primero una sonda número 12 en la laringe, y por ella deslizaba una pequeña cánula traqueal, que dejaba colocada. Los resultados fueron los que se esperaba; pero, no obstante la facilidad del método, éste no se generalizó ni se extendió á más manos que las de su inventor y de algunas otras, muy pocas.

Estaba reservada al Dr. O'Dwyer (de Nueva York), distinguido especialista en las enfermedades de la infancia, la honra de popularizar el cateterismo. Ignoraba las tentativas hechas por Bouchut, pero, preocupado por el tratamiento del crup, estudió detenidamente (fin del año 1880) el modo

de dejar una cánula en la laringe, es decir, sustituir el *cateterismo temporal* por el *cateterismo permanente*. Se comprende desde luego que, salvo los casos urgentes en que con una cánula de goma ó de metal se evitan los peligros de una asfixia inminente, no se puede combatir de un modo tan fácil los procesos que determinan una estenosis progresiva. O'Dwyer estudió seriamente problema tan difícil como el de dejar libre, y por tiempo indefinido, una cánula en la laringe. Á los cinco años (es decir, en 1885), publicó los primeros casos relativos á su procedimiento, que llamó *intubación*, con los instrumentos correspondientes, invitando á sus compañeros á que lo imitaran, para ver hasta qué punto podía sustituir la intubación á la traqueotomía.

En un país donde no reina el prejuicio, y por lo tanto, el médico goza más libertad en el ejercicio de la práctica; donde las investigaciones son más fáciles, no faltaron adeptos al nuevo procedimiento. Llovieron las comunicaciones de varias partes de América, elogiando sus resultados con ejemplos prácticos, y la historia de la intubación quedó completada muy pronto, siendo bendecido el nombre de O'Dwyer por muchas madres, que veían á sus hijos libres de los peligros de la enfermedad y de la traqueotomía.

O'Dwyer, estudiando la forma del tubo en las laringes de cadáveres infantiles, se propuso adaptarle á la configuración de éstas. No se trataba ya de la cánula cónica de Bouchut, sino de un tubo cilíndrico aplanado por los lados á fin de evitar presiones sobre los tejidos; largo, para que pudiera penetrar algo en la tráquea; pesado, para asegurar su estabilidad (véase fig. 53). El

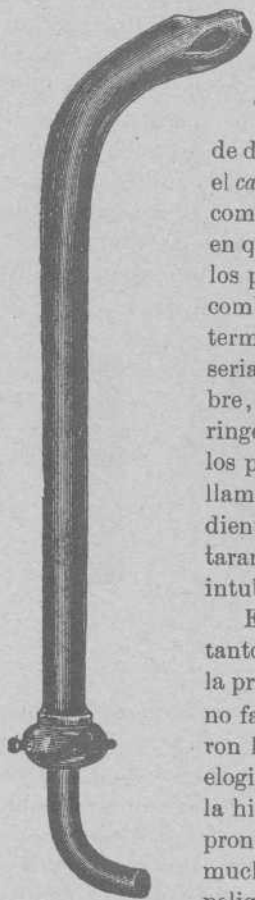
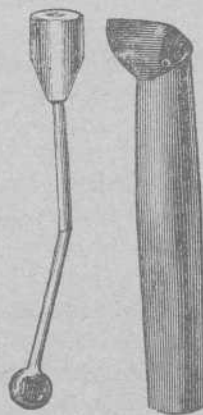


FIGURA 52.

tubo tiene, en el lado izquierdo de la cabeza, un agujero, á través del cual pasa el hilo de seguridad para sacarlo si se introduce demasiado (véase fig. 54). Para facilitar la introducción en la cavidad del tubo, hay



b FIGURA 53.

un mandarín, es decir, un *obturador* (véase fig. 53 b), que se fija al extremo de un *introduccion* (véase fig. 55), el cual sirve para llevar la cánula hacia la cavidad y empujarla hacia abajo.

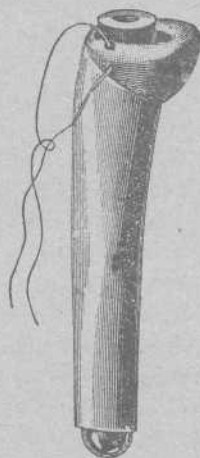


FIGURA 54.

Un *dilatador de la boca* (véase fig. 56) perfectamente imaginado, se adapta al ángulo labial izquierdo, confiándolo á un ayudante. El

niño no debe estar en decúbito supino, sino recto, en posición vertical, entre los brazos y sobre las rodillas del ama ó de una persona de la familia, mientras que un ayudante le sostiene la cabeza. Guiado por el índice izquierdo, que toca y engancha la epiglotis, el operador lleva primero el instrumento paralela-

mente al exterior; luego gradualmente; lo sube y baja, y cuando está colocado, empuja el tubo, mientras que con el pulgar derecho pone en movimiento el conductor, quedando libre aquél. Con un atrevimiento sin límites, O'Dwyer, una vez convencido de que el tubo está en la laringe, recomienda quitar el hilo, con lo cual queda libre el tubo, y cuando es preciso retirarlo, bien porque el proceso tienda á la curación, bien porque el tubo vaya obstruyéndose, se sirve de un *extractor* (véase fig. 57), robusta pieza que se introduce en la parte central del tubo; luego, comprimiendo sobre el tornillo que hay en el mango, la pinza queda tan íntimamente ligada á la cánula, que la extrae de la cavidad (véase fig. 58). El mismo O'Dwyer se ocupó extensamente del asunto en el Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Berlín, en Agosto de 1890 (Sección de laringología).

O'Dwyer pretendió que los funestos resultados de la intubación eran debidos á los malos instrumentos ó á falta de experiencia en el operador. « De aquí proceden — dice — la separación de las membranas hacia abajo, los caminos falsos, las heridas de la laringe. La entrada de los líquidos en los tubos puede evitarse por un movimiento de tos después de cada deglución y por una posición apropiada del enfermo. Éste debe tener la cabeza más levantada que el resto del cuerpo. »

Ranke, en el mismo debate, consideró la intubación como un gran progreso, aunque todavía es susceptible de mayor perfeccionamiento. « La traqueotomía nunca podrá ser relegada al olvido, pero se hará con mucha menos frecuencia, estando, en cambio, muy indicada en las estenosis laríngeas diftéricas. » Ranke hizo numerosas comparaciones y reunió muchísimos casos, de

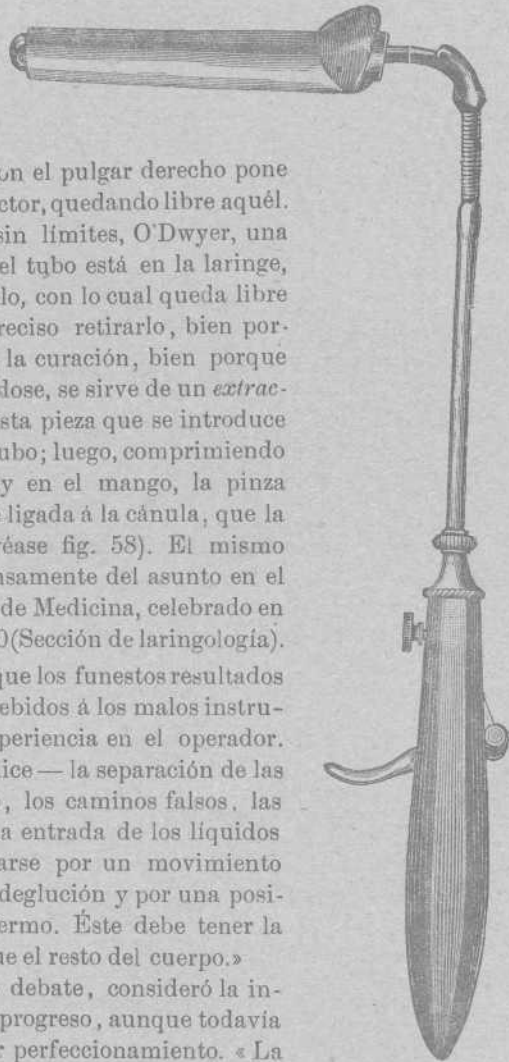


FIGURA 55

suerte que sus conclusiones tuvieron mucha importancia. «Las cifras de curaciones son casi iguales en uno y otro caso; lo mismo puede decirse de las pulmonías que surgen como complicaciones de ambos tratamientos. El decúbito es más común en los niños después de la intubación; en cambio, la intubación es menos peligrosa que la traqueotomía y exige un tratamiento] menos largo.»

El Dr. Bouchut describió á continuación su modo de practicar la intubación, que ya había publicado en 1858, y presentó los instrumentos primitivos; describió la maniobra y los resultados obtenidos, y se felicitó de que su idea, nacida en Francia, hubiese obtenido en América tan favorable acogida. O'Dwyer aseguró ingenuamente que no



FIGURA 56.

conocía aquellos estudios, y reconociendo la prioridad de Bouchut, estrechaba la mano á su ilustrado colega.

Recordando estos hechos Massei, dice que si la idea era la misma, los medios de que se servían Bouchut y O'Dwyer eran especialmente distintos. «También Hipócrates — añade Massei — había hecho tentativas de cateterismo; desde los tiempos más remotos se hizo llegar á la cavidad laríngea, no sólo un tubo, sino también polvos astringentes, cáusticos, etc. Habíanse hecho otras tentativas, pero los resultados finales eran muy vagos; en muchos casos, sólo se obtuvo una pasajera mejoría.»

O'Dwyer presentó una estadística extensa, seria, confirmada por

experimentos de muchos colegas, los cuales se mostraron más entusiastas quizá que él mismo.

Sin gran dificultad se comprende que el tubo de Bouchut debía herir necesariamente la mucosa laríngea, sobre la cual ejercía impresión peligrosa, máxime tratándose de un proceso que, como el crup, tiende á la necrosis. Y cuando se piensa, como ha demostrado Egidi, en la gran dificultad de sacar el tubo si acaso se rompe el hilo, se comprenderá que un método que parecía fácil y utilísimo, estaba realmente acompañado de verdaderos peligros, que desaparecieron en gran parte con el aparato de O'Dwyer.

En el mismo Congreso de Berlín (1890), Northrup habló de las *condiciones patológicas consecutivas á la intubación*. El autor, fundándose en 103 autopsias, llega á las siguientes conclusiones: 1.^a, los cuerpos extraños no entran en los bronquios; 2.^a, el nuevo instrumento construido por O'Dwyer no ocasiona el decúbito, y 3.^a, en 12 casos, la muerte sobrevino á consecuencia de la bronquitis diftérica; ordinariamente sucede así cuando la muerte sobreviene á las cuarenta y ocho ó setenta y dos horas de presentarse la dispnea; por el contrario, la pulmonía, cuando se manifiesta, necesita más tiempo.

Mount-Bleyer dió cuenta al propio Congreso de los resultados de 54 casos de intubación. El autor obtuvo en ellos un 37 por 100 de curaciones. Hay que emplear el laringoscopio antes y después de la intubación. « Por el modo como respira el enfermo, se conoce si el tubo está bien colocado. Para la irrigación de la nariz, de la faringe y de la laringe, emplea el autor el deutóxido de hidrógeno. Hay que cambiar diariamente el tubo. Los líquidos deben beberse por cucharaditas de café. Algunas veces hay que emplear la sonda esofágica. Padecen decúbito el 1 por 100 de los enfermos. La afonía resultante cura con facilidad. »

Störek dió cuenta de haber modificado la parte inferior de los tubos para que no puedan herir la mucosa laríngea.

Schwalbe (de Berlín) dijo que las probabilidades de curación son mucho menores que después de la traqueotomía; la práctica de la intubación es más difícil y algunas veces más peligrosa que la traqueotomía.

Casselberg estudió los accidentes que pueden presentarse en pos de la intubación (accesos de tos, pulmonía por cuerpos extraños). « Hay mucha sed — decía —, y deben beber los enfermos, teniendo éstos la cabeza inclinada y empleando el biberón. »

Massei preconizó las ventajas de la intubación. Meltzer sostuvo que la pulmonía, resultado de la intubación, no procede de la entrada de cuerpos extraños en el pulmón por respiración.

Root presentó una estadística, con 36 por 100 de curaciones, entre

200 enfermos. El tubo se conservó colocado veintiséis horas cuando menos, y veintitrés días cuando más.

Según dijo después Rauchfuss en el mismo Congreso, la intubación tiene sobre la traqueotomía la ventaja de no producir herida y la mayor rapidez en el acto operatorio. En los casos graves debe rechazarse la intubación, lo mismo que en las difterias secundarias al sarampión y la escarlatina.

Staveley publicó en *The Lancet* (Noviembre, 1890), y algunos años después en el *Journ. of Laryng. and Rhin.* (núm. 3, 1894), 5 y 11 casos, respectivamente, de intubación en los niños. De los 16 enfermos, curaron 9 y murieron 7. El término medio de los fallecidos era menor de dos años, y el de los supervivientes cinco años.

Andersen (*Hospitalstidende*, Febrero, 1890, y *Journ. of Laryng. and Rhin.*, núm. 5, 1890) cita la observación de un niño de dos años y medio, que fué acometido de sofocación al quitarle la cánula. Se hizo la intubación por el método de O'Dwyer. Curó la herida de la traqueotomía hecha para tratar el crup. Algunos días después se separó el otro tubo y la respiración continuó verificándose con entera libertad.

Hauck (*Weekly Medical Review*, San Luis, 1891) cree que la intubación, debida á O'Dwyer, está destinada á ocupar el puesto de la traqueotomía en gran número de casos de estenosis laríngea. Refiere siete observaciones personales de difteria en el niño, en las cuales se practicó la intubación. De los siete casos, obtuvo cuatro curaciones. De los tres restantes, uno murió de pulmonía á los treinta y tres días de introducir la cánula; los otros dos sucumbieron veinticuatro horas después de la operación.

Á la Asociación Laringológica Americana (Congreso de Boston, Junio, 1892) comunicó el doctor Knight (de Nueva York), una observación de *intubación por estenosis crónica de la laringe en un niño de diez años*. Cierta neoplasma interglótico, acerca de cuya naturaleza se vaciló mucho tiempo, había determinado una estenosis poco marcada de la laringe. La intubación con el tubo de O'Dwyer, para evitar la dispnea, dió excelente resultado paliativo. El tubo fué



FIGURA 57.

tolerado tres meses, sin provocar ningún síntoma grave. Su extracción, previa anestesia por la cocaína y empleo del espejo laringoscópico, fué muy fácil. Por último, considerando la afección como un papiloma, se

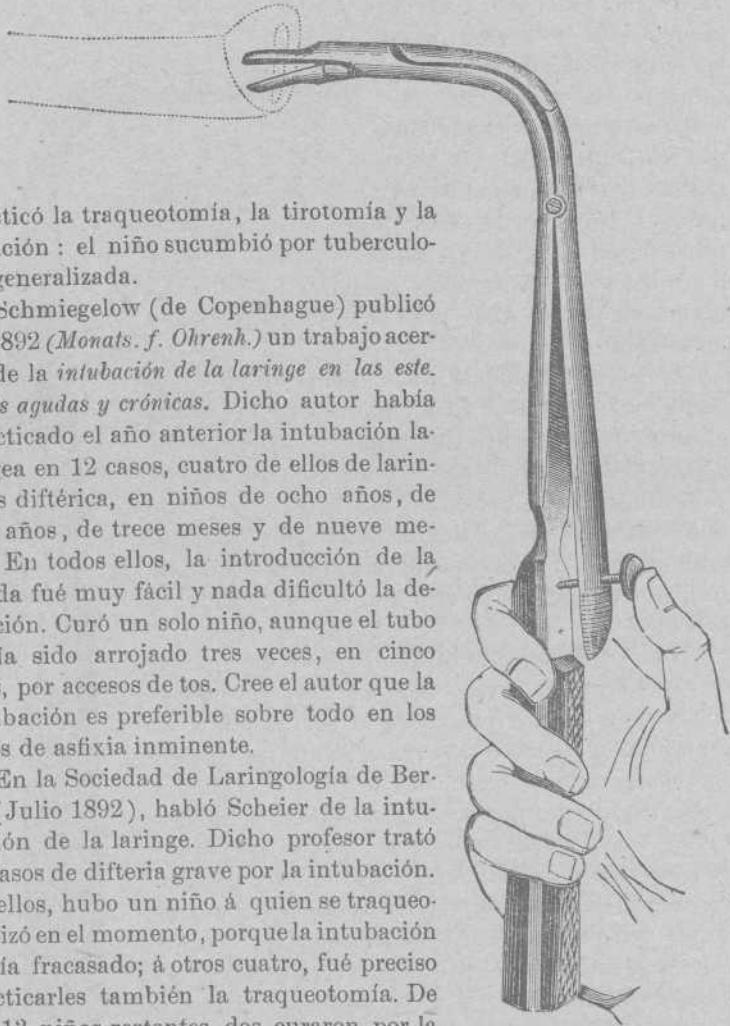


FIGURA 58.

practicó la traqueotomía, la tirotomía y la ablación : el niño sucumbió por tuberculosis generalizada.

Schmiegelow (de Copenhague) publicó en 1892 (*Monats. f. Ohrenh.*) un trabajo acerca de la *intubación de la laringe en las estenosis agudas y crónicas*. Dicho autor había practicado el año anterior la intubación laríngea en 12 casos, cuatro de ellos de laringitis diftérica, en niños de ocho años, de tres años, de trece meses y de nueve meses. En todos ellos, la introducción de la sonda fué muy fácil y nada dificultó la deglución. Curó un solo niño, aunque el tubo había sido arrojado tres veces, en cinco días, por accesos de tos. Cree el autor que la intubación es preferible sobre todo en los casos de asfixia inminente.

En la Sociedad de Laringología de Berlín (Julio 1892), habló Scheier de la intubación de la laringe. Dicho profesor trató 18 casos de difteria grave por la intubación. De ellos, hubo un niño á quien se traqueotomizó en el momento, porque la intubación había fracasado; á otros cuatro, fué preciso practicarles también la traqueotomía. De los 13 niños restantes, dos curaron por la sola intubación y uno después de la traqueotomía consecutiva. Los otros 10 murieron después de sufrir la traqueotomía.

En el curso de la discusión, intervinieron en pro y en contra de este procedimiento operatorio los Dres. Rosenberg, Flatau, y Landgraf.

Afirma O'Dwyer (*Medical Record*, Noviembre 1892) que en las obstrucciones laríngeas agudas de la infancia, la intubación le parece cada vez más preferible á la traqueotomía. Esta debería reservarse para los casos en que ha fracasado la intubación por haberse desarrollado falsas membranas en la parte inferior de la laringe.

Antes de los siete años, la intubación será casi siempre preferible á la traqueotomía, y siempre antes de los dos años.

Entre 421 intubaciones, Waxham obtuvo 146 curaciones, ó sea el 31,67 por 100. Otro médico consiguió curar un 50 por 100 de los operados. Las curaciones son cada vez más numerosas, dice, á medida que se perfecciona la técnica de la operación. Ésta, bien hecha, en nada impide la nutrición del niño.

Según Lepore (*Arch. ital. di laring.*, núm. 3, 1893), la intubación debe practicarse en todos los casos de crup que han llegado al período asfíxico: la traqueotomía debe reservarse para aquellos en que la intubación no basta para calmar los efectos de la laringo-estenosis. Lejos de ser una contraindicación ó un obstáculo á la traqueotomía, la intubación la hace más fácil y más sencilla. Sin embargo, el mismo autor tiene buen cuidado de consignar los inconvenientes de la intubación.

Cnopf (de Nuremberg) dirigió en 1893 una comunicación á la Sociedad Médica de dicha ciudad, tratando de la intubación en la difteria de la laringe y presentando una estadística que no puede ser más desgraciada. De diez niños, fué preciso practicar á cinco la traqueotomía por causas diversas (asfixia debida al aumento de falsas membranas, agravación del mal, consunción del enfermo después de muchas intubaciones): los cinco murieron. De los otros cinco, tres murieron en el mismo hospital, y otro en casa de sus padres durante la convalecencia. Solamente curó uno, que tuvo que llevar el tubo ciento diez horas; el enfermo estuvo mucho tiempo afónico; padeció laringitis, que desapareció con bastante rapidez. «La alimentación — añade el autor — es bastante fácil, no obstante la presencia del tubo; pero hay que limitarse á usar líquidos. El tubo provoca á menudo ulceraciones de la laringe.»

Egidi (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, 1893, números 3 y 4), publicó una interesante estadística comparativa. Desde 1885 á Marzo de 1889, hizo en el niño 42 traqueotomías con 20 curaciones (61,3 por 100); desde 1889, 27 traqueotomías, con un 30 por 100 de curaciones, y 80 intubaciones, con 14 curaciones, 20 por 100. Hay que tener en cuenta que en aquella época la difteria era muy grave. El autor considera las temperaturas elevadas (40 por 100) como una contraindicación á la traqueotomía. Fallecieron todos los niños operados en esas condiciones.

En el Congreso que celebró en Nueva York la *Asociación Laringológica Americana* (Mayo, 1893), hablóse bastante de la intubación en el adulto.

Según Simpson, la técnica de la intubación en el adulto difiere de la que se sigue en el niño. La epiglotis es más difícil de coger y mantener. Cuando ha habido traqueotomía previa, la falta de los movimientos de elevación de la laringe hace más difícil la introducción del dedo. En el adulto hay que emplear la cocaína, y usar el espejo laringoscópico para introducir y sacar el tubo. En el niño puede servir de guía el tacto solo. El autor empleó la intubación en un caso de fractura de la laringe, con buenos resultados. El procedimiento le parece lógico en la parálisis de los abductores. La intubación es útil entonces, sobre todo para luchar contra el espasmo muscular.

