

ENFERMEDADES

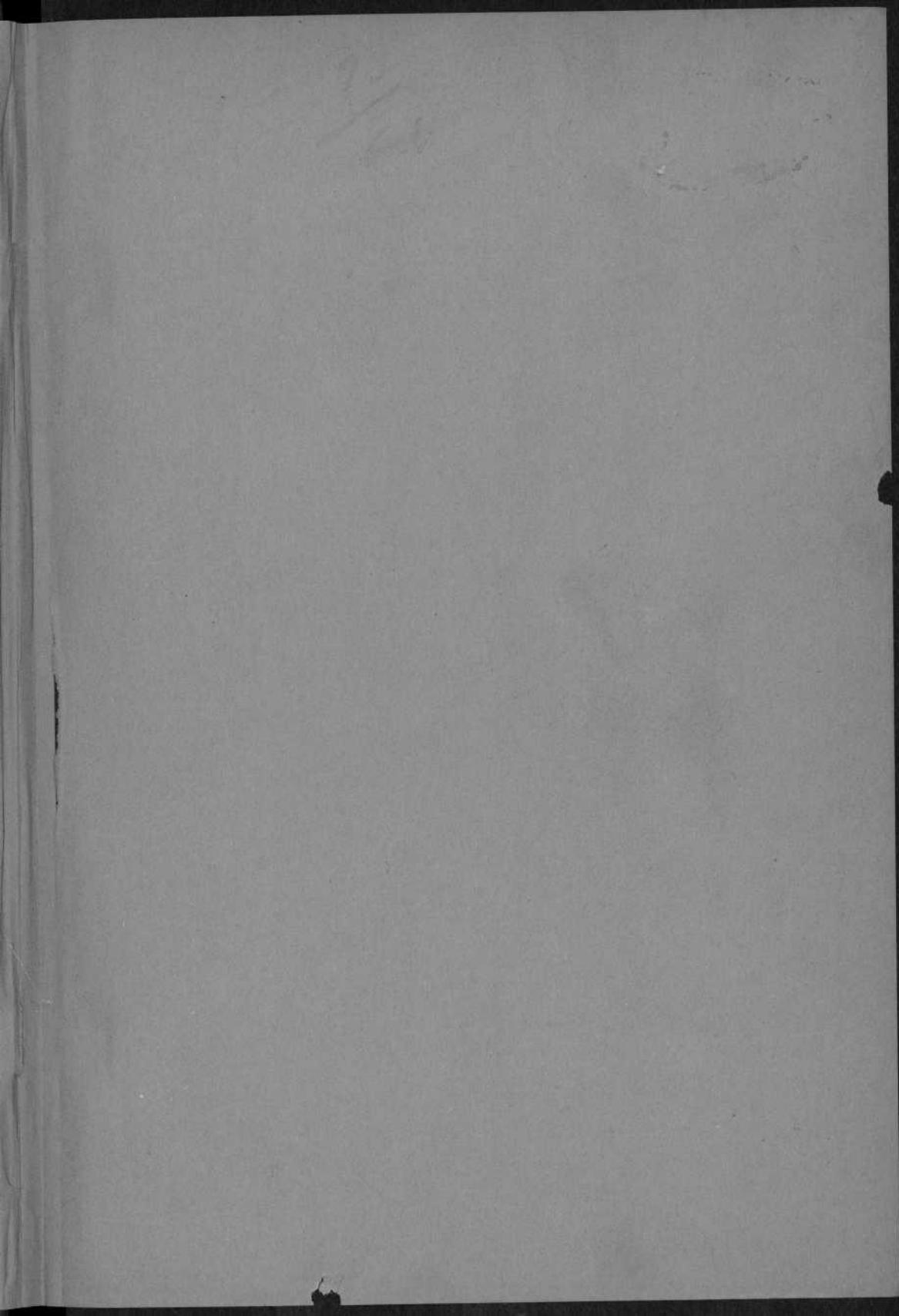
DE LA

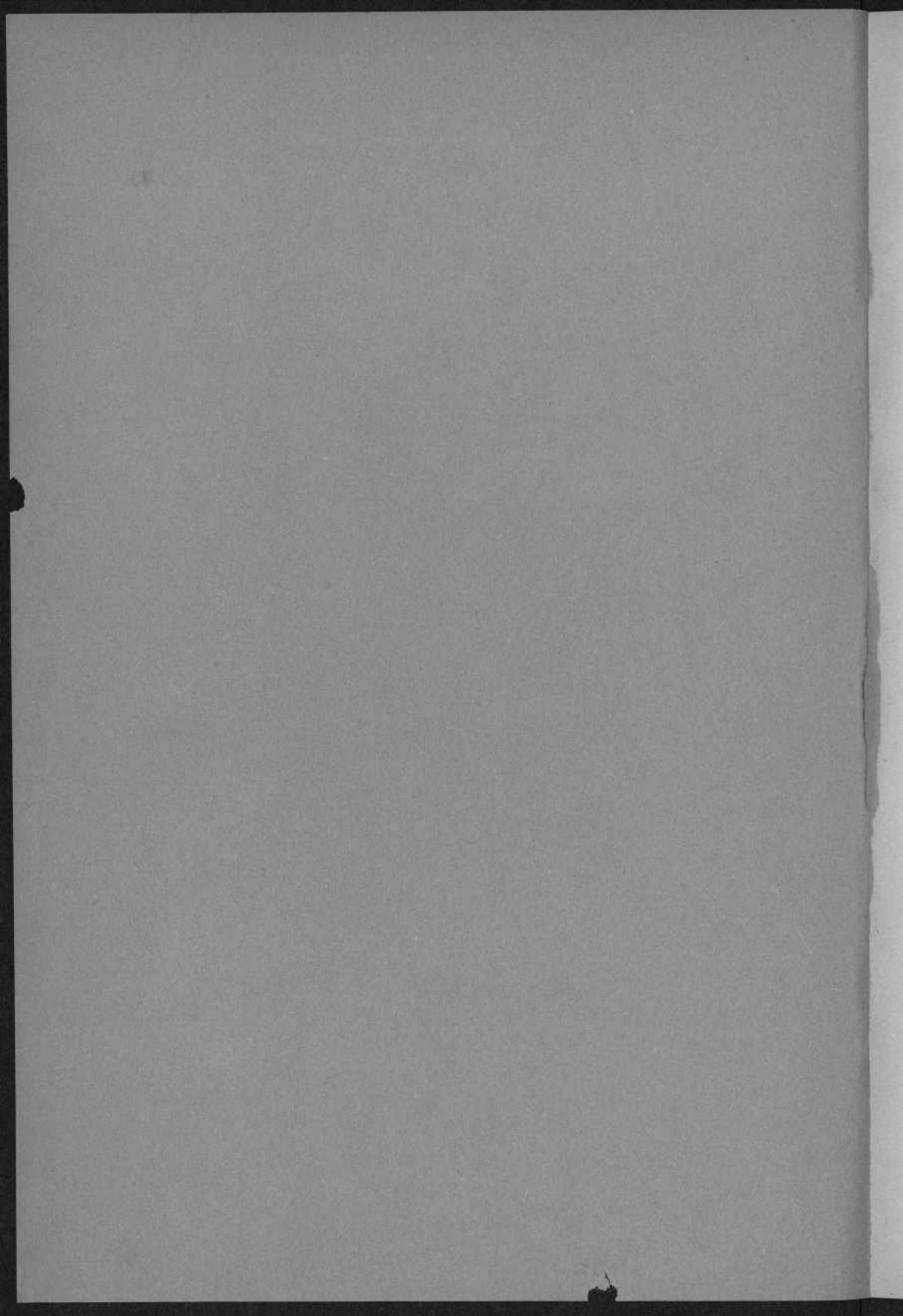