Roe empleó la intubación en un caso de sífilis de la laringe. Un tumor gomoso de la cuerda vocal había provocado gran dispnea. Hecha la intubación, se comenzó el tratamiento específico. A los cuatro días, la mejoría era suficiente para que, habiendo sido rechazado el tubo en un acceso de tos, no se necesitara volverlo a colocar. En un caso de laringitis tuberculosa, también observado por Roe, la intubación determinó primero un gran alivio; después el tubo produjo cierta irritación y fué preciso quitarlo.

En el mismo Congreso de Nueva York dijo Delavan que los éxitos de la operación se deben ante todo á la experiencia adquirida, pues las primeras intubaciones rara vez se practican bien. Lefferts cree asimismo en la importancia de la experiencia adquirida. En el tratamiento de la parálisis bilateral de los abductores, no hay que hablar de verdaderas curaciones por la intubación.

Bokai presentó á la Sociedad Real de los Médicos de Budapest (*Bull. Méd.*, Noviembre de 1893) las conclusiones de un trabajo en que se estudian 431 casos de intubación. El autor menciona el peligro que puede hacer correr al enfermo la obstrucción del tubo: « Es bastante raro que las falsas membranas sean empujadas hacia la tráquea; pero si llegara á sobrevenir este accidente y amenazara la asfixia, bastaría sacar el tubo para que el enfermo arrojara inmediatamente sus falsas membranas desprendidas. Si no se verificara la expulsión de este tapón pseudomembranoso, habría que practicar la respiración artificial ó la traqueotomía. »

Ferroud dedicó su tesis del doctorado (Lyon, 1894) al estudio de la intubación, cuya instrumentación y técnica operatoria modificó.

En la parte histórica, recuerda que Chaussier, Depaul y Reybard fueron los primeros que aconsejaron colocar una sonda permanente en la laringe; pero Boucbut es el verdadero promovedor del método (1858) que perfeccionó O'Dwyer (1885). Adoptada en varios países, la intubación apenas ha sido aceptada en Francia, donde son muy raros los trabajos acerca del particular.

Se ocupa después en el examen de la intubación de O'Dwyer, ex-

poniendo los instrumentos necesarios y la técnica operatoria y haciendo su crítica en la forma siguiente: « Aparato caro, complicado, expuesto á estropearse. El obturador impide la respiración mientras está colocado; el introductor, que no da al tubo la orientación antero-posterior necesaria, resulta inútil. »

Ferroud emplea una pinza única que sirve á la vez de introductor y de extractor; sus dientes están dispuestos de tal modo que penetran á mayor profundidad y se adhieren mejor al tubo; su separación es forzosamente antero-posterior; sus tubos, cortados en pico de flauta, penetran con facilidad; su pabellón superior está ensanchado. Un anillo metálico especial protege la primera falange sin dificultar la respiración; el aparato para abrir la boca es más resistente. Para introducirlo, basta colocar en el tubo las ramas separadas (apretando sobre un botón), cerrarlas cuando el tubo está colocado (aflojando la presión) y sacarlas. La extracción se verifica por una maniobra inversa.

Hablando Ferroud de los accidentes y complicaciones de la intubación, dice: « El tubo puede empujar las falsas membranas á la laringe, ó penetrar en el esófago; basta sacarlo y volverlo á introducir, y lo mismo si fuera rechazado. Su permanencia puede ocasionar viva disfgia. Convendrá dar una alimentación semisólida, teniendo el enfermo la cabeza inclinada hacia delante; en caso necesario, lavativas nutritivas. Su obstrucción es excepcional; se emplearán en estos casos frecuentes pulverizaciones; si hay urgencia, se hará la extracción. Las ulceraciones no son más frecuentes que con las cánulas traqueales; el tubo permanente es muchas veces molesto. »

Ferroud recuerda asimismo que las tentativas de extracción deben ser cortas y hechas con prudencia, sin emplear el áedo. Respecto á las ventajas de la intubación, las resume en esta forma: « Operación rápida, incruenta, que no necesita ayudantes; sencilla y exenta de peligros; puede ser muy precoz; no expone á las estrecheces traqueales ni á sus funestas consecuencias; y disminuye el peligro de la bronconeumonía. »

En el undécimo Congreso de Medicina internacional (Roma, Abril 1894), el Dr. Schmiegelow (de Copenhague) habló de la intubación de la laringe en el adulto, formulando las siguientes conclusiones: « La intubación, en el adulto, exige mucha destreza. Puede curar muchas estenosis cicatriciales, é ir precedida de una laringo-fisura. La tráqueo-bronquitis purulenta constituye una contraindicación, lo mismo que las enfermedades intercurrentes de las vías aéreas. »

Massei dijo, con motivo del debate á que dió lugar la Memoria de Schmiegelow, que en tres ó cuatro años había hecho tantas intubaciones en el adulto como traqueotomías practicó en toda su carrera. Enumeró las indicaciones y contraindicaciones de este método operatorio

y dijo que, aun en las afecciones incurables, la intubación es útil, sobre todo cuando falta tiempo para una intervención quirúrgica enérgica.

Hubbard (*New-York Med.*, Junio 1894) recomendó la intubación durante la anestesia. Para ello, emplea un tubo de O'Dwyer que se continúa con otro de goma provisto de un embudo análogo al de Trendelenburg. Según el autor, el instrumento es muy sencillo y ofrece seguridad completa.

Galatti dió cuenta á una Sociedad médica de Viena (Julio 1894) de una intubación que duró 436 horas casi consecutivas. Tratábase de un niño de veinte meses, que después de curado de una angina diftérica, sintió de pronto accesos de sofocación, que Galatti atribuyó á una brusca estrechez de la glotis. Se practicó la intubación; al cabo de 96 horas se quitó el tubo, pero treinta minutos después fué preciso volverlo á colocar. La segunda vez permaneció cuarenta horas, estuvo quitado tres y media; y luego se volvió á poner durante cuarenta y seis horas, estando quitado treinta. En resumen, se colocó el tubo hasta diez veces, cinco por haberlo sacado el médico, y otras cinco por haberlo arrojado el niño.

En la Sociedad francesa de Otolología, Rinología y Laringología (sesión del 2 de Mayo 1894) se habló extensamente de los resultados de la intubación de la laringe.

El Dr. Bonain (de Brest), comenzando por describir los instrumentos de O'Dwyer, se detuvo en examinar los detalles de fabricación del tubo más empleado, el de sección elíptica y el de reemplazo bilateral; tiene gran importancia poseer tubos construidos de un modo irreprochable, como los fabricados por Ermold, de Nueva York, siguiendo indicaciones precisas del mismo O'Dwyer. Muchas imitaciones de estos tubos, que se encuentran en el comercio, son defectuosas y no exentas de peligros. Cree Bonain que las modificaciones introducidas por varios prácticos no hacen más que reproducir defectos ya corregidos por el mismo O'Dwyer.

La intubación, añade Bonain, se impone como tratamiento en el crup. Muchos hospitales de niños en el extranjero la han adoptado hace algunos años.

Las estadísticas comparativas demuestran que la intubación da resultados superiores, ó por lo menos iguales, á los de la traqueotomía. En todo caso, para los niños menores de tres años, es indudable la superioridad de los resultados de la intubación. Naughton y Maddren, cirujanos americanos, después de pedir datos á más de 200 médicos, reunieron las siguientes cifras: para la traqueotomía, 2.417 casos, con 586 curaciones, ó sea el 24,2 por 100; para la intubación, 5.546, casos, con 1.691 curaciones, ó sea el 30,5 por 100. Otra estadística importante y más reciente es la de Ranke (de Munich), que, después de una am-

plia información en los países en que se habla lengua alemana, obtuvo las cifras siguientes: para la traqueotomía, 1.118 casos con 435 curaciones, ó sea el 38,9 por 100 de curaciones; para la intubación 1.324 y 516 respectivamente, ó sea el 39 por 100.

Si en una clínica hospitalaria ó en ciertos casos privilegiados de la práctica privada, en los niños mayores de tres años la traqueotomía puede dar tan buenos resultados como la intubación, no sucede lo mismo en la práctica diaria, en la que se ejerce en medios y condiciones muy distintos. Diariamente, muchos enfermitos de crup mueren por falta de intervención contra la estenosis laringea que los asfixia, bien porque las familias rechacen la traqueotomía, bien porque el médico retroceda ante la práctica de la operación. En efecto: la traqueotomía es una de las operaciones más delicadas é imponentes. Ante la necesidad de tal intervención y de los cuidados consecutivos que reclama, surgen á menudo muchas dificultades, sobre todo en las familias poco acomodadas. Creo que la intubación puede resolver muchas dificultades. Intervención sencilla, rápida, fácilmente aceptada, que no exige la presencia de ayudantes especiales...; en su técnica no hay nada que pueda alarmar al práctico más timorato, siempre que tenga conocimiento profundo del asunto.

Los dos accidentes realmente serios á que puede dar lugar la intubación, en el momento en que se practica, son el síncope y la asfixia, debida, bien á la desviación de la falsa membrana, bien á maniobras inexpertas ó prolongadas. Estos accidentes le son comunes con la traqueotomía; sin embargo, son menos frecuentes y más fácilmente evitables que en esta última operación, la cual tiene además en su activo otros inconvenientes. La obstrucción del tubo durante el tratamiento es muy rara, y sus consecuencias poco peligrosas, si se mantiene colocado el hilo de seguridad.

«Hasta ahora — añade Bonain — he practicado 23 veces la intubación en el crup, ó sean dos veces en el crup sin manifestación faríngea de la difteria, y 21 en el crup consecutivo á una difteria de la faringe. He obtenido siete curaciones en niños de veinte meses á diez años, y una en un niño de once meses, lo cual da una proporción de 34,7 por 100 de curaciones. Me creo satisfecho de estos resultados, pues la difteria es en Brest muy mortífera y la traqueotomía no suele dar, en la práctica diaria, más que un 15 por 100 de curaciones.»

Bonain resumió en esta forma las ventajas que presenta la intubación en el tratamiento del crup: 1.º Es una intervención sencilla, rápida, que las familias aceptan fácilmente. 2.º Produce marcado alivio con tanta eficacia como la traqueotomía y más pronto que ésta, disipándose á veces la dispnea debida á la estenosis del conducto laringo-traqueal. 3.º No exige la presencia de ayudantes especiales y

puede practicarse en todos los medios. 4.º La expectoración es más fácil por el tubo de O'Dwyer que por la cánula traqueal, á causa de la fuerza expulsiva de la tos, más considerable por el tubo que por la cánula, tanto por la dirección rectilínea y la estrechez relativa de su conducto, como por la situación más elevada de su orificio superior. El desagüe de la tráquea y de los bronquios es también más fácil. 5.º Las complicaciones pulmonares son menos frecuentes, pues el aire pasa por sus vías naturales, y no existe el peligro de infección de los pulmones por una herida próxima á la entrada de los bronquios. 6.º Como la operación no es cruenta, queda suprimida una causa de debilidad, lo cual es importante, sobre todo en los niños de poco tiempo. 7.º Los cuidados consecutivos son más sencillos, y aparte de la intervención del médico, cuando es más necesaria, se limitan á la alimentación y á la vigilancia del enfermo. 8.º El niño intubado puede conversar en voz baja con los que le rodean, expresándoles sus necesidades y deseos. 9.º Una vez restablecida la libertad del conducto laringo-traqueal y extraído el tubo, la convalecencia es más rápida. No hay que temer la formación de mamelones traqueales, ni de estrecheces cicatriciales, y el enfermo no se halla expuesto á una molestia peligrosa, como la que resulta de llevar durante algún tiempo, acaso indefinido, su cánula. 10. No existe cicatriz en el cuello. 11. Por último, en caso preciso, puede practicarse la traqueotomía, sirviendo de guía el tubo para esta operación: conviene recordar, sin embargo, que rara vez da resultados la traqueotomía secundaria.

«Aparte de la difteria — continuó Bonain — los servicios que presta la intubación son bastante apreciables. El empleo de la cocaína y del espejo laríngeo puede facilitar esa intervención, utilizable en casi todos los casos de estenosis aguda en que la traqueotomía no es practicable inmediatamente. Como ejemplo de estenosis agudas, pueden citarse las estenosis sifilíticas ó tuberculosas de curso agudo, la laringitis infraglótica, las quemaduras, las fracturas de la laringe; y de estenosis crónicas, las estenosis sifilíticas cicatriciales, las debidas á la presencia de papilomas múltiples, á la parálisis de los abductores, á la paquidermia, y, finalmente, las estenosis consecutivas á la traqueotomía por crup ó por otra afección, como las estenosis espasmódicas, cicatriciales ó debidas á la formación de mamelones carnosos ó granulomas.»

Sevestre presentó en Abril de 1895 á la Sociedad Médica de los Hospitales de París una serie de instrumentos contruidos por Collin para la intubación de la laringe; estos instrumentos reproducen en su conjunto los instrumentos de O'Dwyer, pero difieren por ciertas modificaciones de detalle que hacen la intubación más fácil y segura.

En el introductor de O'Dwyer, el mandarín se fija al extremo del mango por un paso de tornillo; pero á la larga éste se gasta; el diáme-

tro antero-posterior del mandarín, y, por consiguiente, el del tubo mismo, no corresponde al diámetro antero-posterior de la laringe. En el introductor de Collin, el tornillo es reemplazado por un cerrojo, que fija mejor el mandarín.

A los tubos largos y pesados de O'Dwyer ha sustituido Collin tubos cortos, que irritan menos la tráquea y son mucho más fáciles de introducir; á pesar de tales condiciones, se mantienen bien colocados. Con esos tubos cortos, la maniobra de la extracción es más fácil.

De las consideraciones históricas que preceden, deduce Massei dos corolarios, á saber: que los prácticos han intentado siempre sustituir el cateterismo temporal por el permanente, y que la intubación ha quedado acreditada en la ciencia por una aplicación muy saliente, á saber: la aplicación al tratamiento del crup. Pero después de esa ojeada histórica, hay que ver si la intubación puede entrar legítimamente en el terreno científico.

Como sucede con todas las ideas nuevas, encontramos partidarios entusiastas y detractores encarnizados, conservadores y nihilistas. Exageraciones por una parte y por otra, porque examinando la cuestión sin idea preconcebida se llega á la conclusión de que la intubación puede realmente ser útil en la práctica. Preciso es confesar que los resultados finales son esencialmente distintos, según que se trate del crup ó de las enfermedades crónicas; desde este punto de vista afirma Massei que si la intubación en los niños puede considerarse discutible, dada la gran frecuencia del crup, en los adultos tiene un valor demostrado, evidente. Desde que O'Dwyer publicó los primeros casos, muchos prácticos imitaron su ejemplo, y la estadística americana se enriqueció en poco tiempo con centenares de observaciones.

En Europa, la intubación fué aceptada con cierto escepticismo, siendo Italia la primera nación en seguir el ejemplo de los americanos. Egidi, hasta 1891, tuvo más de 80 casos; Massei reunió cerca de 20, y también practicaron la intubación los Dres. Ricci (de Savona), Toti (de Florencia), Dionisio (de Turín), y Damieno (de Nápoles). Todos ellos estuvieron conformes en la interpretación y en los juicios acerca del método. Los que teóricamente quisieron hacer oposición, quisieron encontrar en la traqueotomía la piedra de toque; y, en realidad, el paralelo entre la traqueotomía y la intubación constituye un buen terreno para establecer las ventajas del método. Sin embargo, Massei cree injustificado este paralelo, si se estudia sin ninguna preocupación lo que puede ser la intubación en el crup. Nadie pretende que la intubación cure el crup; si así fuera, habría que señalar el descubrimiento con piedra blanca. Lo que hay que averiguar es si la intubación en el crup puede evitar los peligros de la sofocación, y la respuesta á esa pregunta es evidente.

Massei, al hablar de este punto en su monografía (*loc. cit.*), dice:

«Creo necesario ser explícito y decir que, teniendo en cuenta el genio dominante, el período en que se opera, y la edad de los niños, con la traqueotomía no se pasa de una cifra de curaciones, que oscila entre el 25 y 30 por 100. Podréis encontrar algunas estadísticas más favorables, pero si las sumáis con otras que lo son menos, veréis que digo la verdad. Yo mismo, al comenzar á hacer traqueotomías, fui muy afortunado, pues llegué al 50 por 100 de curaciones; aumentando el número de casos, esa cifra bajó al 25 por 100. Por eso no exagero al decir que, de 100 niños enfermos de crup, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, pueden curar 25 ó 30 con la traqueotomía. Sumad igualmente todas las estadísticas de la intubación y obtendréis los mismos resultados.»

La estadística de Egidi, en cambio, es tan desfavorable para la traqueotomía como para la intubación; pero esto depende del carácter maléfico con que la difteria domina en Roma. Ese distinguido cirujano y paidópata tuvo el cuidado de practicar, en el mismo período de tiempo, igual número de intubaciones y traqueotomías, y, por desgracia, murieron unos y otros niños. Conviene recordar que el crup (salvo la posibilidad de una flogosis crupal), representa en la práctica, nueve veces de cada diez, la localización de la difteria; con este concepto del crup hay que tener presente, no sólo el peligro de la laringo-estenosis, sino también las posibles y graves complicaciones, comenzando por la pulmonía y terminando por las parálisis postdiftéricas.

Si ahora nos proponemos estudiar si la intubación puede evitar los inconvenientes de la laringo-estenosis, veremos que en realidad representa un medio excelente. Si el enfermo muere, ¿es esto una contradicción propia de la operación? En manera alguna; la muerte ha venido por una de esas complicaciones que son tan frecuentes en el crup. Massei dice en su monografía haber visto morir niños operados de traqueotomía, á pesar de la abertura de la tráquea y aunque se había colocado un amplio dilatador, el aire no pasaba; ¡tan grande era la cantidad de falsas membranas existentes en la parte inferior de la tráquea! Si se reflexiona que, cuando la intubación no basta, hay siempre tiempo para practicar la traqueotomía, resultará que, si no siempre, al menos alguna vez, la intubación puede combatir la estenosis en el crup.

Veamos ahora las ventajas é inconvenientes de la intubación, tal como expone unas y otros el Dr. Massei:

«La intubación es una operación muy sencilla, pero, á pesar de ello, puede morir el enfermo, durante la maniobra, por *shock*, por *stincope* ó por *inanición*. Puede morir también porque, mientras el tubo desciende por la cavidad, las falsas membranas, empujadas hacia abajo, obstru-

yen por completo la porción inferior. Pero el *shock*, el síncope y el agotamiento nervioso son fenómenos que á veces se manifiestan asimismo durante la traqueotomía ó en pos de ella; y hasta son más frecuentes en ésta, sobre todo cuando se interviene tarde. Yo he practicado bastantes traqueotomías é intubaciones, y recuerdo algunos hechos desgraciados, que no pesan sobre mi conciencia porque estaban previstos. En efecto: tratábase de casos en que la operación se practicó *in extremis*, en que los padres, viendo un peligro inminente y comprendiendo la gravedad de la operación, solicitaban ésta como última tentativa. Estos peligros, dependientes sobre todo del sistema nervioso, y que constituyen, por decirlo así, la *retroescena*, nada tienen que ver con la enfermedad, y tampoco destruyen el mérito de la operación ni perjudican la reputación del cirujano. Siempre queda, sin embargo, un inconveniente serio, que podemos tener que lamentar en la intubación para tratar el crup, inconveniente que debéis saber, y es la posibilidad de empujar hacia abajo las falsas membranas desprendidas, en términos que un niño que antes respiraba, concluye por no respirar ya, y queda entre nuestras manos un cadáver. Este peligro es la demostración evidente de que la intubación, aunque incruenta, no deja de tener sus inconvenientes. Por eso un distinguido especialista norteamericano, el Dr. Mount Bleyer, ha insistido acerca de la importancia del examen laringoscópico forzado en los niños atacados de crup.

»El examen laringoscópico no resulta fácil, y lo es menos cuando estos infelices niños se agitan en las angustias de la asfixia; pero en ciertas circunstancias, se puede, llevando hacia fuera la lengua, de modo que se levante la epiglotis, y usando si es preciso una espátula especial, examinar el interior de la laringe. Con todo, este es un ideal que difícilmente se realiza; no vacilo en afirmar que entre los varios centenares de casos que he tenido ocasión de tratar, recuerdo muy pocos en que pudiera practicar el examen laringoscópico.

»Sea como quiera, se comprende que si, antes de la intubación, se pudiera practicar el examen laringoscópico, se evitaría el peligro de que las falsas membranas produjeran oclusión, porque, antes de operar, habríamos formado una opinión exacta y positiva de la estenosis. Yo creo que, en el crup, no siempre es la presencia de falsas membranas la verdadera causa ó causa única de la laringo-estenosis; hay casos en los cuales el obstáculo es completamente mecánico, y otros, por el contrario, en que la estenosis depende de la considerable tumefacción de la mucosa, á la cual se une la presencia de falsas membranas. Hay ciertos niños que vomitan falsas membranas y que, sin embargo, siguen respirando mal; así se comprenden los casos de crup que siguen su evolución sin que haya expulsión de gruesas membranas. La estenosis puede depender también de edema colateral ó del

gran acúmulo de falsas membranas, y, por lo tanto, si podemos explorar la laringe antes de proceder á la intubación, estará conjurado quizá ese peligro notable de la apnea por oclusión »

Otro inconveniente lamentable en la intubación es la facilidad con que el tubo se obstruye, no sólo porque, en general, el moco, condensándose, puede disminuir el calibre, sino también porque en el crup, la muerte por asfixia es debida principalmente al hecho de que las falsas membranas, moviéndose, atraviesan la cánula, donde pueden quedar detenidas. En ciertos niños se ven trozos de falsas membranas que salen al exterior con la tos, á través de la cánula; pero otras veces, al cabo de dos ó tres días, y quizá pocas horas después de practicar la intubación, acentúase de nuevo la dispnea, reaparece la dispnea y la asfixia amenaza la vida. Es preciso entonces sacar el tubo, limpiarlo, estudiar el modo cómo podrá realizarse la respiración y volverlo á colocar.