Garganta y fosas nasales

Tomo I

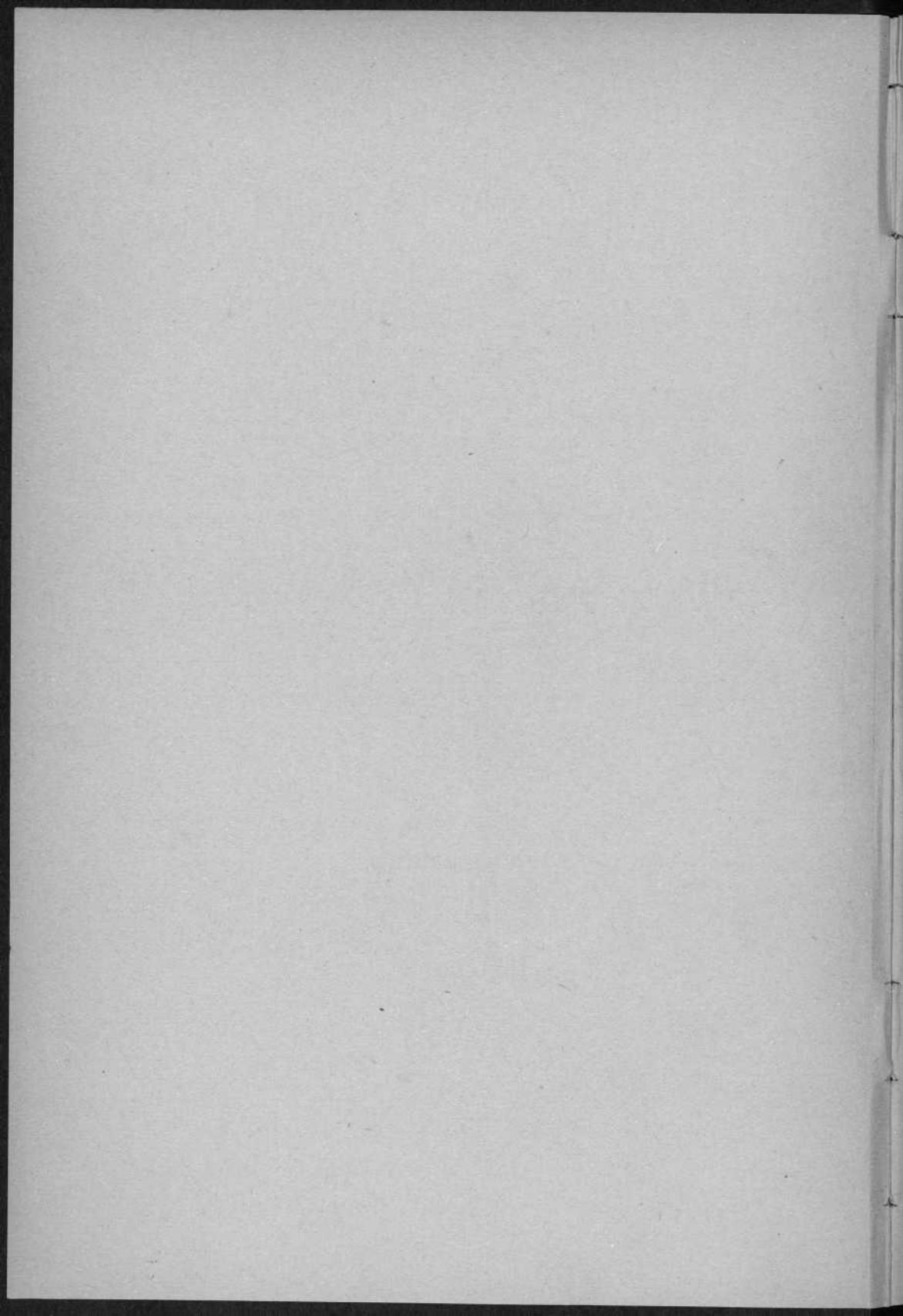
751

14781
~~14781~~





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



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.

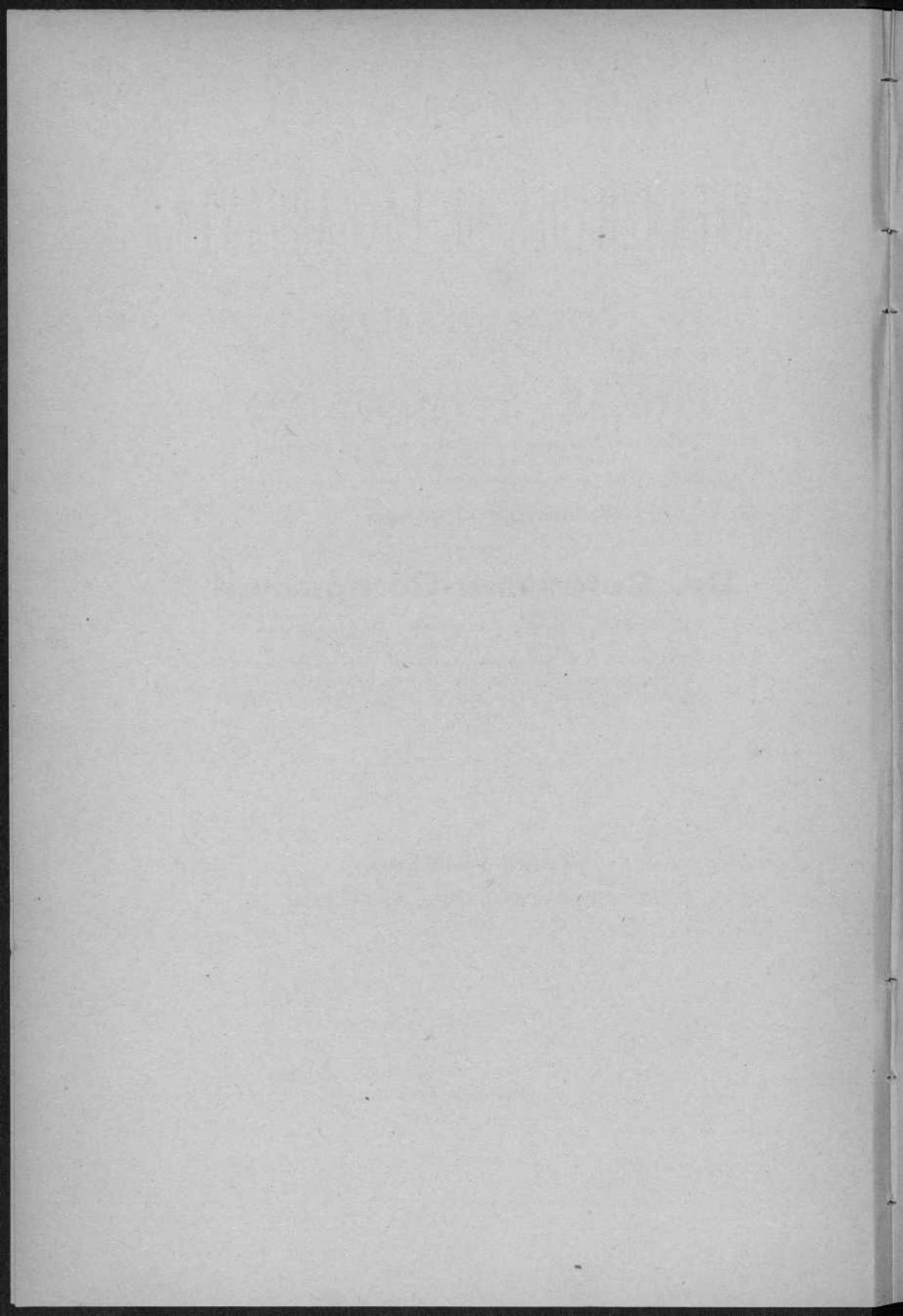
TOMO PRIMERO

Con numerosas figuras en el texto.



MADRID
IMPRESA DE ENRIQUE TEODORO Y ALONSO
Amparo, 102 y Ronda de Valencia, 8.
Teléfono número 552.

1896



Burdeos, 19 de Julio de 1895.

Sr. Dr. C. Compaired.