Esta segunda maniobra, si el niño ha arrojado falsas membranas, será más fácil que la primera; pero si al sacar el tubo no se llevan con él las falsas membranas que obstruían el extremo inferior de la cánula, cuando se vuelva á intubar podrá provocarse una apnea mortal. Aunque, en tesis general, el limpiar el tubo y volverlo á colocar son cosas fáciles de decir y de hacer, pueden estas maniobras ser causa de la muerte del niño, provocando una dispnea tan grave, que obligue á practicar la traqueotomía y acaso no dé siquiera tiempo para ello.

Así sucedió al Dr. Egidi, el cual, abriendo prontamente la tráquea, pudo salvar la vida á un niño.

Este terrible accidente es tanto más doloroso cuanto que, si se ha practicado la intubación estando el niño en condiciones relativamente favorables, la familia difícilmente perdonará al médico las consecuencias.

Para evitar este inconveniente, O'Dwyer y Egidi modificaron las cánulas. En el Congreso de Berlín (1890) presentó el Dr. O'Dwyer otro aparato (véase fig. 59), con tubos más cortos y más anchos (véase fig. 60).

Á través de esas cánulas tan amplias, es más fácil la salida al exterior de las falsas membranas, y siendo bastante cortas, se evitan



FIGURA 59.

los inconvenientes y la posibilidad de empujar hacia abajo las falsas membranas. Pero esos aparatos tienen más difícil aplicación: de forma cilíndrica, oscilan con facilidad entre las paredes laríngeas y son expulsados cuando el enfermo hace algún esfuerzo. El introductor (véase fig. 59) tiene forma especial.

Con el mismo objeto, y también para facilitar la maniobra, Egidi ha modificado las cánulas (véase fig. 61), y el introductor (véase fig. 62). Por su longitud, son semejantes a las cánulas primitivas de O'Dwyer, aunque no son tan largas; por su calibre, se parecen a las últimas de O'Dwyer, y así su forma recuerda la de las cánulas primitivas, cuando el tubo está colocado.

Según Massei (*loc. cit.*), las cánulas de Egidi tienen un solo incon-

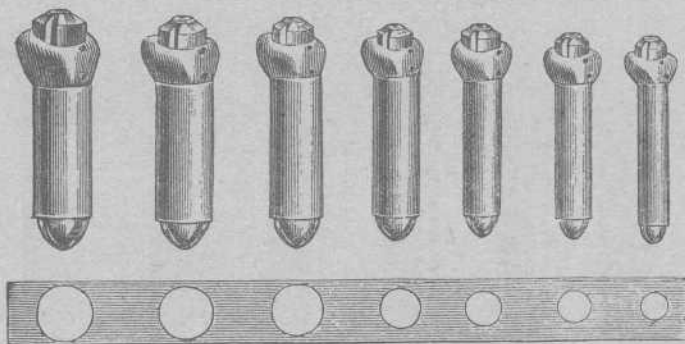


FIGURA 60.

veniente, que es la dificultad de separar la cánula del introductor, porque el cuello es tan estrecho, que difícilmente se puede aplicar el índice. Siendo acanalado el porta-cánulas (véase fig. 62), recuerda los antiguos conductores de Bouchut: el silbido que se oye al comenzar la maniobra indica si hay un buen camino y si el niño se encuentra en condiciones para respirar durante el acto operatorio.

Si estos peligros de que se ha hablado pueden ser un obstáculo para la intubación, el obstáculo desaparecerá al preguntar si la traqueotomía es un procedimiento operatorio más sencillo y menos peligroso.

Ahora bien: si se tiene en cuenta que, aun en manos de los más ilustres cirujanos, la traqueotomía produce accidentes deplorables, es decir, *shock*, apnea y hemorragia; si se piensa en los peligros de infección por la herida, en la mayor facilidad con que puede desarrollarse

la pulmonía, en el mayor tiempo que reclama la operación, en las dificultades consecutivas para la ablación de la cánula, habrá que convenir en que una y otra operación están rodeadas de peligros, pero la intubación se presenta al práctico con menos repugnancia.

Por eso en Nápoles, por ejemplo, según dice Massei, existe ya cierta desconfianza que ha reducido al *mínimum* las traqueotomías en casos de crup. En muchos años de práctica, apenas ha hecho 22 traqueotomías en tales circunstancias. « Cuando se propone la operación, los padres la aceptan, pero inmediatamente preguntan si está asegurado el éxito, y entonces hay que guardar cierta reserva; por lo general, después de meditar un poco, los padres prefieren la intubación y nos incitan á practicarla, porque les produce pésima impresión la operación cruenta, mientras que la intubación es mucho menos triste.»

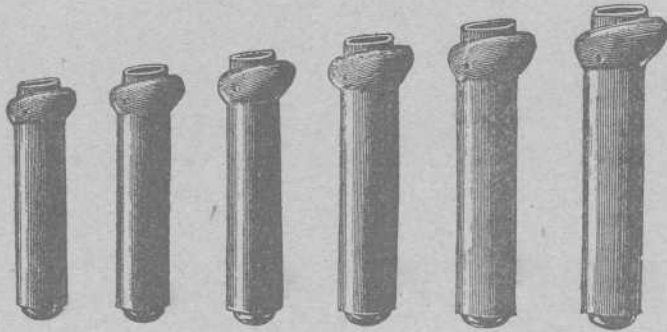


FIGURA 61.

Dejando á un lado el paralelo entre ambos procedimientos, hay que ver cómo debe practicarse la intubación en los niños.

Lo primero en que debe pensarse es en la elección del tubo. En la escala de los aparatos comunes hay una serie de 5 á 6 tubos (véase figura 65), suficientes para las necesidades de la práctica, es decir, para niños de uno á doce años, límites extremos entre los cuales se halla comprendida la mayor frecuencia del crup. Precisamente hay una escala en la cual están marcados los números 1, 2, 3-4, 5, 7, 8-10 y 12 (véase fig. 66). El número 1 indica el tubo que sirve para los niños menores de un año; el número 2 para los de dos; el 3-4 para los de tres á cuatro años, y así sucesivamente. Sabido es que en los primeros años la laringe no sigue un desarrollo progresivo, y que, por lo tanto, la de un niño de tres años se parece mucho á otra de uno de cuatro años. Así, no se necesitan 12 tubos, sino que bastan 5 ó 6. En tesis general,

resulta preferible un tubo algo grande, porque así no se desviará con tanta facilidad.

Los tubos, antes de colocarlos, deben ser desinfectados ó esterilizados, especialmente si no son nuevos; es fácil comprender que no siempre se pueden tener muchos á la mano. Para la desinfección basta colocarlos en agua hirviendo durante diez minutos, y sumergirlos después en una disolución de ácido fénico al 5 por 100.

Elegido el tubo, el cirujano aplica el obturador sobre el introductor, y después de haber colocado el hilo, que debe ser muy resistente, en el agujero lateral, de modo que el tubo forme un ángulo saliente hacia atrás y el hilo caiga á la izquierda (véase fig. 54), se coge todo con la mano derecha (véase fig. 67), apoyando el pulgar sobre el reborde que sirve para separar la úvula y proteger el tubo (véase fig. 68). Por otra parte, se habrá colocado al niño frente á una ventana, y si es de noche frente á una buena luz, siempre sobre las rodillas de una persona que pueda sujetarle las piernas entre las suyas, con una toalla alrededor del cuerpo y de los brazos, mientras que un ayudante fija la cabeza, procurando mantenerla en posición vertical.

Hecho esto, se abre la boca, y si no se consigue esto con una espátula ó con una cuchara, se empleará un cono de cloroformización (véase fig. 63). Hecho esto, se aplica el dilatador bucal de Weiss anejo al aparato (véase fig. 56); el ayudante que se encargue de vigilar este dilatador debe ser muy experto, porque si lo deja escapar podría perderse un tiempo precioso y hasta peligrar la vida del niño. Puede utilizarse asimismo el dedo izquierdo cubierto por un anillo metálico, como el del aparato Bouchut (véase fig. 49). Massei no lo usa desde que tuvo una inoculación, por fortuna local. Se introduce entonces el dedo índice de la mano izquierda hasta tocar la epiglotis (y esta investigación es la que decide de la operación); la epiglotis se reconoce por su flexibilidad, y se procura llevarla hacia adelante, hacia la base de la lengua, donde hay un camino más amplio. Siguiendo éste con conciencia, se llega á tocar la epiglotis y queda bien enganchada.

Entonces se intenta el cateterismo, llevando primero el instrumento paralelo al esternón (véase fig. 63). La dificultad de la maniobra está representada por la *vuelta de maestro*, esto es, por el movimiento con



FIGURA 62.

el que, llevando el tubo de la posición horizontal á la vertical, se procura meter la punta de aquél en el tubo laríngeo; en tales momentos, es fácil tropezar contra el arco dentario, quedando allí detenido el aparato. Por eso conviene, por una parte, separar bien las mandíbulas, y por otra, no apresurarse á penetrar en la laringe, sino utilizar todo el tiempo necesario para este tiempo esencialísimo de la maniobra. Cuando se llega más allá de la base de la lengua, sirviendo de guía el índice, se hace un movimiento de descenso, es decir, de elevación del brazo, y cuando parece que el tubo está en su puesto, se empuja el introductor con el pulgar de la mano derecha, mientras que con el índice de la izquierda se comprime sobre la cabeza del tubo (véase fig. 69).

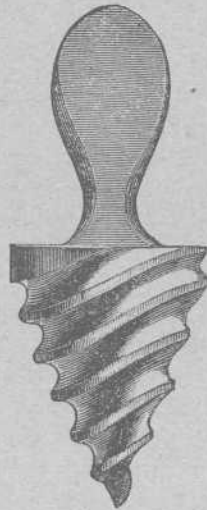


FIGURA 68.

Colocado el tubo en el interior de la laringe, se retirará el introductor, previa compresión del botón, y manteniendo el tubo en su sitio con el extremo del dedo índice.

La figura 64, perteneciente á la obra del Dr. Washam (1), y reproducida en la suya por Lennox-Browne (2), representa los movimientos que hay que ejecutar con el mango del instrumento en el momento de su introducción.

Si se continúa la dirección curva indicada por la línea de puntitos, se vendrá á caer en el esófago. Por lo tanto, habrá que suspender rápi-

(1) Washam, "Intubation of the Larynx..." — Chicago, 1888.

(2) Lennox-Browne "loc. cit.,"

damente el semicírculo en A para dirigir la extremidad de la cánula en la dirección de C.

La introducción del tubo en la laringe produce inmediatamente una tos violenta seguida de una respiración fácil. Tanto, que sorprende, á veces, observar por la auscultación la rapidez con que llega el aire hasta las mismas bases pulmonares.

En cambio, si la cánula ha descendido por el esófago, ni se presentará la tos por accesos, ni se mejorará el acto respiratorio, y advertiremos la desaparición gradual y progresiva del hilo fiador, si acaso la dejáramos llegar hasta el estómago, cosa que impediremos tirando del hilo hacia fuera con rapidez y energía.

Todo lo que tiene la intubación de operación fácil é inofensiva en manos expertas y acostumbradas al manejo del laringoscopio, presenta incontestablemente grandes dificultades entre los principiantes ó des-

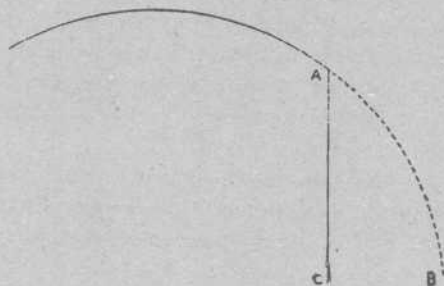


FIGURA 64.

conocedores de la técnica laringoscópica. Sin embargo, conviene que todo médico se decida y acostumbre á practicarla, porque ni siempre podrá contar á mano con un especialista que le saque del apuro, ni en todas ocasiones dará tiempo suficiente el enfermo para esperar á que se le busque.

¿Cómo se comprende que el tubo está en su sitio? Principalmente por el hecho de que la respiración mejora, pero este alivio no siempre es instantáneo. El tubo ha abierto paso al aire; pero debajo de él existen falsas membranas y mocos adheridos: por eso se percibe cierto gorgoteo, pues el aire tiene que vencer dichos obstáculos.

Además de esto, demuestra la penetración del tubo en la cavidad una tos por sacudidas, que adquiere el carácter de marcada sonoridad, por las paredes metálicas del tubo. El niño, además, queda completamente afónico. Si se equivoca el camino y el tubo se encuentra en el esófago, la respiración no mejora: si el niño tiene voz, sigue emitién-

dola; no hay tos y el hilo que sujeta el tubo se va acortando á medida que el tubo desciende, por su propio peso, á través del conducto alimenticio.

Cuando el médico ha adquirido un poco de práctica, podrá, además, buscando con el dedo índice la cabeza del tubo, juzgar si está ó no en sitio oportuno. Si ha penetrado en la laringe, el dedo encuentra la resistencia metálica de la cabeza del tubo. Una vez demostrado que éste se encuentra en la laringe, ¿qué debe hacerse? ¿Dejar el hilo ó quitarlo? Los americanos lo quitan, y no hacen mal, según Massei, porque constituye una molestia para el pequeño paciente, dificultando la deglución, aparte de que algunos enfermitos lo mascan y concluyen por romperlo. En América sólo sirve para separar el tubo en el caso de que haya penetrado en el esófago. Massei recuerda, sin embargo, que al principio de su práctica fué algo pusilánime, en este punto, y no tuvo que arrepentirse por ello « En efecto: — dice — si se respeta el hilo, obtendréis vosotros mismos un gran servicio, porque podréis descansar algunas horas, y el ayudante que esté de guardia, aunque no sea práctico en la intubación, tendrá menores preocupaciones y menos responsabilidad, porque, si reaparecieran los síntomas de asfixia, podría sacar fácilmente el tubo y mandar á buscar el médico para que lo colocara otra vez.»

¿Qué puede suceder después de la intubación? Que reaparezcan poco á poco la cianosis y la amenaza de asfixia. Entonces hay que hacer la *extubación*: ésta es difícilísima con el extractor y muy sencilla con el hilo.

El hilo se pasa por detrás de la oreja, fijándolo al carrillo con un pedazo de aglutinante, y teniendo cuidado de sujetar las manos del niño, porque éste no comprende las ventajas del hilo y del tubo, y quiere quitárselo para evitar tanta molestia. Sin embargo, algunos autores dicen que quedaron sorprendidos al ver que los niños dieron palabra de no quitarse el hilo y la cumplieron: claro es que se trataba de niños dóciles, bien educados y no muy pequeños.

Hecha la intubación, los niños degluten bastante mal y no pueden tragar los líquidos; apenas intentan beber, sienten tos tan molesta como peligrosa, porque pueden desviar el tubo, hacer que desciendan por él los líquidos y determinar lo que se llama pulmonía *ab ingestio*. ¿Cómo se explica esta disfagia? Se la ha atribuido á la gran tumefacción de las partes, á que la laringe no puede levantarse por el peso que soporta, y, por último, á la dificultad de los movimientos de la epiglotis. En prueba de esta última hipótesis, dice Massei que en las tres ó cuatro veces en que pudo colocar el tubo por debajo de los pliegues ariepiglóticos, los niños deglutían muy bien.

En vista de tan grave inconveniente como es la disfagia, algunos

prácticos han pensado en modificar el tubo, añadiéndole una pieza que funcione como epiglotis; pero las tentativas no han sido afortunadas. Convendrá colocar el tubo lo más bajo posible; pero, sea como quiera, las más de las veces es absolutamente imposible la deglución de los líquidos.

Se administrarán, pues, sémolas, papillas, tapioca, que los niños tragan con cierta avidez. Asimismo puede recurrirse á la alimentación con el tufo esofágico, y mejor con un catéter de goma.

Expuestos los inconvenientes de la intubación, se comprende desde luego que pesan muy poco en la balanza, sobre todo si se les compara con los que lleva consigo la traqueotomía, que hasta hace pocos años se consideraba como único y extremo recurso contra la laringo estenosis en el crup.

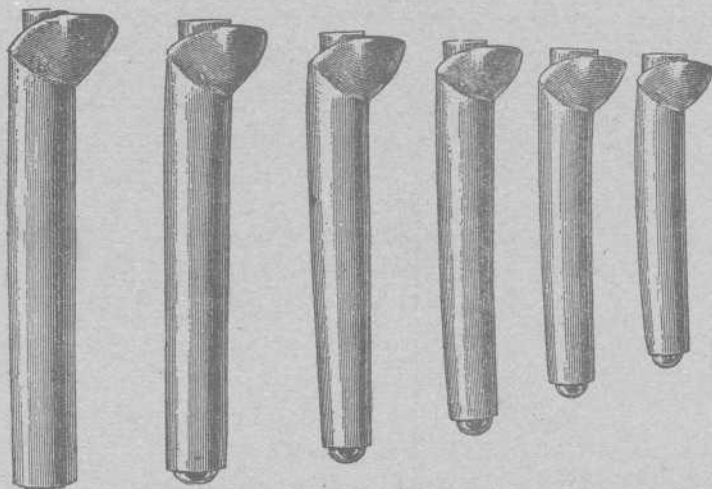


FIGURA 65.

Hay, además, otros inconvenientes que merecen la mayor consideración porque pueden tener gran influencia sobre la vida del enfermito.

No siempre sucede que el tubo, una vez aplicado en su lugar, quede allí de un modo estable; ciertas veces, al cabo de más ó menos tiempo, el tubo es expulsado al exterior. Esto suele ocurrir por la acción de los esfuerzos de tos, principalmente cuando, obstruido el orificio inferior de la cánula, la corriente de aire ascendente choca contra ella y la empuja hacia fuera. Otras veces, sale con gran facilidad porque es relativamente pequeña. Sabido es que en el aparato hay una escala (véase figura 66), que sirve de guía para escoger el tubo, y que, en caso de duda, vale más escoger un tubo que sea grande; en otros términos, suponién-

do un niño de dieciocho meses, hay que preferir el tubo que sirve para niños de dos años. En ciertos casos se encuentran niños con una laringe grande; entonces, el tubo que se elige en la escala es demasiado pequeño, y no queda más recurso que emplear otro tubo de mayor calibre.

Si esto ocurre hallándose presente el médico, la resolución no es difícil; pero puede suceder en otras circunstancias, por ejemplo, hallándose de guardia un ayudante no familiarizado con la intubación. En ocasiones, el accidente da tiempo para llamar al médico; otras veces, el enfermito, privado del tubo, se sofoca y es imposible socorrerle.

Massei recuerda un caso de esta índole, y, ocupándose en el asunto, afirma que es necesaria una gran vigilancia para estos operados, dejan-

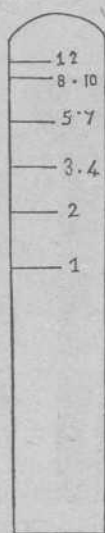


FIGURA 66.

do al lado suyo una persona inteligente, capaz de apreciar el modo cómo respira el niño; sacar el tubo (gracias al hilo de seguridad), y enviar a buscar al operador, quien deberá dejar al efecto en casa del enfermo, nota de su itinerario para que sea fácil encontrarlo si es preciso.

Otra cuestión no menos importante que la salida del tubo, es la oportunidad de cambiar el mismo. ¿Cuándo debe hacerse la extubación? ¿Cuándo hay que quitar el tubo, no definitivamente, sino de un modo temporal? No es fácil responder en absoluto a esta pregunta, y, sin embargo, quitar el tubo en buenas condiciones, es decir, cuando

el enfermo respira bien, tiene ciertas ventajas, permite comprobar el modo cómo se realiza la respiración, poder limpiar la cánula, ver cuánto tiempo puede transcurrir entre la primera y la segunda maniobra; pero es una práctica no exenta de peligros. Por eso, muchos especialistas aconsejan en los casos de crup, dejar quieto el tubo mientras el niño respira bien. Si pasan fácilmente falsas membranas á través de la cánula, si han transcurrido varios días desde la primera intubación, si la temperatura descende, el médico estará autorizado para quitar el tubo, porque así tendrá cierta garantía de que la segunda maniobra está exenta de peligros. Antes de decidirse á la extracción definitiva, hay que tener presente el modo cómo respira el niño sin la

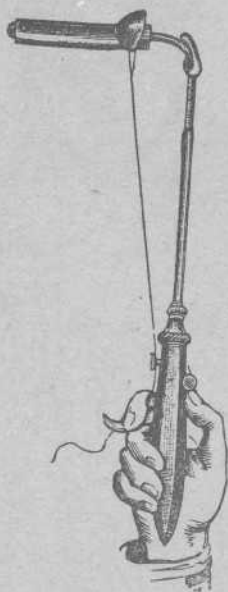


FIGURA 67.

cánula y también el grado de la temperatura. Si el descenso de ésta coincide con una calma de la respiración, y si después de haberlo sacado sigue verificándose bien ésta, habrá motivo suficiente para no practicar nuevas intubaciones. Pero hay casos debidos á espasmos ó á recrudecencia del proceso, en los cuales el médico se ve obligado á colocar nuevamente el tubo, porque el niño se siente molestado por nuevos accesos sofocativos.

La extubación constituye una verdadera necesidad cuando llega á obstruirse el tubo, y puede conseguirse de tres modos: 1.º, con ayuda

del hilo, si continúa colocado; 2.º, con el extractor, si el hilo se ha quitado ó roto, y 3.º, con la mano.

Ya se han indicado antes las ventajas de respetar el hilo mientras sea posible, y esto es conveniente, entre otras razones, porque el individuo que queda de guardia, aun sin ser médico, puede sacar el tubo tan pronto como se repita la escena de sofocación. La extubación con el extractor es difícilísima; Massei dice haberla practicado bien cuando los niños habían roto el hilo con los dientes; pero si hay que hacer



FIGURA 68.

esa maniobra cuando el niño se sofoca, la emoción, la dificultad, la premura, hacen muy complicada la maniobra. Se aplica para ello el dilatador á la boca del niño, como cuando hay que practicar la intubación; se busca y engancha la epiglotis con el índice de la mano izquierda, mientras que con la derecha se hace penetrar la punta del extractor en el agujero situado en el centro de la cabeza del tubo; entonces se aprieta sobre la palanca que lleva el mango y se saca fuera el tubo (véase fig. 58).

La extubación se puede practicar también con los dedos, como aconseja Mount-Bleyer. Massei no ha practicado nunca esa maniobra, aunque á veces ha utilizado los dedos como auxiliares. Algunos autores han introducido modificaciones en la cabeza del tubo, de modo que sea más fácil extraerlo (véase fig. 70). Mount Bleyer aconseja levantar con las manos la laringe todo lo posible y luego hacer, con ambos dedos índices, una especie de palanca sobre la cabeza del tubo para sacarlo. Esto es fácil, si hay conatos de vómitos ó de tos; pero si existen



FIGURA 69.

incrustaciones, ó el tubo está muy bien alojado en la laringe, sólo se conseguirá empleando mucha fuerza. De todos modos, merece ser conocida esa maniobra, que en ocasiones puede ser muy útil.

Otro inconveniente, que nunca lleva consigo grandes peligros, es la deglución del tubo: hecha una buena intubación, el niño respira bien, pero con un acceso de tos, el tubo sale de la laringe y pasa al esófago. En tales casos, si la respiración se mantiene en buen estado, la única molestia consiste en buscar el tubo, que siempre sale por el

recto. Se recuerda asimismo el caso de un niño que, habiendo arrojado la cánula en un acceso de tos sin que nadie lo observase, la ocultó entre los colchones, donde se encontró al cabo de algunos días. Si, expulsado el tubo, se hace laboriosa la respiración, conviene volver á intubar, lo cual prueba la necesidad de una gran vigilancia y la de tener siempre dos tubos á mano.

Entre los accidentes serios, merece mención la fractura del cricoides cuando se introduce demasiado el tubo; por fortuna, esta complicación es rara, pero hay de ella algunos ejemplos que deben servir de norma para no pecar por exceso de celo.

Á veces, el médico se ve dolorosamente sorprendido por la completa suspensión de la respiración y una rápida muerte.

Á título de curiosidad, y de curiosidad importante para tenerla siempre presente cuando hayamos de practicar esta operación, voy á transcribir el siguiente hecho, acaecido al Dr. Durán, y que relató en su periódico *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona.

Trátase de una niña de unos tres ó cuatro años, que ingresó en el hospital, afecta desde hacía dos ó tres días de difteria faríngea. Las placas cubrían casi uniformemente toda la cámara posterior de la boca, la úvula y los pilares; además, la obstrucción de la nariz y el flujo moco-purulento y sanioso que fluía por sus ventanas, indicaba que también las fosas nasales se encontraban invadidas. Instituyóse el tratamiento acostumbrado, cuya relación no hace al caso, sin notarse al día siguiente la más leve mejoría. Antes al contrario, las placas, si cabe, se extendieron más y se iniciaron fenómenos laríngeos. En esta situación, ordenó una inyección de un gramo de solución antitóxica de Aronson (marca Schering), y encargó que se vigilara mucho los síntomas laríngeos, dispuesto á practicar la intubación ó la traqueotomía en cuanto se acentuaran. Á la tarde del mismo día la obstrucción estaba bastante más marcada, y, aunque el estado general no había empeorado, la niña estaba visiblemente más aplanada, á pesar de la medicación excitante. No existió, es cierto, aquel período de lucha desesperada contra el obstáculo de la garganta que decide al más frío á intervenir inmediatamente; pero el tiraje era continuo y la insuficiente oxigenación de la sangre evidente.

Estaban allí y le ayudaron con su ilustrado consejo los excelentes compañeros Dres. Freixas, Igual, Tous y Roca. Decidió practicar la intubación, y ver si, ganando una tregua, logrúbase que una segunda inyección antitóxica produjera más efecto que la primera. Colocada la pequeña en una mesita, bien sujeta la cabeza y los miembros y separadas las mandíbulas con el abre bocas, buscó con el índice la abertura de la laringe, y, guiado por el dedo, trató de introducir el tubo. No fué afortunado la primera vez, pues la cánula, insuficientemente in-

troducida quizá, resbaló hacia el esófago en cuanto la hubo soltado. Á la segunda tentativa pudo introducir fácilmente el tubo y dejarlo colocado sin haber tenido que ejercer la menor violencia

Ocurrió entonces lo notable del caso y lo que precisamente le hace digno de ser relatado. La niña respiró mejor y más ampliamente durante breves momentos; pero muy pronto viósele contraer sus músculos faciales, sus miembros se agitaron, abrió los ojos como espantada, y tras una ligerísima convulsión se dirigieron hacia arriba y á fuera, y quedó exánime. Apenas habían pasado dos minutos desde que se le dejó el tubo de O'Dwyer. En vano se hicieron tracciones rítmicas en la lengua, respiración artificial, inyección de éter; el corazón no latía, la muerte había sido instantánea. Inútil es decir que, en cuanto se inició la convulsión, fué extraído el tubo por medio del hilo fiador.

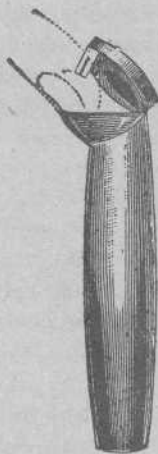


FIGURA 70.

¿Cómo puede explicarse lo ocurrido? No hay que pensar en una falsa vía, pues, aparte de que no pudo ser producida, dada la discreción con que el tubo fué colocado, tampoco la explicaría un desenlace tan rápido (1). Además, la mayor amplitud respiratoria que se notó en los primeros momentos, y la respiración ruidosa producida por la columna de aire que atravesaba el tubo arrastrando mucosidades sanguinolentas, daban fe de que éste enfilaba exactamente la luz de la laringe. Tampoco pudo tratarse de una hemorragia, ni daría razón del desastre.

(1) La autopsia, cuidadosamente practicada por el Dr. Igual, ayudante de la visita á cargo del Dr. Durán, demostró la integridad completa de los tejidos de la laringe.

Los doctores citados, que presenciaron la operación, y el Dr. Durán con ellos, tuvieron desde luego por evidente que se había tratado de un fenómeno nervioso de *shock*, ó, mejor, de un reflejo cuyo punto de partida fué en la laringe, y al cual el bulbo había contestado con una parálisis cardíaca. La carbonización incipiente de la sangre, ¿hizo que el reflejismo bulbar se despertara con más energía al primer estímulo? ¿La intoxicación diftérica tenía ya quebrantado el corazón hasta el punto de que cediera al primer embate? Todo esto es muy posible y hasta verosímil.

En otros casos, amenaza la apnea, pero no es fatal: así, no siempre el tubo está libre, no siempre se recobra pronto la respiración, y se halla en peligro la vida del niño. En tal caso, conviene sacar el tubo para que las falsas membranas tomen otra posición.

El período más terrible es el del desprendimiento de las falsas membranas. Cuando éstas se encuentran libres, no pueden permanecer en la cavidad laringo-traqueal y deben salir. Algunas veces, á través de la cavidad de la cánula pueden salir al exterior trozos de falsas membranas, que si son muy grandes, la obstruyen. En tal caso, se recurre á los tubos de Egidi (véase fig. 61), que tienen una cavidad más amplia, son más cortos y no se introducen á tanta profundidad; pero este período es decisivo del éxito, porque si las falsas membranas están todavía en la tráquea, se encontrarán de todos modos grandes dificultades.

El crup laringeo es muy rara vez un proceso localizado á la laringe, casi siempre se trata de una localización laringo-traqueal, y así, cuando la gravedad del proceso amenaza la estenosis de la región hipoglótica, el cirujano se encuentra en uno de los momentos más comprometidos.

Practicando la intubación ó la traqueotomía, son siempre difíciles las circunstancias y puede sobrevenir la muerte por asfixia. Con la tráquea abierta y el dilatador en la mano, será muchas veces imposible extraer con las pinzas la gran cantidad de falsas membranas que existen en el conducto respiratorio, y el enfermo morirá sofocado, aunque la tráquea esté muy abierta. Lo mismo puede suceder cuando se practica la intubación si el proceso es difuso, es decir, laringo-traqueal.

Massei, refiriéndose á esos casos, dice: « Es tan grande el desaliento que me domina en los casos de crup laringo-traqueal, que si pudiese diagnosticarlo desde el principio, no practicaría la intubación ni la traqueotomía: son estos los casos más graves, cuyas estadísticas son las más mortales y en las que nada vale. La dificultad respiratoria puede reaparecer lo mismo después de la intubación que después de la traqueotomía. Para mí, la intubación en el crup es un medio exce-

lente, pero que sólo puede curar la laringo-estenosis; y debe ser aceptada con tanto mayor fundamento, cuanto que nunca constituye una contraindicación para la traqueotomía.» Si la intubación no da buen resultado, podrá practicarse la traqueotomía; pero no se olvide que la intubación, bajo las apariencias de un procedimiento sencillo, puede ser peligrosa: por eso, cuando el cirujano se decida á practicarla, debe contar con el permiso para operar la traqueotomía si es necesario.

Corresponde hablar ahora de las ventajas de la intubación.

Pensando en la brevedad del tiempo que para ella se necesita, en la satisfacción de curar un niño sin indicios de lesiones consecutivas, sin asustar á la familia, sin las consecuencias inevitables de la traqueotomía, se comprenderá desde luego que la intubación entre legítimamente en la práctica, y que cuanto más tiempo se practique, mejores sean los resultados y mayores las esperanzas.

Para completar el estudio de la intubación en la infancia, corresponde decir algunas palabras acerca de otros procesos que pueden admitir el mismo tratamiento. En la laringitis estridulosa, por ejemplo, los resultados deben ser muy superiores á los de otros tratamientos, pues no hay que luchar con el peligro del continuo desprendimiento de las membranas. Una vez vencida la estenosis, puede considerarse casi curada la enfermedad. No se olvide que también la laringitis estridulosa (la cual, por la falta de infección, en nada puede compararse al crup) puede llegar á tal punto, que reclame una operación para vencer la estenosis. Ahora bien: en tales circunstancias no hay vacilación posible entre la intubación y la traqueotomía: tanto el cirujano como la familia, prefieren siempre la intubación.

No se crea por esto que en la laringitis estridulosa va siempre todo tan bien, y que pueda confiarse por completo en el éxito final. Pueden sobrevenir dos graves complicaciones, y la primera es la *pulmonía*: algunos especialistas dicen que, antes de llegar al período de estenosis, existe ya la pulmonía lobular. Su génesis se comprende fácilmente, pensando que la causa de la laringitis puede ser el mismo neumococo.

Vencida la estenosis con la intubación, se lucha con otro peligro que puede ser gravísimo. Masei recuerda el caso de un niño enfermo de laringitis estridulosa que murió del octavo al noveno día de la intubación, por pulmonía doble. Este niño murió respirando muy bien, pero necesitó llevar la cánula hasta los últimos momentos, y cuando se la sacaba, se observaban fenómenos de estenosis.

La otra complicación, que puede convertirse en conflicto no menos doloroso, es el *laringo-espasmo*. Entre los casos que registra la ciencia, merece mención uno del Dr. Damieno: tratábase de una niña de poco menos de dos años, en la cual se había diagnosticado la laringitis estridulosa, y cuyo curso confirmó el diagnóstico. La niña pasó rela-

tivamente bien los quince primeros días, respirando durante todo este período, gracias á la intubación y la extubación, varias veces renovadas: quitada la cánula, pasaba bien algunas horas. Á los quince días, todo hacía creer que el proceso local había desaparecido; no había fiebre, ni tos; se había sacado la cánula y la enfermita respiraba bien. Al cabo de algún tiempo, se disponía el médico á hacer nueva intubación; pero á los pocos minutos, mientras se entretenía la enfermita golpeando con sus manecitas los vidrios de la ventana, murió instantáneamente, con síntomas de espasmo glótico y grandes convulsiones. El Dr. Damieno, que fué llamado con urgencia, la encontró cadáver. No pudo pensarse en este caso en el edema de la glotis, por la extraordinaria rapidez, la instantaneidad de la catástrofe.

En los niños suelen manifestarse procesos que merecen un tratamiento enérgico por la dificultad respiratoria. Desde luego, las estenosis crónicas de la infancia no son tan frecuentes como las de los adultos; sin embargo, la presencia de cuerpos extraños, los papilomas, la sífilis hereditaria, el lupus, pueden reclamar la intervención quirúrgica cuando en sus terribles localizaciones laríngeas provocan la laringoestenosis: aquí está indicada la intubación. Debe hacerse una excepción para los cuerpos extraños, para los cuales sería perjudicial la intubación. Si el cuerpo extraño está en la laringe, habrá que recurrir á otros medios; si en la tráquea, lo secuestraría la intubación: por eso hay que recurrir en tales casos á la traqueotomía.

Otra complicación puede ocurrir en los casos de papilomas ó de tumores múltiples, porque, en estas circunstancias, la cánula llevaría hacia abajo fragmentos de tejido, si conseguía abrirse paso, sin provocar ningún espasmo comprometedor.

En resumen: siempre que haya que practicar la intubación en casos de estenosis crónica, en los niños como en los adultos, hay que adquirir el convencimiento de la permeabilidad del conducto; asegurarse de que hay un camino, aunque sea estrecho, que puede ensancharse, pero que no falte el camino que debe seguir la cánula, ensanchando el punto estrecho. Esta es la indicación más saliente, según Massei.

Cuando nuestra presencia es motivada por un caso de estenosis laríngea progresiva, acompañándose de accesos de sofocación y con tiraje en aumento, y cuyos otros medios terapéuticos no producen el menor alivio, por más que veamos la presunción de falsas membranas en la faringe ó en la glotis, no podremos esperar veinticuatro horas á que el desarrollo de la siembra en los líquidos de cultivo nos demuestre que se trata de colonias del bacilo de la difteria.

Este medio diagnóstico puede ser concomitante ó posterior; pero en modo alguno se hace preciso para nuestra intervención.

Muy necesario es, por el contrario, el diagnóstico exacto por lo que afecta á los resultados de los otros medios terapéuticos. Al efecto, nada mejor que lo aducido por el Dr. Bonain (de Brest), respecto de la esencia de trementina. Dice así: « La gran cualidad de la esencia de trementina en el crup es la de ser fácilmente manuable, al par que anti séptica. Absorbida por las vías digestivas, respiratorias ó tejido celular subcutáneo, se elimina en gran parte por la mucosa pulmonar, poniendo al árbol aéreo en condiciones poco propias para el desenvolvimiento del bacilo y la extensión de las falsas membranas.

Al mismo tiempo es un sedante del sistema nervioso, y como tal, obra contra el elemento espasmódico del crup. Es también un diurético, y ayuda á la eliminación, por la orina, de la toxina diftérica, cuya acción en el organismo es tan dañosa y tan enérgica, que obra á dosis imponderables; á su acción son debidas las parálisis, tan frecuentes después de la curación. Pero es aún más importante su acción sobre la sangre como agente ozonizado, y su modo de obrar muy parecido al que explica el Dr. Carreau en las ictericias graves, fiebre amarilla, en el envenenamiento por el fósforo, en que la sangre sufre una alteración que modifica la hemoglobina y convierte una parte en metemoglobina ácida. Sufriendo este grado de reducción, al mismo tiempo que disminuye en cantidad, la hemoglobina no basta á oxigenar las materias orgánicas; de aquí que los productos de transformación intermedia de la urea aparezcan en la sangre bajo la forma abundante de creatina, xantina, leucina y tirosina; la producción de la grasa aumenta y la rarefacción del oxígeno aumenta la disociación de la albúmina. Que se introduzca en la sangre una sustancia ozonizada como la esencia de trementina, y los productos de transformación incompleta, aumentando la oxidación, serán transformados en urea; se regularizará la disociación de la albúmina, y los órganos infiltrados de grasa volverán á su estado normal.»

Tal manera de ver las cosas se halla apoyada por la hipótesis de Gamaleña, recientemente emitida, sobre la naturaleza de los venenos bacterianos que él considera como núcleo albúminas. El principal carácter químico de las núcleo-albúminas es la gran cantidad de fósforo que contienen.

Corresponde hablar ahora de *la intubación en el adulto*.

Fué Lefferts el primero que practicó la intubación de la laringe en los adultos, presentando al Congreso Internacional de Berlín (1890) los resultados de su práctica. Los casos de Lefferts eran exclusivamente de sífilis laríngea, aguda ó crónica; los resultados fueron muy notables, evitando practicar otras tantas traqueotomías.

Egidi (de Roma) la practicó también, y el Dr. Toti (de Florencia) la aplicó á algunos casos de estenosis cicatricial.

Antes de hablar de las indicaciones de esta operación en el adulto, conviene decir algo acerca del modo cómo se practicó la intubación en ellos. Conviene recordar, en primer término, que mientras se puede alcanzar fácilmente con el dedo la laringe del niño, en la de los adultos es muy difícil conseguirlo, por su profunda posición. En los niños el examen laringoscópico es difícil; en cambio, en los adultos es fácil; pero, de todos modos, en estos últimos se necesita cierta habilidad y práctica en el manejo del laringoscopio para hacer la intubación.

El aparato de intubación para los adultos es idéntico al que se adopta para los niños; los tubos tienen la misma forma; los instrumentos para introducirlos y para extraerlos son los mismos, aunque varían las dimensiones con relación á las grandes diferencias que exis-

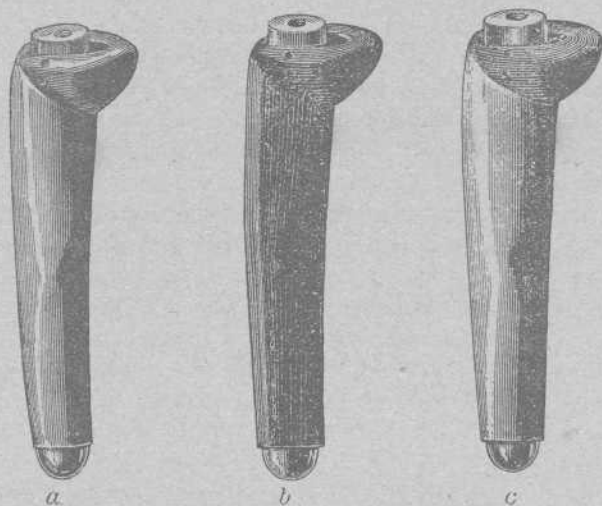


FIGURA 71.

ten entre la laringe de un niño y la de un adulto. Son tubos *gigantescos*, como los llama Massei (véase fig. 71), que se colocan asimismo por medio de un introductor y se sacan con un extractor bastante más robusto que el que sirve para la intubación de los niños, pero uno y otro de la misma forma. No hay escala para escoger los tubos: en los niños, las diferencias volumétricas de la laringe son poco notables, y con una breve serie de tubos quedan satisfechas todas las necesidades. Sabido es que el desarrollo de la laringe es rápido, progresivo, en la época de la pubertad, mientras que hay períodos de la vida infantil en que no es

posible distinguir, por ejemplo, la laringe de un niño de dos años, de la de otro de tres ó cuatro años. Una serie de seis tubos basta para los individuos de uno á doce años de edad, mientras que en los adultos se necesitarían tantos como son las dimensiones del órgano. Su elección debe estar regida, no por una escala, sino por la exploración previa de la cavidad interna, es decir, después de examinar la laringe y haber adquirido una idea aproximada de las proporciones del órgano. En los niños, el tubo permanece colocado cierto tiempo, casi siempre breve, siendo necesario cambiarlo con frecuencia. En el adulto, sobre todo tratándose de formas crónicas, puede estar en su sitio mucho tiempo, quizá semanas enteras. Lefferts refiere un caso en el que estuvo colocado hasta quince días, y Massei pudo mantenerlo hasta ocho días; sin embargo, hay que vigilar si realmente existe esa tolerancia y evitar al mismo tiempo posibles necrosis por compresión. Importa para ello variar los puntos de la compresión ejercida por el tubo, y esto puede obtenerse de dos modos diferentes: 1.º, sustituyendo al metal (véase *a* en la figura 71) la vulcanita (véase *b* en la figura 71), con lo cual resultan tubos más ligeros, ó 2.º, sustituyendo en parte la vulcanita al metal, especialmente por lo que concierne á la cabeza del tubo (véase *c* en la figura 71). Se comprende desde luego que la compresión, en igualdad de dimensiones del tubo, será diferente según que la cabeza sea metálica ó de vulcanita; variando las dimensiones del tubo. Los tubos de vulcanita serán preferibles, porque son más ligeros y también porque se incrustan con menos facilidad que los metálicos.

Escogido el tubo, examinada con la vista la cavidad interna, debe introducirse el aparato, sirviendo de guía el laringoscopio. Éste pasa después á la mano izquierda, y el operador, teniendo montado el tubo con su introductor, intenta penetrar en la cavidad, precisamente como se hace cuando se practica la intubación á un niño.

Queda dicho que en los niños conviene, siempre que sea posible, respetar el hilo de seguridad: en los adultos, hecha la intubación, y convencido el cirujano de que el tubo está ya en la cavidad laríngea, se puede quitar definitivamente el hilo, siempre que no se trate de enfermos pusilánimes, los cuales temen que el tubo se escape hacia abajo. El quitar el hilo no ofrece en estos casos ningún inconveniente, porque la extracción del tubo es en los adultos tan fácil como difícil en los niños, y porque proporcionalmente, siendo mayor el calibre, se comprende que será más fácil alcanzar el agujero central y extraer la cánula. En suma: para el que tiene alguna práctica en el manejo del laringoscopio, la intubación en los adultos puede considerarse más fácil que en los niños.

Véanse ahora las indicaciones de la intubación en los adultos. Egidi y Massei han extendido un poco el campo de las aplicaciones de

esa operación, habiéndola practicado ya en casos de laringitis edematosa, de abscesos, de sífilis, de tuberculosis, papilomas, estenosis cicatriciales, etc.

Antes de que el cirujano se decida á practicar la intubación, tiene que darse cuenta exacta de la lesión local: de ese examen resultará el concepto de la aplicación de este medio terapéutico. No hay que olvidar que la intubación no puede sustituir en todo y por todo á la traqueotomía, como no la sustituye en los niños enfermos de crup.

El número de las traqueotomías, cuando entre la intubación en la práctica general, podrá disminuir mucho, pero siempre habrá casos en los cuales sea preciso recurrir á ella: por otra parte, en los adultos, como en los niños, cuando hay laringo estenosis, pueden sobrevenir accidentes que obliguen á la traqueotomía; por eso todo el que se decida á hacer una intubación debe estar preparado para abrir la tráquea si es preciso.

Merece especial mención un serio inconveniente de la intubación en los adultos, que es la salida del tubo. Aunque se haya reconocido bien la cavidad interna, aunque se haya escogido un tubo proporcionado á la cavidad de la laringe, y se haya colocado perfectamente en la cavidad, puede suceder que, pocos instantes después, bajo la influencia de un golpe de tos, lo rechace el enfermo. Esto depende de la desproporción entre las dimensiones del órgano y el tubo mismo, y, por lo tanto, habrá que introducir otro tubo mayor: á veces hay que buscar el tercero ó el cuarto, encontrando para ello algunos obstáculos, porque no siempre se tienen á mano tubos que se puedan adaptar perfectamente á tantas laringes.

Massei, al ocuparse de estas cuestiones, dice: «Importa saber todo esto, para no hacer mal papel frente á nuestros compañeros, y para no desacreditar inmerecidamente el método. Supongamos, en efecto, el caso de que seáis llamados para tratar á un enfermo de laringo-estenosis por sifilide gomosa de la laringe, con edema colateral, y que habéis demostrado la oportunidad de la intubación. Vuestra maniobra da buenos resultados, y mientras la familia os felicita satisfecha y agradecida, el enfermo rechaza el tubo. Esto produce muy mala impresión á los que presencian la escena, á la familia y á los médicos, todos los cuales preguntan para qué sirve la introducción de la cánula, si no queda permanente, de un modo estable, en su sitio. Conviene estar prevenido para evitar esos incidentes, pero en cambio tiene ventajas inapreciables la intubación cuando el tubo queda colocado, á veces tan fuertemente, que si no se quitara, quedaría eternamente colocado.

»Estos inconvenientes se evitan teniendo á la mano una larga serie de tubos y estudiando bien las dimensiones de la laringe; pero en nada invalidan el método, bien porque siempre estaréis á tiempo para

practicar la traqueotomía, si ocurre, bien porque á veces la breve permanencia del tubo en la laringe puede dar resultados superiores á nuestras aspiraciones.»

Massei cita después el siguiente ejemplo:

«Hace cinco ó seis meses, al anochecer, vino á mi casa un señor, al cual se había practicado, algún tiempo antes, la extirpación de un pólipo de las cuerdas vocales. Estaba perfectamente curado. Vino á buscarme desde Avelino, presa de una grave estenosis con síntomas de asfixia; había tenido fiebre, dificultad para tragar y disfagia. El examen laringoscópico me permitió reconocer una forma clásica de *laringitis flemosa con formación de absceso*. Hice comprender al enfermo la imprudencia que había cometido al abandonar el lecho, y la necesidad de combatir lo más pronto posible la estenosis; pocas horas después, recibí un recado del enfermo, y cuando todo estaba dispuesto para la traqueotomía, cuando comuniqué á la familia los peligros y las esperanzas del caso, me decidí á practicar la intubación. Asistido por el Dr. Damieno, introdujimos de primera intención un tubo en la cavidad; pero un golpe de tos lo arrojó bien pronto fuera, siendo preciso escoger otro mayor; el enfermo se dispuso á repetir la maniobra, toleraba muy bien. El segundo tubo estuvo colocado cuatro ó cinco minutos, siendo eliminado después; y así se colocaron el tercero, el cuarto y el quinto, si la memoria no me es infiel, hasta que tuvimos la fortuna de ver que cesaban los golpes de tos. Á través de la cánula se vió el absceso, y más que pus salió sangre en gran cantidad. El enfermo pudo descansar y dormir bien, y no rechazó el tubo hasta las cinco ó seis horas, respirando muy bien; dos ó tres días de tratamiento consecutivo lo habían restablecido por completo. En tal caso, el tubo, no sólo sirvió para alargar la vida del paciente, sino también para abrir el absceso ó practicar el drenaje.»

También algunos casos operados por Egidi son significativos: tratabase de enfermos de edema agudo, en los cuales la cánula estuvo colocada poco tiempo en su sitio, pero produjo, á pesar de esto, excelentes efectos.

En las estenosis crónicas puede suceder lo mismo. El profesor de Amicis, con amabilidad suma, invitó á Massei á practicar, en el Hospital de Incurables, la intubación en una mujer con grave estenosis sifilítica. El primero, segundo y tercer tubo fueron expulsados á los pocos instantes; pero la mujer, no sólo se negó á nuevas intubaciones, sino que se escapó del hospital al día siguiente; se supo, sin embargo, que el simple cateterismo produjo cierto beneficio y hasta evitó una traqueotomía que iba á practicarse inmediatamente.

Para obviar el inconveniente que representa la fácil expulsión de los tubos, hay que tener á mano varios de éstos de calibre diferente.

Massei ha aumentado la serie de los que había recibido de Nueva York, construidos bajo la dirección del Dr. Lefferts. En Roma, el doctor Invernizzi, conocido fabricante de instrumentos quirúrgicos, siguió las indicaciones de Massei, construyendo tubos de intubación con cabeza grande y cuerpo grueso (véase fig. 72), y otros con cabeza grande y cuerpo delgado, teniendo en cuenta los casos de adultos que padecen una estrechez grave, individuos en los cuales uno de los más gruesos tubos de Lefferts podría quedar colocado perfectamente, pero no sería capaz de vencer la estrechez. En cambio, en un adulto que tenga la laringe pequeña y una estrechez no muy grande, convendrá un tubo con cabeza pequeña y cuerpo grande, que se adapta mejor á la estrechez misma.

Resulta, pues, que hay que evitar todos esos inconvenientes teniendo varios tubos proporcionados al grado de la estrechez y á las dimensiones de la laringe. Por eso dice Massei que la indicación saliente en

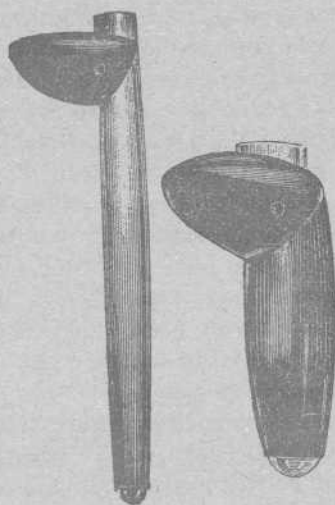


FIGURA 72.

estos casos es el perfecto conocimiento de la forma de la estrechez. Así, por ejemplo, en las estenosis dependientes de pericondritis cricoidea, suele observarse una forma de embudo bastante refractaria á la intubación; la cavidad laríngea es amplia, pero la luz de la glotis está notablemente estrechada, condición muy desfavorable, pues si la cabeza del tubo se adapta perfectamente á la cavidad, la punta no encuentra espacio suficiente para permanecer colocada; en estos casos es en los que suele practicarse la traqueotomía.

- Las pericondritis cricoideas, debidas muchas veces á la sífilis, son las más graves, las más insidiosas. No hay vía suficiente para la operación, y cuando hay que tratar la estenosis consecutiva, no pueden usarse desde el principio los tubos metálicos, dada la forma de embudo de la estenosis misma. Entonces hay que cambiar su forma, modificarla, para lo cual ofrecen ventajas incomparables los catéteres: sólo después de haber usado varios de ellos, se conseguirá mantener en su sitio un tubo de metal ó de vulanita.

Massei, en unión del Dr. Frusci, quitó una cánula á un individuo operado de traqueotomía por este último profesor diez años antes; pero fué preciso hacer una cura larga, cuidadosa, asidua, con catéteres de número progresivo, que se pasaban sucesivamente por la laringe hasta que tuvo la satisfacción de aplicar un tubo metálico, que antes no era posible tener colocado.

El tubo metálico es, por sus efectos, precioso, muy superior á los catéteres ordinarios, bien porque la compresión producida por el metal es más enérgica, bien porque el catéter permanece muy poco tiempo en su sitio, bien porque, considerando las grandes dimensiones de un tubo, sobre todo para el diámetro antero-posterior, es la forma que más responde á la de la glotis normal. Llama mucho la atención la gran facilidad con que, aplicado un tubo, los enfermos respiran con la boca cerrada sin que se oiga el menor ruido, cosa maravillosa que, como dice Massei, *se necesita ver para creer*.

De los demás casos en que está indicada la intubación, puede decirse que cuanto menores sean las alteraciones materiales, y menor la infiltración de la laringe, mayores serán las dificultades para que el tubo pueda permanecer colocado. El edema es el estado que más facilita la permanencia del tubo, porque los tejidos infiltrados se dejan fácilmente comprimir, mientras que, en virtud de su textura, consiguen inmovilizar y fijar el tubo mismo.

Lo contrario sucede si la estenosis está constituida por una membrana cicatricial; la punta del tubo tropieza contra la membrana y es rechazada, siendo quizá imposible la respiración.

Si en vez de una membrana cicatricial, se trata de tumores que obstruyen la cavidad, ¿qué puede esperarse? No sólo el tubo no permanecerá en su sitio, sino que podrá provocar un espasmo grave.

Ocupándose de la expulsión del tubo en casos de estenosis avanzada, dice Massei haber tenido en tratamiento un individuo, hoy curado, con ulceración de la zona interarritenoidea por tuberculosis: un tejido cicatricial, procedente de la curación de la úlcera, estaba cerca de la úlcera, de modo que constituía una laringo-estenosis peligrosa. Intentó Massei la intubación y consiguió pasar entre las cuerdas vocales un grueso tubo, pero éste desapareció muy pronto, pro-

vocando un espasmo tan intenso, que parecía que el enfermo iba á morir.

Las principales indicaciones de la intubación en los adultos dependerán, pues, de la forma y naturaleza de la estrechez y también de la curabilidad del proceso.

La intubación se propone siempre un doble objeto: vencer el peligro inminente y aliviar ó curar la enfermedad. ¿Deberá practicarse la intubación en el cáncer, en la tuberculosis y en el rinoscleroma? Á esto contesta Massei: «No, porque se podrán evitar los peligros del momento, pero siempre será preciso volver á hacer la intubación ó decidirse más tarde á practicar la traqueotomía. Cuando se trata de procesos tan graves, conviene recurrir principalmente á la traqueotomía. Se comprende, por lo demás, que en los momentos de urgencia no está contraindicado recurrir á la intubación; pero si las condiciones no son éstas y puede juzgarse seguramente de la oportunidad de la intervención, si se trata del cáncer, habrá que preferir la traqueotomía. Si se trata de cuerpos extraños, no hay que pensar en la intubación, porque ésta es su contraindicación más clásica.» Si se trata de tumores ó de parálisis del velo, debe preferirse también la traqueotomía, bien porque el tubo no estaría fácilmente colocado, bien porque el enfermo debe llevarlo bastante tiempo. Por otra parte, mientras que la traqueotomía asegura la vida del enfermo, especialmente en ciertas condiciones, y puede confiarse el tratamiento consecutivo á un ayudante cualquiera, la intubación reclama siempre el concurso de un laringólogo ó de un compañero hábil y acostumbrado á la maniobra, para que, si el tubo sale y es necesario volverlo á aplicar, no muera sofocado el enfermo.

Hay, por otra parte, circunstancias en que el tubo no podrá permanecer en su sitio sin una operación previa. Si se corta una brida, si se extirpa una porción de masa de nueva formación, se creará de un modo cualquiera una vía á propósito: la cánula entonces podrá completar la dilatación, permaneciendo el tiempo necesario en la laringe. Esto es un beneficio en favor de la intubación, siempre que haya tiempo para practicar la operación preliminar, y no exista peligro de que el enfermo muera sofocado.

Hecha la intubación, hay que ver cómo se alimenta al enfermo. En el adulto, como en los niños, es gran obstáculo la dificultad de beber.

Sin embargo, con el tiempo, los enfermos se acostumbran y llegan á deglutir bien, especialmente las sustancias semilíquidas.

Por lo que concierne á la extubación, variará la conducta según los casos especiales. Massei refiere haber practicado una intubación en provincias: á los ocho días, el operado fué á buscarle en ferrocarril,

llevando todavía el tubo. Siempre que éste no provoque grandes inconvenientes, se puede dejar mucho tiempo. Por lo general, la extubación en los adultos tiene menores peligros que en los niños; así, pues, puede quitarse el tubo, ver cómo respira el enfermo y volverlo á colocar. Massei refiere un caso de estenosis avanzada de la laringe por sífilide gomosa, en el que estaba indicada la traqueotomía.

De acuerdo con el Dr. Gallozzi se practicó la intubación y la mujer curó en poco más de quince días. Se la quitaba el tubo durante algunas horas diarias (cuatro, cinco, seis y hasta doce), aumentando el intervalo á medida que mejoraba, se la dejaba comer y beber, y luego se hacía otra vez la intubación.

En la sífilis, es innegable que la intubación tiene grandes ventajas y, en general, siempre que el proceso morboso es susceptible de curación, puede esperarse mucho del tiempo y del tratamiento general, combatiendo provisionalmente los peligros de la estenosis: hágase la

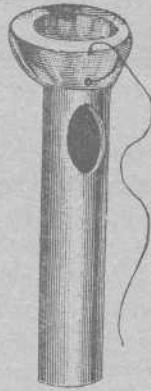


FIGURA 78.

intubación, y, en último resultado, podrá practicarse la traqueotomía. Nadie ignora la gran eficacia del mercurio en el tratamiento de la sífilis; pero contra ciertas lesiones, falta muchas veces tiempo para que pueda obrar tan precioso agente. Colocar un tubo en la laringe, significa ensanchar la estrechez, ganar espacio, y mientras, por una parte, la compresión consigue devolver su normalidad á los tejidos infiltrados, por otra, con las inyecciones hipodérmicas de los preparados de mercurio, puede dominarse la enfermedad, y hasta llegar á la curación completa.

Las anteriores consideraciones son aplicables á todas las enfermedades agudas: edema, absceso, edema angioneurótico, erisipela de la

laringe, etc., que puede poner en peligro la vida de un momento á otro. En suma: cuanto más agudo es el proceso, mayor resulta el mérito de la intubación que, venciendo el peligro inminente, nos coloca en condiciones de evitar la traqueotomía. Los más distinguidos laringólogos modernos coinciden en afirmar que, siempre que se pueda evitar la operación cruenta, consiguiendo el mismo objeto, se habrá prestado al enfermo señaladísimo servicio.

Al efecto, constituye una excelente indicación para practicar con éxito la intubación, en los niños sobre todo, la estenosis catarral ó edematosa del sarampión. También debe recurrirse á ella, en los casos de espasmo de los abductores; en la parálisis de los adductores; en las laringitis agudas sofocantes de la infancia (*coriza de la glotis*, de Bretonneau), y en general en la mayoría de las estenosis crónicas y agudas de la laringe.

Por otra parte, las familias gozan lo indecible al ver sustituida la

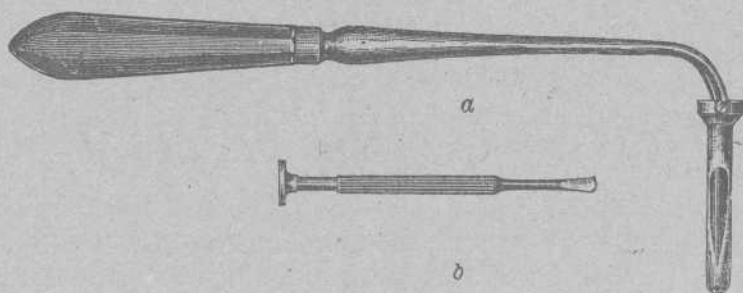


FIGURA 74.

traqueotomía por una operación más sencilla y poco peligrosa, que puede devolver la vida á un sér querido, sin las molestias y sufrimientos propios de la traqueotomía, ni las deformidades que ésta lleva consigo.

Por lo que se refiere á la intubación en los papilomas laríngeos, no tiene grandes ventajas si hay muchas vegetaciones en la cavidad. Pero una vez extirpadas esas masas, puede aplicarse un tubo para ejercer compresión sobre los residuos que no puedan extirparse y cohibir la hemorragia, del mismo modo que se coloca una cánula en la vejiga después de la operación de la talla: con ello se prestaría señalado servicio al enfermo.

El Dr. Lichtwitz (de Burdeos, ha hecho recientemente una aplicación de la intubación á los papilomas, que por cierto podría extenderse á los tumores de otra índole. Dicho autor usa tubos que presentan una

especie de ventana, situada exactamente al nivel del punto en que se encuentra el tumor, de modo que éste forma hernia en el interior del tubo. Para tener idea exacta del sitio en que ha de estar el agujero ó ventana, es preciso darse cuenta de la posición que el tubo ocupa en la laringe: invariablemente se ve que el borde saliente debajo de la cabeza va á colocarse sobre las cuerdas falsas, de modo que el cuello del aparato corresponde á las cuerdas vocales. Para los tumores insertos sobre éstas, conviene, pues, que el centro de la ventana corresponda inmediatamente por debajo del citado borde saliente, y más abajo si se trata de tumores infraglóticos. El examen laringoscópico es fácil si se tiene cuidado de que los tubos estén pintados de negro por dentro.

Las ventajas de esto, en los niños sobre todo, son evidentes: en general, el tubo protege las partes sanas y facilita la introducción de instrumentos y de cauterios, lo mismo que la extirpación de tumores infraglóticos, anulando la acción de las cuerdas, aun en los adultos. La experiencia dirá hasta qué punto puede servir esta modificación para las maniobras endolaringeas, tratándose de una aplicación algo diversa de las que hasta ahora había recibido la intubación (1).

Otra condición que hace preferible la intubación á la traqueotomía es el embarazo. Estudiando la lesión local, remediando la urgencia del momento con la intubación, difiriendo la traqueotomía, se habrá dado un gran paso, salvando quizá dos vidas.

La intubación en los tísicos ha dado resultados bastante lisonjeros, pero temporales. Por eso muchos especialistas, entre ellos Massei, prefieren la traqueotomía. Con todo, si se trata de un enfermo con grandes cavernas ó de una embarazada enferma de tuberculosis, si la estenosis es grave y falta tiempo para una traqueotomía bien hecha y con comodidad, habrá que preferir la intubación.

En resumen, son indicaciones salientes: el edema, los abscesos, el flemón, la erisipela primaria, el edema angioneurótico, los accesos de espasmo y las estenosis graves que no dejan tiempo para la traqueotomía.

Los tubos cilíndricos y macizos de Schrötter, en las estenosis cicatriciales, deben ceder su puesto desde ahora á las cánulas endolaringeas, que se adaptan mejor y permiten la libre respiración, pudiendo estar colocado días enteros.

(1) Con un objeto diferente, es decir, con el de dotar al tubo de una especie de cucharilla de Volkmann, ha ideado O'Dwyer una cánula, también con ventana, pero ésta con bordes cortantes, como se ve en A de la figura 74, y mediante una espiga, B, de la misma figura (véase fig. 74), se coloca con facilidad en la posición que se desea. El tubo sirve también para extirpar tumores infraglóticos, maniobrando como si se hiciese una intubación ordinaria, é imprimiendo después, por medio del mango de que está provisto el tubo, movimientos en diversos sentidos.

Massei termina su estudio acerca de la intubación en general, y especialmente en los adultos, con las siguientes conclusiones:

«1.^a *En los adultos, la intubación es menos peligrosa que en los niños.* La indicación de la intubación, en estos casos, se halla exclusivamente subordinada al diagnóstico anatómico.

«2.^a El gran porvenir de la intubación consiste en limitar sus indicaciones; si queremos hacer de ella la panacea contra toda estenosis, concluiremos por desacreditarla.

«3.^a La traqueotomía, á pesar de la intubación, constituirá siempre un gran recurso, pero su campo se va limitando, puesto que la intubación puede evitar muchas veces la operación cruenta.»

En España los laringólogos que más casos de intubación han publicado son el Dr. Ramón de la Sota y Lastra y Castañeda.

Esto no significa, sin embargo, que no la hayamos practicado en mayor ó menor número los demás que nos dedicamos á esta especialidad. Lo que ocurre es que, unas veces por el exceso de trabajo y otras por la característica indolencia meridional, guardamos las observaciones en el fondo de nuestro pupitre ó en un apartado rincón de nuestra memoria, sin darlas á luz.

De todos modos, esto no influye gran cosa en el movimiento de la balanza en pro ó en contra de un procedimiento terapéutico admitido por todos y perfectamente dilucidado en la ciencia.

De las enfermedades en que más preciosa indicación tiene este método es, sin duda ninguna, el erup diftérico, sobre todo el llamado *croup d'emblée*, ó sea el que comienza por la laringe. Es tan sorprendente, tan inmediato su resultado, que, aun cuando sólo fuera por esa circunstancia, se haría preferible á la traqueotomía.

Pero aun hay más: á la rapidez verdaderamente sorprendente del resultado se suma la pronta disminución de la congestión y tumefacción laríngeas mediante la expulsión, á través del tubo, de las membranas ya formadas. En tales casos, sin embargo, si el tubo colocado no corresponde á la dimensión y amplitud del órgano fonético, es lanzado el tubo en los primeros accesos de tos, siendo preciso practicar inmediatamente la reintubación para prevenir la asfixia.

Un tratamiento auxiliar de la intubación en esta enfermedad, que por sus buenos resultados se ha hecho clásico, es el que Gaucher recomienda, y que después ha modificado Ruault, consistente en las embrocaciones con fenol sulfurricinado al 20 por 100 y vaporaciones de un líquido hidrocarburoado cualquiera. Conviene unirlo al del Dr. Bonain (de Brest), ó sean las inyecciones hipodérmicas por mañana y tarde de esencia de trementina en aceite de vaselina (2 por 10) y una cucharadita de las de café cada hora, de la siguiente preparación:

Ácido láctico.....	3 gramos.
Jarabe de Tolú.....	50 —
Agua.....	100 —

Mézclase.

Una vez colocado el tubo con éxito en la laringe — cualquiera que sea la enfermedad que tratemos — suele chocar á médicos y á extraños un fenómeno bastante común, es á saber: la voz articulada metálica, fenómeno extraño al parecer por hallarse la laringe completamente ocupada por el tubo metálico, el cual paraliza la acción de las cuerdas vocales. De las diferentes explicaciones que al efecto se han emitido, me satisface algún tanto la expuesta por el Dr. Castañeda (1), quien, con motivo de dos casos excepcionales de intubación, se pregunta: «¿Dónde nace entonces la voz? ¿Será de la ayuda de los repliegues ariteno-epiglóticos del velo del paladar, de sus pilares, de los labios, de la lengua, de los dientes, ó con ayuda de todos estos órganos, á la vez que la voz articulada (pero baja) se produce atravesando la glotis por un conducto metálico? Por lo menos está demostrado por los tratados de Fisiología que es necesario que el aire llegue á la glotis para la producción de la voz; así vemos que en la traqueotomía no es posible el menor sonido, puesto que el aire no llega á estos diversos órganos. Rosenberg dice sólo á este propósito que la voz que se oye en los enfermos intubados se debe probablemente á causa del estrechamiento que sufre el conducto aéreo al nivel de la extremidad inferior del tubo.

Respecto de la deglución — dice el mismo autor — «es un hecho que, pasado el período de excitación primero de la presencia del tubo y cuando la laringe se va acostumbrando á su presencia, aquélla se verifica más fácilmente, pues si bien en este acto no pueden entrar en juego, como en el estado fisiológico, los músculos crico-tiroideos por lo que hace á la adducción de las cuerdas vocales, ni inclinarse hacia adelante el vértice de los cartílagos aritenoides, sí puede la parte inferior de la laringe contraerse en forma de canal, ayudando á la acción de la epiglotis sobre el orificio superior de la laringe, cuya acción, según Rathí (*Wiener Klin. Wochensch.*, núm. 151, pág. 278, 1893), es debida á la presión de la lengua y no se halla bajo la dependencia de la acción de los músculos de la laringe», lo que viene á apoyar la eficacia de la posición de la cabeza echada hacia atrás, por cuanto el peso de gravedad contribuye también en parte á este acto.

La irritación de presencia produce el aumento de secreción de las mucosas, dando lugar á estertores traqueales, que desaparecen cada vez con la tos, la que dura poco tiempo, y á la que contribuye, en parte, como dice Rosenberg, la posición defectuosa del hilo de seguri-

(1) "El Siglo Médico", núm. 2.112, 17 Junio de 1894.

dad fijado á la extremidad superior del tubo, y que sale por la boca, debiendo pasar sobre los ligamentos laringo-epiglóticos, y no sobre la cara laríngea de la epiglotis.»

La intubación laríngea, como la traqueotomía, ha tenido tan ardientes defensores como decididos detractores, fundándose estos últimos, y de un modo preferente, en los casos de muerte súbita sobrevenida inmediatamente después ó durante la intubación.

Terminaremos este estudio referente á la intubación laríngea, tomando algún concepto de la tesis del Dr. Chaillon (París, 1895), titulada *La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croupes diphthériques*.

Se puede evitar frecuentemente la intubación en el crup, inyectando durante las primeras veinticuatro horas 40 gramos de suero. Si continuase el tiraje en aumento, entonces se podrá recurrir á la intubación. Intubado el niño, á no ser de más edad, debe recibir 40 gramos de suero en los primeros días de tratamiento.

La asociación del suero á la intubación proporciona mejores y más excelentes resultados que con la traqueotomía.

La estadística es más favorable para el crup diftérico que para los crups asociados.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES. — *Con el suero* no se debe intubar hasta el último extremo, esto es, hasta el momento en que ya es imposible esperar al enfermo por más tiempo. Resulta á menudo inútil la intubación, dando éste mejores resultados cuando es posterior á las inyecciones.

Las *contraindicaciones* de la intubación son: la difteria tóxica y la bronco-neumonía y la bronquitis pseudo-membranosa muy extensas, pues el estado de muerte aparente no constituye en realidad una verdadera *contraindicación*.

Se extraerá el tubo lo más pronto posible; es á saber, apenas se hace normal la temperatura, disminuye la expectoración y entra en calma completa la respiración.

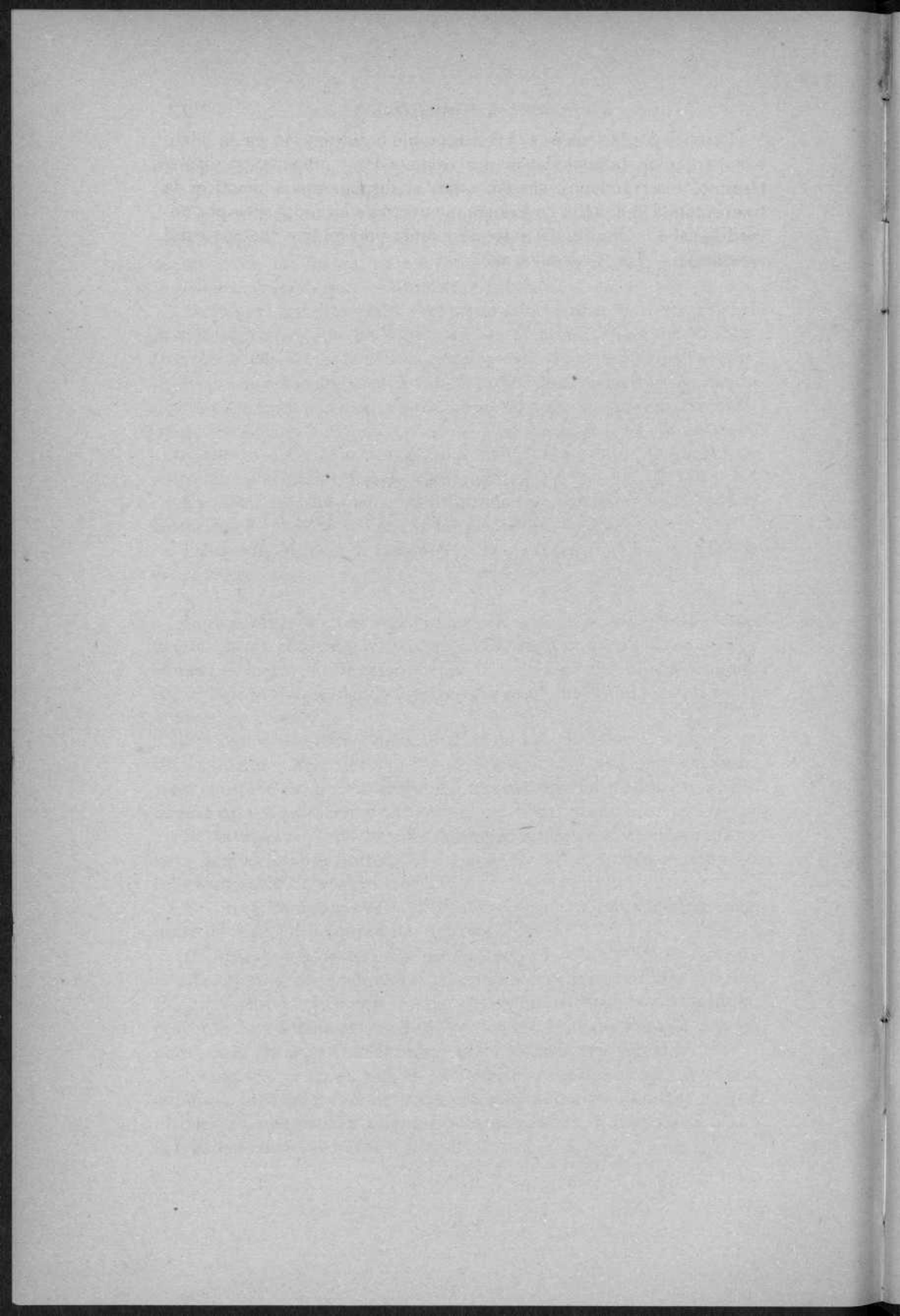
En muy contados casos deberemos dejar transecurrir cinco días antes de verificar la extracción del tubo.

Comparando la intubación con la traqueotomía, resulta en favor de la primera una mayor rapidez, ausencia de peligros ordinariamente, ninguna pérdida de sangre, menor irritación del tubo que la cánula, mayor facilidad para salir y expulsar las mucosidades y mejor camino para lanzar las falsas membranas (Bokai) con menos esfuerzos.

La convalecencia es rápida; no suelen observarse complicaciones cutáneas, y en escaso número las complicaciones pulmonares, y, por último, no sobrevienen estenosis cicatriciales de la tráquea con sus gravísimas consecuencias (J. Simón).

Razones por las cuales es más aceptable la intubación en la clientela particular, la cual deberemos recomendar y proponer en primer término, reservándonos, sin embargo, el disponernos á practicar la traqueotomía si aquélla no bastara, á cuyo fin convendrá siempre advertirlo así á la familia del enfermo y tener prevenido el instrumental necesario]. — DR. C. COMPAIRED.

FIN DEL TOMO SEGUNDO



ÍNDICE DE MATERIAS

Afecciones neuro-musculares de la laringe.

A.—Trastornos de la sensibilidad.

	Págs.
División del asunto. — Anestesia. — Hiperestesia. — Neuralgias. — Parestesia.	5
Anestesia. — Su etiología: es de origen central ó periférico. — Síntomas funcionales. Medios de comprobar la anestesia de la laringe: su marcha es variable. El diagnóstico de la lesión es fácil, pero la causa primaria es con frecuencia difícil de reconocer. — Pronóstico. — Tratamiento.	7
Hiperestesia. — Sus límites son difíciles de precisar, y su etiología variable. La hiperestesia es difusa ó localizada. — El examen del órgano no da habitualmente ningún resultado. El tratamiento varía porque debe ser apropiado á la causa que la engendró.	13
Neuralgias. —Neuralgias. Son bastante raras. Vienen á constituir el índice de afecciones generales. El diagnóstico debe establecerse con prolijo cuidado.	19
Parestesia. — Acompaña á menudo á los trastornos precedentes.—La histeria es la causa principal. — Síntomas. Las sensaciones confirmadas son variables. — El dolor se calma durante la comida.—El curso de la afección es intermitente. Puede alternar con los demás trastornos de la sensibilidad. — El diagnóstico es sumamente fácil; el pronóstico benigno. — El tratamiento será general y local: revulsivos, calmantes, anestésicos.	23

B. — Trastornos de la motilidad.

1.º — PARÁLISIS DE LOS MÚSCULOS DE LA LARINGE.

División del asunto: Algunas palabras sobre fisiología de los músculos de la laringe. — Parálisis de origen central y de causa periférica. — Parálisis de un grupo muscular ó de un solo músculo.	29
I. Parálisis laringea de origen central. — Las lesiones centrales causas de las parálisis son numerosas. — Centro cortical de la laringe. — Los síntomas generales dominan de ordinario la escena; los trastornos de la motilidad son varia-	

- bles, poco conocidos todavía y mal clasificados. — Anatomía patológica de algunos casos. — El diagnóstico y el pronóstico son los de la afección central. Del tratamiento nos ocuparemos más tarde. 33
- II. Parálisis laringeas por enfermedad ó lesión del nervio pneumogástrico.** — Algunas palabras sobre la etiología que se basa en el trayecto del nervio; los síntomas laringeos son los de las lesiones de los recurrentes. 37
- III. Parálisis ocasionadas por la alteración del laringeo superior.** — Función del laringeo superior. — Etiología de su parálisis. — Síntomas: la voz se altera; diftonía; lesiones vocales. — Trastornos de la sensibilidad; sus consecuencias. — Aspecto de la laringe. — Anatomía patológica. — El pronóstico puede ser grave. Tratamiento de los síntomas: el de la parálisis se estudiará ulteriormente. . . 39
- IV. Parálisis de los nervios laringeos inferiores (recurrentes).** — Parálisis de los nervios laringeos inferiores. — Estas son las más frecuentes. — La compresión es la causa ordinaria. — Causas generales: neurosis, neuritis primitiva; la causa es á veces difícil de encontrar. Síntomas: la parálisis es completa, la voz y la respiración se modifican; aspecto de la laringe. — Es atacado un lado solo; al-térase poco la voz; sustitución vocal por el lado sano.
- La parálisis no es completa; un solo grupo de músculos está atacado; constrictores de ambos lados; de uno solo; aspecto de la laringe. — Síntomas funcionales. Se paralizan los dilatadores. — Rareza relativa de esta lesión bilateral; la voz puede ser normal; los desórdenes respiratorios son importantes; examen de la laringe. — La parálisis es unilateral, los trastornos funcionales muy poco marcados; aspecto del órgano. — Anatomía patológica.
- ¿Tienen en realidad los músculos abductores una tendencia marcada á ser los primeros atacados? — Discusión de diversas teorías. — Parálisis y contractura. — Curso y duración. — El diagnóstico es generalmente fácil; utilidad de distinguir la parálisis de la contractura. — El pronóstico varía según que la lesión es uni ó bilateral. 43
- Parálisis aisladas de los músculos de la laringe.** — Algunas palabras sobre la etiología general. — 1.º Parálisis del crico-aritenoideo lateral. ¿Puede ser atacado aisladamente? ¿Cuál es el aspecto de la laringe en estos casos? — 2.º Parálisis del tiro-aritenoideo. Es frecuente; la causa más habitual es la inflamación. — Aspecto de la laringe. Según la parálisis es completa ó incompleta, varían los signos laringoscópicos; nódulos de las cuerdas vocales; diftonía. — El diagnóstico es fácil; el pronóstico benigno; el tratamiento se estudiará más adelante. 3.º Roturas del tiro-aritenoideo. Son poco ó nada conocidas; causas habituales. Aspecto de la laringe. — El pronóstico es grave. — Indicaciones terapéuticas. 59
- Parálisis del ari-aritenoideo.** — Un poco de historia. — La afección es más frecuente de lo que se supone. — Causas especiales de esta parálisis. — Importancia de los síntomas funcionales. — Caracteres de la voz y de la tos. — Del timbre llamado crupal. — Examen de la laringe. Las figuras esquemáticas habituales son inexactas. Verdadero aspecto del órgano en estos casos. — El diagnóstico

debe hacerse entre la paresia y la parálisis, con los tumores de esta región. — El curso, la duración y el pronóstico dependen de la causa.

Parálisis combinadas. Son conocidas en parte. — Diversos aspectos de la laringe. Tratamiento de las parálisis de los diversos grupos musculares de la laringe. — Es necesario conocer la causa de la parálisis y tratarla en consecuencia. — Parálisis neuropática. — Electricidad; corrientes que habrán de emplearse; manera de usarlas. — Electrificación externa ó directa; soplo eléctrico. — Gimnástica vocal; sugestiva. — La traqueotomía es á veces necesaria. — Utilidad de las preparaciones iodadas. — Del sulfato de estriénina. Importancia del tratamiento general. 67

Espasmos de los músculos de la laringe. — Definición. — División de la materia. — La clasificación que se funda en la etiología de los espasmos musculares es la más cómoda para el estudio de estas lesiones. 77

1.º Espasmos funcionales ó de los músculos fonadores. — Denominaciones variadas. La fatiga vocal es la causa ordinaria. — Son fáciles de reconocer. — Naturaleza de los trastornos vocales. — El examen laringoscópico proporciona pocos resultados. — Curso, duración y terminación de la dolencia. — Facilidad del diagnóstico. — El pronóstico generalmente es grave; esta regla tiene excepciones. Tratamiento local y general: es necesario el examen de las fosas nasales. 79

2.º Espasmos por irritación directa. — Son bastante comunes. Modo de producirse. Su etiología es variada y su duración generalmente corta. — El pronóstico, benigno de ordinario, puede hacerse grave. — Tratamiento profláctico y tratamiento del acceso. 85

3.º Espasmos de origen periférico. — Los espasmos de origen periférico son bastante raros. — Causas habituales. — Síntomas: tos seca, por accesos, espasmódica, como la de la coqueluche. — Curso, duración, terminación. — Pronóstico. — Tratamiento. 89

4.º Espasmos de origen central. — Su historia es de fecha reciente. — La ataxia es la causa habitual. — Sintomatología de las diferentes formas: descripción de las crisis laringeas. — La marcha es progresiva: la parálisis termina frecuentemente la escena; el pronóstico es grave. — Tratamiento general y local. 93

Vértigo laringeo. — Ha sido estudiado pocos años há; constituye el síntoma de muchas afecciones. — Variedad de su etiología. — Síntomas. — Descripción del acceso. — Pérdida del conocimiento. — Curso. — Duración. — Benignidad del pronóstico. — Dificultad del diagnóstico y causas de error en estos casos. — Tratamiento. 99

5.º Espasmos reflejos. — Definición. — Etiología habitual. — Síntomas; la falta de lesión laringea, periférica ó cortical, debe alejar la idea de un espasmo reflejo. — Utilidad del examen de las fosas nasales. — Curso. — La duración es interminable, si la causa permanece desconocida. — Terminación. — El pronóstico puede ser grave. — El diagnóstico es ordinariamente fácil. — Examen del enfermo. — Tratamiento. 103

- 6.º Espasmos asociados á una afección general.** — Definición. — ¿Son sinónimos la tos nerviosa y el corea de la laringe? Etiología. — El histerismo y el corea son las causas predominantes; los jóvenes y las mujeres son los más frecuentemente atacados. — Síntomas: la tos es brusca, frecuente y muy sonora, semejando al ladrido. — No hay expectoración; el examen laringoscópico da resultados negativos; temblor de las cuerdas. — Facilidad del diagnóstico; utilidad del examen de las fosas nasales. — El curso es variable, la duración alguna vez indefinida y el pronóstico benigno. — El tratamiento será general, tónico antiespasmódico, ó local: pulverizaciones, cocaína, masaje laringeo, electricidad, gimnástica vocal. 109

Tumores de la laringe. — Comprenden dos grupos importantes: los tumores benignos y malignos.

TUMORES BENIGNOS. — Eran casi desconocidos antes de la introducción del laringoscopio; desde esta época se ha hecho considerable su número. — Su frecuencia, basada en la estadística. — Etiología general. — Es compleja. — Influencia de las irritaciones locales y de la edad. — Tumores congénitos: Influencia del sexo, de la profesión, de la herencia y de las enfermedades agudas.

SINTOMATOLOGÍA GENERAL. — Varian los desórdenes de la voz según el volumen, la forma y el sitio del neoplasma. La respiración es ordinariamente fácil; la sofocación es posible. Influencia de la posición del enfermo. La tos es rara y, si existe, su timbre, como el de la voz, se modifica. — La deglución es fácil y el dolor nulo.

SÍNTOMAS OBJETIVOS. — De la depresión forzada de la lengua, del tacto, de la auscultación y de la expectoración. — Insuficiencia ó inutilidad de estos medios. — Importancia del examen laringoscópico en estos casos.

PAPILOMAS. — Son los más frecuentes. Las cuerdas vocales son su sitio habitual; aspecto: son sesiles ó pediculados; su curso es lento, pueden desaparecer solos, ser eliminados ó acarrear la asfixia.

QUISTES. — Fecha reciente de su estudio. Su frecuencia, volumen y aspecto característico de los mismos.

FIBROMAS. — Son relativamente raros; sitio habitual. Su aspecto. Pueden formarse cavidades quísticas; son de ordinario sesiles y únicos en la mucosa; longitud de su curso.

MIXOMAS. — Son poco comunes; practicase rara vez el examen histológico. — Son únicos, uni ó multilobulados.

ADENOMAS. — Son excepcionales y su estudio está por hacer todavía.

LIPOMAS. — Son extralaringeos. — Descripción del caso de Bruns. Son verdaderas curiosidades patológicas.

ANGIOMAS. — Su aspecto se caracteriza poco. Pueden producir graves hemorragias.

ENCONDROMAS — Han sido bastante bien estudiados. — Débense á una desviación del trabajo fisiológico ó á una lesión del cartilago. — Sitio y aspecto. — Su consistencia es leñosa. — Gravedad del pronóstico.

TUMORES MIXTOS. — Curso. — Duración; es lenta y habitualmente progresiva. — La transformación maligna de la expulsión espontánea es posible; es rara la

terminación por asfixia.—Establécese el diagnóstico por medio del examen laringoscópico.—Dificultades en los niños.— Debe hacerse con el edema, ciertas proliferaciones diatésicas y la eversion de los ventriculos. — El pronóstico es benigno por punto general; excepciones de esta regla.—Diversos tumores del órgano vocal. — Su importancia en los cantantes. 117

Tratamiento de los tumores benignos de la laringe. — Tratamiento. — ¿Se debe operar ó abstenerse? — Indicaciones y contraindicaciones. — Tratamiento endolaringeo. Es el más empleado. Posición del enfermo. — Elección de un método de tratamiento por las vías naturales. — Anestesia de la laringe. — Instrumentos diversos; pinzas; aprieta-nudos, etc.; varían según las indicaciones de cada caso. Del raspado. — Los quistes reclaman un tratamiento particular.— Cásticos: ácido crómico; manera de emplearlo; sus efectos; inconvenientes de los cáusticos químicos en general. — Del galvanocauterio. — El método endolaringeo es el tratamiento de elección en los tumores benignos; sus ventajas.

Operación por la vía externa (extralaringea): sus indicaciones. Se reserva exclusivamente para los casos en que no puede operarse por la boca. Modo de proceder: A. Tirotomía: la traqueotomía debe precederla. Manera de abrir el tiroides; algunas veces es necesario incidir la membrana crico-tiroidea; separación de las valvas; alumbrado de la cavidad.— Consecuencias de la operación. Debe reservarse para los casos graves. — B. Laringotomía subhioides: está casi en desuso; el método endolaringeo es preferible. — C. Laringotomía infratiroides; se emplea en los neoplasmas subglóticos. — Es preferible operarlos por la boca. — Necesidad de la traqueotomía.

Resumen de las indicaciones operatorias, 141

Eversion de los ventriculos. — Definición. Son casos raros. Aspecto de la laringe. Desórdenes funcionales. — El diagnóstico es fácil, si se ha prevenido la existencia de la lesión.—Gravedad del pronóstico desde el punto de vista local.— El tratamiento es quirúrgico y paliativo. 155

Tumores malignos. — Se conocen desde pocos años há. Antes de la introducción del laringoscopio se había sospechado su existencia; después, las observaciones han sido numerosas. — El carcinoma es una afección relativamente rara, División de la materia: Tumores intra y extralaringeos. — Variedades. Epitelioma, encefaloides y escirro.

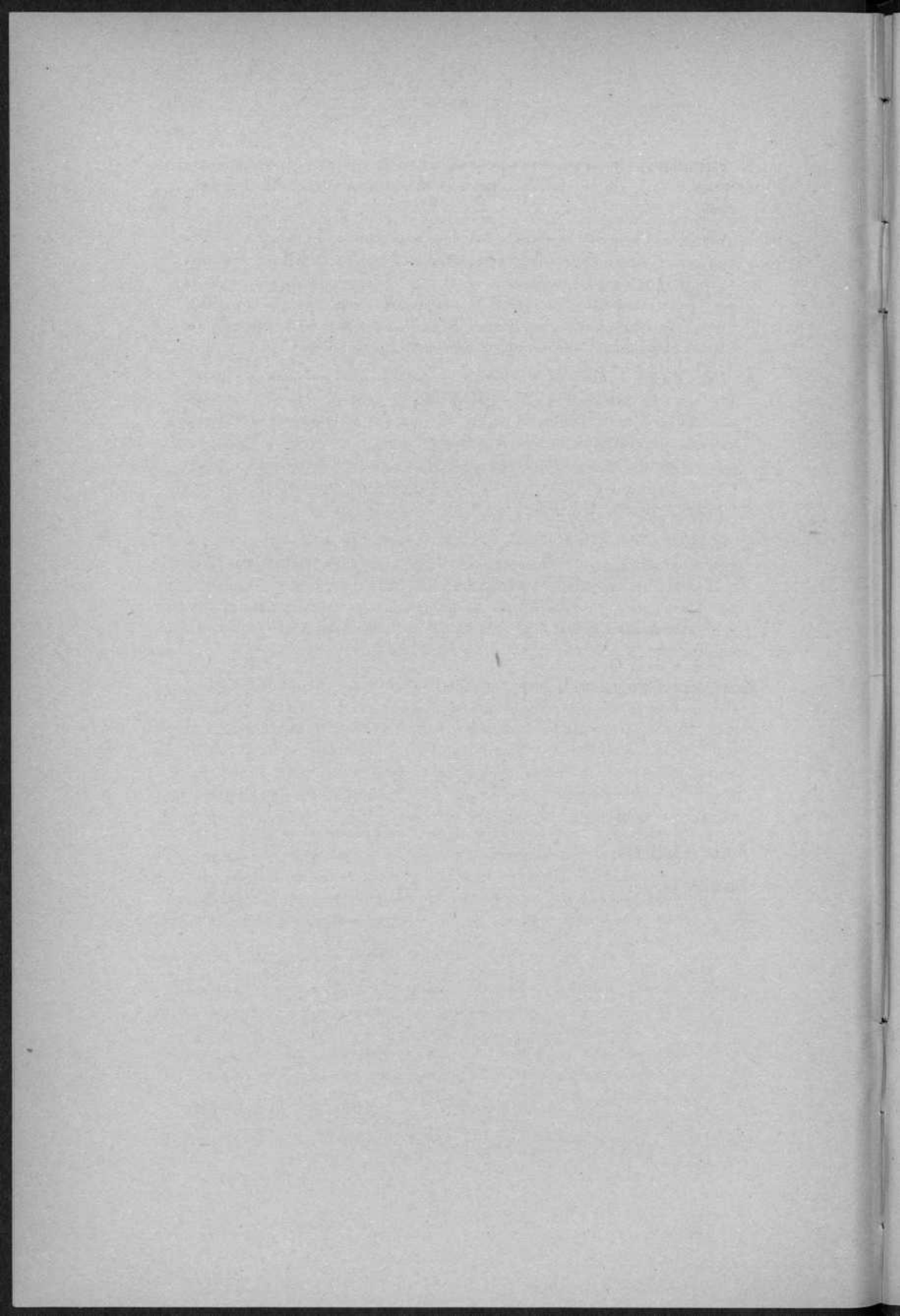
Etiología: La causa es oscura; influencia de la edad y del sexo. — ¿Es secundaria el carcinoma?—¿Puede resultar de la transformación de un tumor benigno?

Sintomatología: Preocidad de los síntomas funcionales. La voz puede enronquecerse pronto; los desórdenes respiratorios son tardíos, pero graves. Dolor; desórdenes de la deglución y de la salivación; hemorragias. Examen laringoscópico.— Signos del principio. — Se confirma el tumor. Aspecto de la laringe según los diferentes neoplasmas. Sitio de los tumores malignos.

Sintomas generales: Infarto ganglionar; pericondritis. El curso es progresivo, rápido; el pronóstico grave. — El diagnóstico es de ordinario fácil, excepto al principio.

- Tratamiento: será paliativo ó curativo. — Algunas palabras sobre la traqueotomía, la tirotomía y la extirpación de la laringe. 157
- Heridas de la laringe.** — Definición. — Describense con las heridas del cuello. — Etiología: heridas quirúrgicas y accidentales; frecuencia; sitio; mecanismo de la herida, según el instrumento que se emplee para producirla. Síntomas: A. La herida es ancha; el derrame de sangre abundante; la respiración ofrece caracteres particulares; es posible la asfixia inmediata; desórdenes de la voz y de la deglución. — B. La herida es estrecha; el enfisema y el derrame de sangre constituyen los principales caracteres. — Valor del examen laringoscópico. — Diagnóstico; es ordinariamente fácil. — Anatomía patológica. — Complicaciones. — Formación de abscesos. Sufusiones purulentas. — Curso. — Duración. — La terminación varía, así como el pronóstico. — Tratamiento inmediato y ulterior. 183
- Fracturas de la laringe.** — Un poco de historia; son lesiones bastante raras. — Etiología: es compleja; influencia de la edad, de la osificación de los cartílagos. — Estadísticas. — Patogenia y mecanismo de las fracturas; es necesario que se inmovilice el cartilago atacado. — Sintomatología. — Deformidades exteriores: crepitación; enfisema. — Examen laringoscópico: desórdenes funcionales; dolor; disnea y sus diversas variaciones; fonación; dificultad de la deglución; expectoración. — Diagnóstico: es ordinariamente fácil. — Anatomía patológica: varía según el cartilago fracturado y la importancia de la lesión. — El curso es variable y el pronóstico grave. — Tratamiento. ¿Es preciso practicar la traqueotomía y reponer los fragmentos? — Dilatación de la laringe. 193
- Cuerpos extraños de la laringe y de las vías aéreas.** — Definición. — Frecuencia; se han observado de todas clases. — División: cuerpos líquidos y sólidos. — Síntomas: la asfixia puede ser rápida y fulminante; accesos de sofocación en el principio; dolores; la tos es de ordinario sonora y ronca; caracteres de la voz y de la expectoración. — Examen de la laringe; puede ser negativo. — Peligro del tacto digital. — Curso: la duración puede ser indefinida; complicaciones. — El pronóstico varía mucho. — El diagnóstico es algunas veces muy difícil; los conmemorativos pueden faltar. — Tratamiento: los motivos son peligrosos; método de destrucción. — Extracción por las vías naturales. — ¿Es preciso anestesiar la laringe? — Traqueotomía. — Tirotomía. — Cuidados consecutivos. 207
- Complicaciones laringeas de las fiebres eruptivas.** 217
- 1.º Sarampión.** — Forma del primer período; el estado catarral de la mucosa domina la escena. — Forma ulcerosa: es tardía; existen pérdidas de sustancia de la mucosa vocal, edema y hasta gangrena. — Los desórdenes funcionales dependen de las lesiones que se observan. — Es posible la producción de falsas membranas. — Estadística de algunos casos. — Resultados obtenidos por el examen de la laringe. — Rubicundez, pápulas, manchas equimóticas, erosiones y ulceraciones. — El diagnóstico es fácil; el curso y el pronóstico varían según la forma de la lesión. — El tratamiento será el de la complicación. 219

2.º Escarlatina. — Estas manifestaciones son raras; la difteria es casi la única. — Estadísticas. — El pronóstico es serio. — El tratamiento es el de la complicación.	225
3.º Viruela. — La laringe es atacada cuando sale la erupción. — Aspecto de estas lesiones. — Anatomía patológica. — ¿Existen pústulas laringeas? — Edema agudo, ulceraciones y pericondritis. — Síntomas: desórdenes de la voz, de la tos y de la respiración; es posible la muerte repentina. Examen laringoscópico. — Curso. — El diagnóstico es fácil. — El pronóstico serio. Tratamiento: edema; abscesos. — Posibles dificultades de la traqueotomía.	227
4.º Fiebre tifoidea. — Historia. Frecuencia. — Algunas palabras sobre estadística. Etiología: La patogenia es compleja; opinión de algunos autores. — Difteria secundaria. — Sintomatología: Forma eritematosa; ulcerosa; edema agudo; examen laringoscópico; es rara la forma diftérica y no presenta ningún carácter distintivo; forma miopática. — El curso y la duración varían con la naturaleza de la complicación; el diagnóstico es fácil; el tratamiento será profiláctico ó curativo; utilidad de la traqueotomía y sus peligros.	231
5.º Erisipela. — Como complicación es conocida largo tiempo há. — Erisipela primitiva de la laringe. — Patogenia basada en la teoría microbiana. — Los síntomas varían con la forma que se observa: eritematosa, flictenular y gangrenosa. — Analogía con los desórdenes del edema agudo. — El curso puede ser rápido; el pronóstico grave. — El diagnóstico es generalmente fácil. — Tratamiento.	241
Complicaciones laringeas de la grippe (Influenza). — Definición; historia; etiología. — Complicaciones laringeas, formas diversas; catarro simple, síntomas funcionales y locales, rubicundez hemorrágica de la mucosa; pueden presentarse parálisis y espasmos musculares; descripción de estos desórdenes. — Hinchazón de la región posterior; úlceras catarrales; son bastante frecuentes; sitio, aspecto. Edema de la glotis. — El diagnóstico es fácil, el pronóstico ordinariamente benigno. — Tratamiento: será general y local.	245
[Herpes de la laringe.	257
[Intubación laringea.	263



OBRAS IMPORTANTES

ATTHILL

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

Obra que ha tenido gran aceptación entre la clase y que ofrecemos a nuestros suscritores al infimo precio de dos pesetas, aunque su precio fuerte es el de cinco. — (Se está agotando).

ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

(HUESOS, ARTICULACIONES, MÚSCULOS)

POR EL

DOCTOR KIRMISSON

Un tomo con excelentes grabados. Precio, 7 pesetas en Madrid y 7,50 en provincias. Los suscritores de EL SIGLO podrán adquirir esta obra por 5,25 y 5,50 pesetas respectivamente.

TRATADO DE MEDICINA OPERATORIA

FOR

KARL LÖBKER

Dos tomos de cerca de 400 páginas cada uno y 276 grabados intercalados en el texto. Precio de la obra 16 pesetas en toda España. Los suscritores de EL SIGLO MÉDICO podrán adquirirla con un descuento de 25 por 100, ó sea por 12 pesetas.

MANUAL DE MATERIA MÉDICA

FOR LOS DOCTORES

BERNATZIK Y VOGL

Catedráticos de la Facultad de Medicina de Viena.

Tres tomos de más de 400 páginas cada uno. Precio de la obra, 18 pesetas. Para los suscritores de EL SIGLO 13,50 pesetas.

LA SIFILIS Y LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

FOR EL

Doctor Ernesto Finger.

Catedrático de la Facultad de Medicina de Viena.

Con 5 láminas cromolitografiadas, aparte del texto, que comprenden 14 figuras del natural.

Un tomo de cerca de 400 páginas. Precio de la obra, 6 pesetas. Para los suscritores de EL SIGLO 4,50 pesetas.

ATLAS Y COMPENDIO DE FRACTURAS Y LUXACIONES

POR EL

DR. HELFERICH

Catedrático de la Universidad de Greifswald. — Traducido directamente
de la única y novísima edición alemana

POR EL

DOCTOR D. SANTIAGO GARCIA FERNANDEZ

MÉDICO DE BAÑOS POR OPOSICIÓN

Con **166** grabados en colores, originales del Dr. J. TRUMPP
y encuadernación lujosa.

Precio en toda España, **12** pesetas.

Copiamos de un estimado colega lo siguiente:

«La empresa de EL SIGLO MÉDICO acaba de publicar, traducido al castellano, el magnífico **Atlas y compendio de fracturas y luxaciones traumáticas**, del Dr. H. Helferich, catedrático de la Universidad de Greifswald.

La obra, editada lujosamente é ilustrada con 64 láminas cromolitografiadas, no tiene, y así lo dice el autor, la pretensión de sustituir á las ya conocidas de patología y clínica quirúrgica; pero, por el contrario, tiene sobre éstas la ventaja inmensa de servir de complemento á las demostraciones y doctrinas explicadas por el catedrático: ventaja tanto más de apreciar cuanto que las explicaciones que acompañan á cada lámina, son de un sabor clínico escogido y de las que seguramente sacará el alumno más y mejor provecho que de las extensas

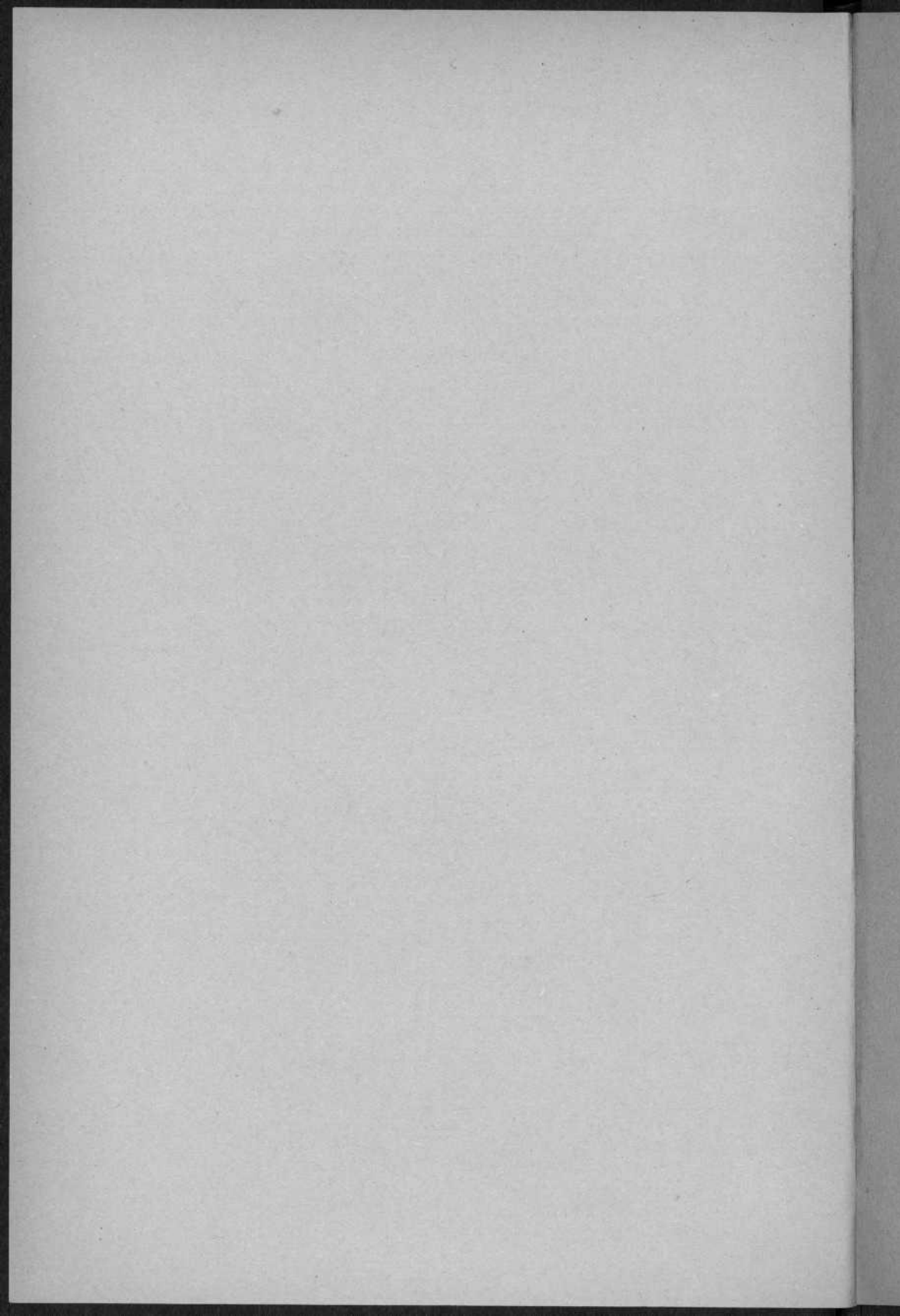
relaciones, á veces incompletas, que sobre estas materias hacen los libros de cirugía general.

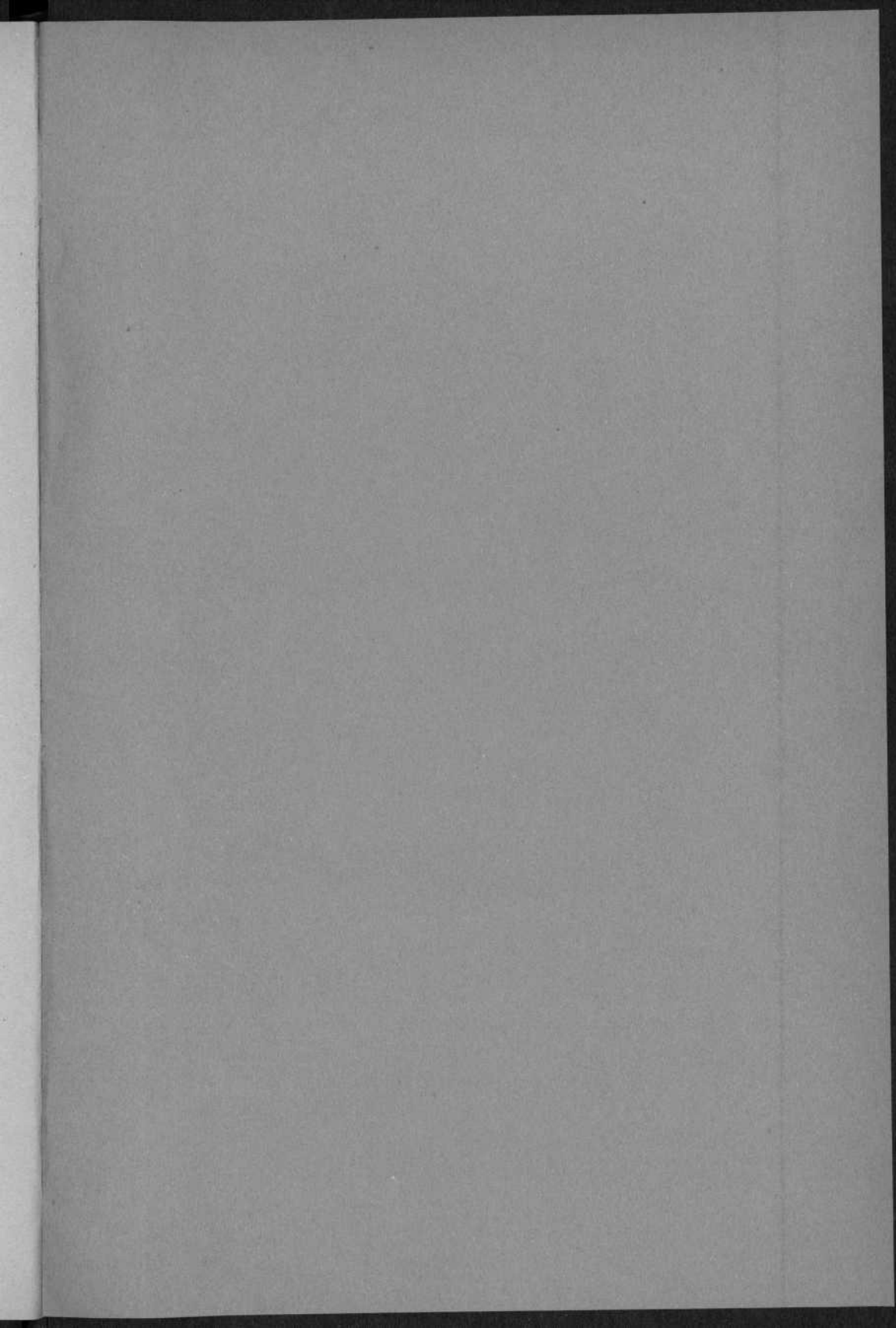
Con efecto, el estudio que hace sobre generalidades de fracturas y luxaciones, reúne las condiciones que deben exigirse á toda obra de índole esencialmente práctica; esto es, claridad y concisión, sin olvidar por eso los detalles cuyo conocimiento es de verdadera necesidad, pudiéndose apreciar en todos los demás capítulos la utilidad que reporta esté **Atlas** para el estudio de las fracturas y luxaciones en particular, utilidad que se traduce en primer término por la bondad en las explicaciones y láminas y en segundo porque su precio reducido (12 pesetas) y su pequeño volumen, hacen fácil su adquisición y manejo, circunstancias ambas de que carecen los libros de índole análoga al que nos ocupa.

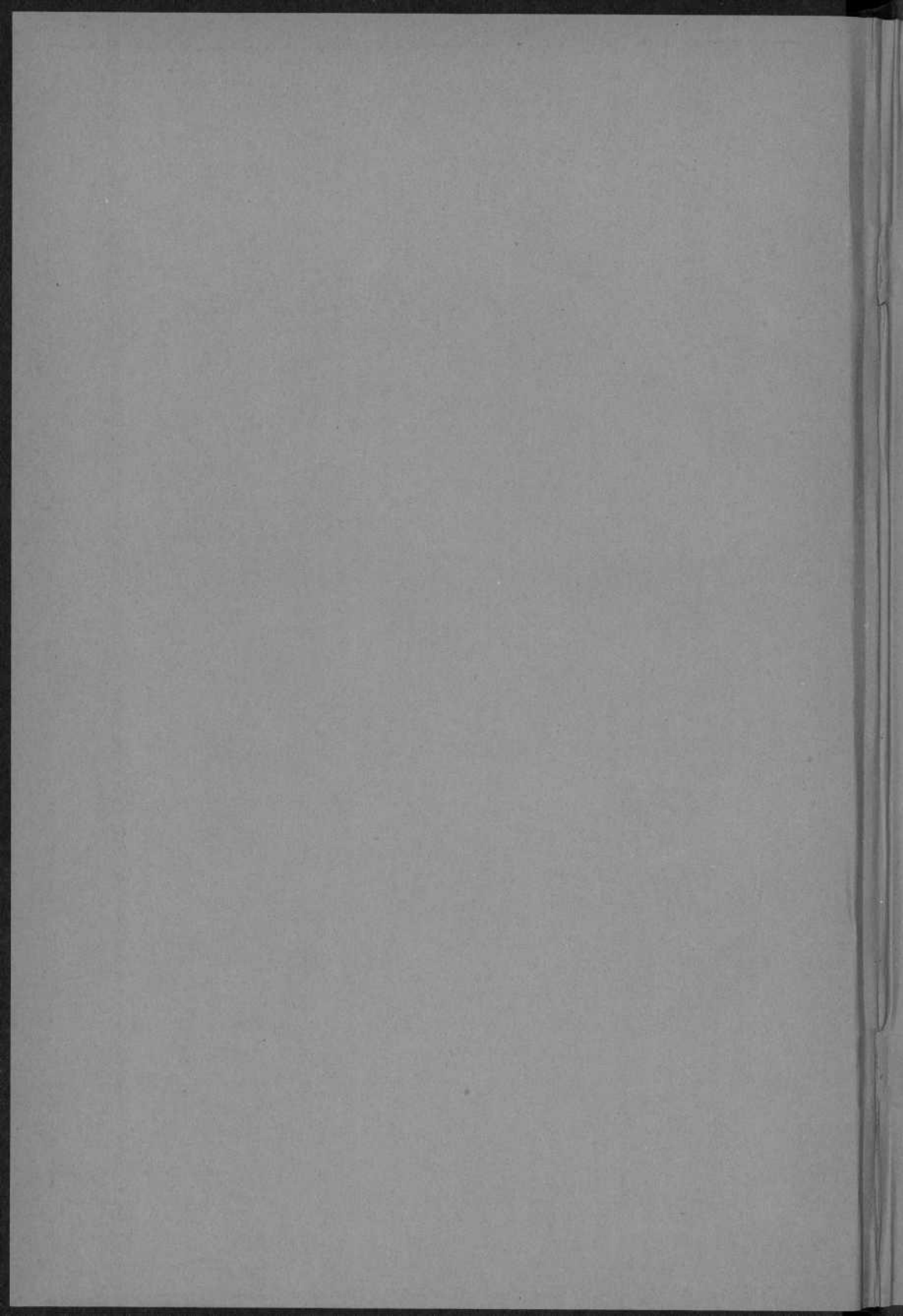
Debemos, pues, felicitar á **EL SIGLO MÉDICO**, que no perdona medios, por costosos que sean, para dar á conocer en España libros tan útiles y necesarios como el presente y de los cuales tan escasa anda nuestra literatura médica. Por nuestra parte, agradecemos mucho tan valioso donativo, tanto más de estimar cuanto que el coste subido de la tirada ha obligado á los editores á poner á la venta, por ahora, un reducido número de ejemplares.

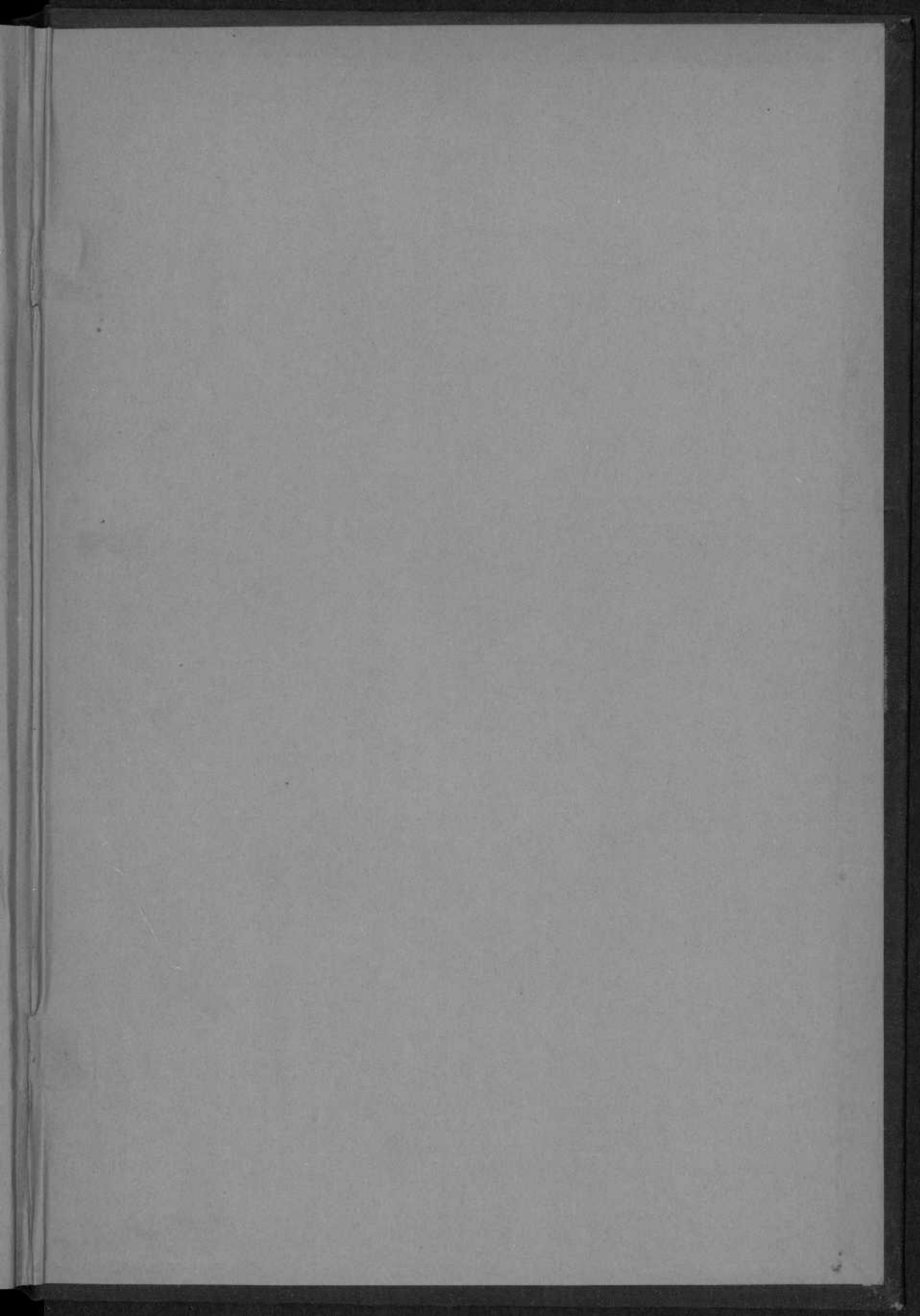
Dr. Zenemij. »

Los pedidos á **D. Ramón Serret**, Apartado de Correos, núm. 121, Madrid.









J.
EN
C
y

14

L. MOURE



ENFERMEDADES

DE LA

Garganta

fosas nasales

14.752

cuerdas vocales adosadas á la parte posterior, gracias á la contracci3n de los m3sculos transversos, quedarán separadas la una de la otra en la línea media.

El enfermo está completamente afónico, como si hubiese parálisis de los constrictores. El Dr. Moréll-Mackenzie, habiendo encontrado en un enfermo la cuerda vocal de un lado mantenida cerca de la pared de la laringe durante los esfuerzos de la fonación, mientras la cuerda sana se colocaba en posición fonatoria, ha descrito este caso como tipo de parálisis de un solo lado del músculo crico aritenoideo lateral; pero Gottstein cree que se trataba mejor de una parálisis unilateral de todos los adductores. Por lo demás, no puede concebir la posibilidad de hacer una distinción clínica y laringoscópicamente de ambas especies de parálisis. Es incontestable que semejante distinción será muy difícil la mayor parte de las veces, tanto que, según tengo dicho repetidas veces, es muy raro el observar una parálisis limitada á este músculo.

2.º — Parálisis del músculo tiro-aritenoideo.

Por su situación, el músculo tiro-aritenoideo es ciertamente, de todos los músculos de la laringe, el más expuesto á la parálisis. En efecto: colocado inmediatamente debajo de la mucosa vocal, participa de sus consecuencias desde el momento en que la última se hace asiento de una inflamación cualquiera.

Nadie ignora que este músculo se compone de dos órdenes de fibras; las más internas, que constituyen lo que se llama el tiro-aritenoideo interno, y las otras externas, que forman el tiro-aritenoideo externo. De los dos, el tiro-aritenoideo interno es el que ofrece mayor importancia. Es probablemente el que, por su contracción, da la elevación del sonido.

ETIOLOGÍA. — Fuera de las causas generales que he señalado al principio de este estudio, debo añadir que la parálisis de uno ó de los dos tiro-aritenoideos reconoce por causas: la inflamación aguda ó crónica de la mucosa vocal, frecuente ésta en los abogados, en los cantantes, en los predicadores y en los reumáticos.

También se ha atribuído á los esfuerzos exagerados; pero aquí, la parálisis pudiera bien ser resultado de una rotura muscular; trataríase entonces de un verdadero latigazo, análogo al de la pantorrilla. He tenido ocasión de observar algunos casos de este género, y uno de mis discípulos, el Dr. Lacoarret, ha referido también un caso típico en los *Annales de la polyclinique de Bordeaux*. Cuanto á mí, asiento á esta última opinión.

SÍNTOMAS. — Los músculos tiro-aritenoideos suelen afectarse, ó bien de un solo lado, ó, por el contrario, de los dos lados á la vez, pudiendo esta pérdida de movimiento acompañarse además de parálisis ó de paresia de otros aductores.

En las parálisis incompletas, la voz está frecuentemente ronca, disfónica, y al mismo tiempo diftónica. Cuando existen dos sonidos, es bueno saber que armoniza siempre el uno con el otro, y, por punto general, emitidos á la octava ó en tercera el uno con el otro.

Cuando la parálisis es, por el contrario, completa, está entonces la voz enronquecida, afónica, ó al menos, ciertas sílabas no pueden pronunciarse. Obsérvanse, en semejante caso, todas las modificaciones de la voz que se comprueban en la laringitis catarral aguda, y sobre las cuales he insistido suficientemente para que crea inútil detenerme ahora.

Por parte de la respiración, no hay trastornos. La tos está en relación con la causa de la dolencia. No existen, en suma, otros síntomas funcionales que los desórdenes vocales de que acabo de hablar.

Al examen laringoscópico, del mismo modo que en la parálisis de los tensores, las cuerdas vocales adoptan una forma ondulosa, como

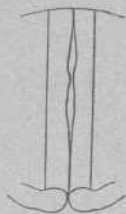


FIG. 31. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la parálisis completa de los tiro-aritenoideos.

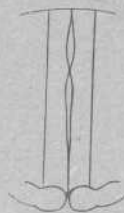


FIG. 32. — Aspecto esquemático de las cuerdas en la paresia y en los casos de diftonía.

igualmente se observa la ondulación de las cuerdas en la parálisis de los tiro aritenoideos. Es preciso, sin embargo, notar que existen espacios libres y que, al nivel del punto en que se yuxtaponen las cuerdas, fórmanse verdaderos nodos de vibración. Las cuerdas vocales parecen, por decirlo así, distendidas de delante atrás; parecen pequeñas, teniendo su borde libre mal tendido y sinuoso. La glotis afecta una forma irregular, extendiéndose desde la comisura anterior de las cuerdas hasta la porción cartilaginosa aritenoidea.

Si el músculo está simplemente parésico, la voz es diftónica: existe como una doble glotis, de las que la una (anterior) es, generalmente, más pequeña que la otra. El punto de contacto de las cuerdas vocales se realiza lo más á menudo en el tercio anterior y, á veces, en el tercio

posterior. En el momento de la inspiración, cuando las cuerdas vocales se separan, parecen recubiertas, en su punto de contacto medio, de dos pequeñas mucosidades, muy á menudo adherentes á este nivel. Sin embargo, después de la limpieza del borde libre de la cuerda, podrán verse todavía persistir lo que el Dr. Wagnier llama *nódulos*; es decir, pequeños relieves simétricamente colocados, y que tienen el aspecto de dos pólipos pequeñísimos que afectan apenas el volumen de una *diminuta* cabeza de alfiler.

En estos casos encuéntrase constantemente las cuerdas vocales deslustradas, parduscas, alguna vez rojas ó rosadas, otras veces lisas, como despojadas de su capa epitelial, y por medio de un potente alumbrado (luz de Drummond), percíbense con toda claridad vasitos que surcan la superficie de las cuerdas y que se dirigen paralelamente á ellas. Especialmente en los cantantes fatigados y en los profesores, en una palabra, en los individuos que hayan usado y aun abusado de su voz, se comprueba este estado especial de las cuerdas con los nódulos á que acabo de aludir, y que juzgo ser la consecuencia de una falta de tensión en las cuerdas, consecutiva á la paresia de los tiro-aritenoideos.

Las modificaciones de la voz que corresponden á estas lesiones son absolutamente variables. Si la aproximación de las cuerdas se verifica por delante, el sonido grave es el más claro; si es por detrás, prodúcese el contrario. La difonía es un síntoma frecuente, pero á veces se hace preciso buscarle.

Sucede con frecuencia que se encuentra asociada á la parálisis de los músculos tiro-aritenoideos, la de los músculos transversos. También he tenido ocasión de señalar en el Congreso de Toulouse dos hechos de este género, en los que las parálisis habían sido consecutivas á laringitis catarrales agudas. Entonces se ve sobrevenir una afonía completa, que es preciso atribuir á la abertura de las dos glotis, cartilaginosa y ligamentosa.

No es raro, en los casos de parálisis de los músculos tiro-aritenoideos, ver, con ocasión de los esfuerzos fonatorios, producirse una yuxtaposición casi completa de las bandas ventriculares; he aquí una causa de error para ciertos prácticos que se creen tener delante una hinchazón edematosa de las falsas cuerdas. Gottstein cita en su libro dos casos semejantes, donde la intervención terapéutica fué inoportuna por completo, porque se practicaron inhalaciones, cauterizaciones, etc., que, naturalmente, no fueron seguidas de resultado alguno, cuando un tratamiento racional produjo, por el contrario, la curación. Sin embargo, bastará señalar esta causa de error, para que hagamos por evitarla.

DIAGNÓSTICO. — Con la ayuda del laringoscopio, es posible, casi siempre, determinar las causas de la ronquera. La parálisis de los tiro-aritenoideos podrá confundirse con la de los crico-tiroideos, pero en estos últimos casos no se observan los nódulos de que acabo de hablar, viéndose una verdadera ondulación de las cuerdas, cuyas sinuosidades están más ó menos pronunciadas; el color de las cuerdas es más normal cuando el crico-tiroideo es el único atacado; además, existen entonces desórdenes por parte de la sensibilidad de la mucosa laringea. La voz está más alterada si están lesionados los tiro-aritenoideos. Por consiguiente, por ese mismo hecho de la manera como se verifica el contacto de las cuerdas vocales, se puede deducir la parálisis de los crico tiroideos, ó bien, por el contrario, la de los tiro-aritenoideos. En cuanto al pretendido edema ó hinchazón de las bandas ventriculares, puede reconocerse practicando el examen durante la respiración tranquila, para percibir las cuerdas en su verdadero aspecto.

No insistiré en el diagnóstico con los demás desórdenes musculares de la laringe, porque presentan particularidades muy claras y muy salientes que la diferencian de la que acabamos de estudiar.

Mas, frecuentemente, la parálisis del ó de los tiro-aritenoideos pasará inadvertida, si no se fija la atención en este punto ó si no se practica seriamente el examen laringoscópico durante la fonación y durante la respiración. Agregaré que las roturas musculares se reconocen por signos muy claros, sobre los cuales he insistido suficientemente.

PRONÓSTICO.—La parálisis de los tiro-aritenoideos ofrece, por punto general, un pronóstico poco grave. Hácese, sin embargo, más sombrío cuando se trata de personas para las que la voz puede considerarse como un medio profesional. Así es que en los cantantes, la voz se cansa pronto, pierde su timbre, su pureza y hasta su sonoridad, y agravándose semejante estado, se ve el artista muy pronto obligado á renunciar á su profesión. Únicamente las parálisis que yo llamaría inflamatorias ceden con rapidez al tratamiento, sin dejar ningún vestigio detrás de sí, con la condición, sin embargo, para el cantante, de no volver á ejercer el oficio que exige á su laringe.

En cuanto al tratamiento, me limitaré á decir que el reposo más absoluto del órgano es, desde luego, el punto esencial. Si la causa del mal es conocida, habrá que combatirla con los medios apropiados. Por lo que concierne al tratamiento de la parálisis, nos ocuparemos al final de estas lecciones, en este conjunto de trastornos musculares, lo que nos evitará inútiles repeticiones.

bado que, casi siempre, se hacen de fuera á dentro. Las punturas de esta clase son sumamente raras, lo que se explica diciendo que, con frecuencia, tales heridas pasan inadvertidas, ó bien porque el que quiere suicidarse transforma en instrumento cortante la punta de que se sirve para hacer la primera herida. Así es que, en una observación que Laugier refiere, hundió un demente en su laringe la punta de un acerado cortaplumas, elevándolo después en todos sentidos, de forma que dividió en ocho partes el cartilago tiroides.

La dirección de las lesiones es variable; en efecto: pueden ser longitudinales, transversales y oblicuas. Á la primera categoría pertenecen las heridas quirúrgicas que de ordinario se practican en la línea media del órgano ó muy próximas á él. Las demás variedades se ven en los casos de suicidio ú homicidio, y pueden explicarse por el movimiento instintivo que el sujeto realiza llevando el cuchillo un poco lejos para producirse una herida de mayor longitud. Estas últimas están hechas generalmente de un modo franco y de un solo golpe de delante atrás, y como los individuos cuidan de proveerse de un arma bien afilada, se producen una incisión ancha, de bordes perfectamente limitados. El arma se dirige comúnmente de izquierda á derecha, á excepción de cuando el golpe se ha hecho por un zurdo ó del que se sirve de la mano izquierda. Cada extremidad de la herida puede no estar en el mismo plano, si el instrumento se cogió por la punta ó por el mango. Puede suceder asimismo que los bordes sean dentados, lo cual indica que el cuchillo obró á modo de sierra, ya por cortar poco, ya porque se manejó con rabia y mano insegura.

Cuando la herida laringea se produce por arma de fuego, compréndese que vaya acompañada por grandes destrozos. Así, en el *Army Medical Museum* se encuentran cuatro piezas que presentan las particularidades siguientes: en la primera, el proyectil quedó enclavado en la parte superior del cartilago tiroides; en la segunda, una bala de pistola hirió la epiglotis, atravesando el cuello sin tocar vaso alguno, ni nervios importantes de la región; en la tercera, una bala atacó la porción superior y anterior del cartilago tiroides y fracturó el húmero, y en la cuarta, finalmente, una bala rompió desde luego el maxilar inferior izquierdo, atravesó después la membrana hio-tiroidea é hirió la epiglotis.

Reynaud refiere un caso en que aumenta el interés por el procedimiento de que se echó mano en la tentativa de suicidio. Tratábase de un monedero falso, quien, después de haber asido con la mano izquierda y atraído la laringe hacia delante, hundió por detrás y á la derecha de la laringe la hoja de un bisturí, cuyo corie miraba hacia delante. El corte recayó en la cara anterior de la faringe, la cara posterior del cricoides y las laterales, inmediatamente por debajo de los cuernos