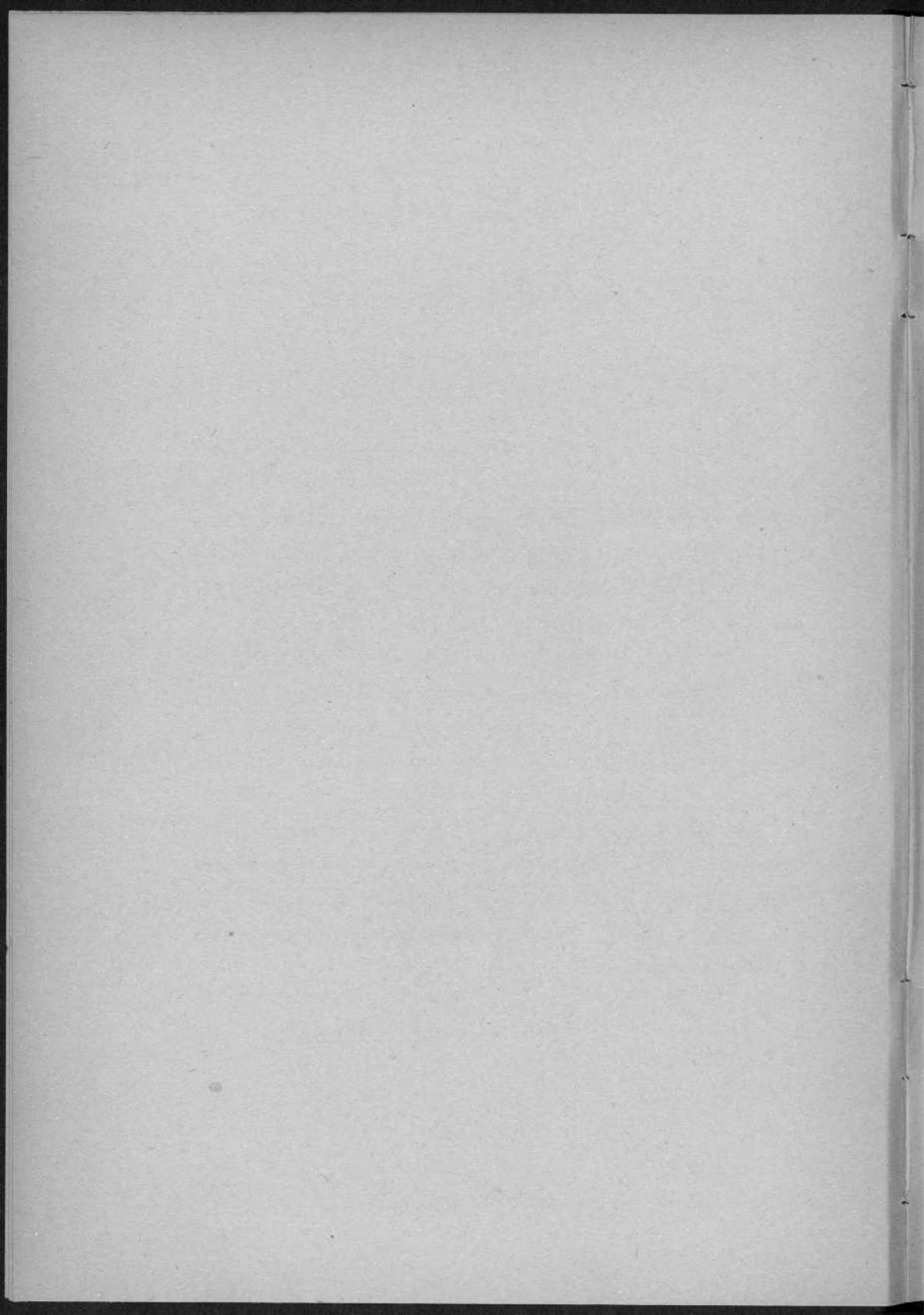
Mi querido compañero: Grande es el placer que experimento, al ver que un práctico tan eminente como usted haya emprendido la traducción al español de mis LECCIONES SOBRE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINGE, y de la segunda edición francesa de mi MANUAL DE ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES Y DE LA CAVIDAD NASO-FARÍNGEA.

Estoy convencidísimo de que ambos libros, presentados bajo los auspicios de usted, han de recibir la mejor acogida en el país de la lengua española, porque sus numerosos trabajos personales sobre estas ramas especiales de la Medicina, son una segura garantía del éxito de vuestra traducción.

Al efecto, le estoy altamente agradecido, pero de todo corazón, por haber comenzado un trabajo tan largo, tan arduo y tan delicado, como el que usted se ha impuesto.

Recibid, querido doctor, la expresión de mis sentimientos más distinguidos.

Dr. E. J. Mouré



PREFACIO

Desde hace *dieciocho años* viene publicando *El Siglo Médico* una escogida BIBLIOTECA de todas las ramas de la Medicina, especiales y generales, la cual ha alcanzado notorio prestigio, merced á la prudente y acertada elección de las diferentes obras que la constituyen.

Faltaba, sin embargo, en ella un libro que se ocupase en el estudio de las enfermedades de la garganta y de las fosas nasales, pues el único vertido al español, en la primera de estas especialidades, el del Dr. Morell-Mackenzie, de todos conocido, habíase anticuado y resultaba algún tanto deficiente. He aquí, pues, el motivo de esta obra.

No entra en mi ánimo hacer oficios de *portero de libros*, escribiendo un prólogo encomiástico. Si vale ó no el libro, ya lo dirá el lector. Pero lo que no sabrá, ni aun después de leído, si yo no se lo digo, es el *porqué* de haber cambiado el título de la obra original, y de haber agrupado dos en una sola. Y eso es lo que brevemente voy á explicarle.

Deseando dar á la estampa una obra de enfermedades de la garganta y de las fosas nasales, y no encontrando otra más práctica, más moderna, ni más adecuada que la del Dr. Moure, nos decidimos por ella, pero agrupando sus dos libros en una obra única. Surgía otra dificultad, y era que uno de ellos,

titulado *Lecciones sobre las enfermedades de la laringe*, limitaba sus estudios á sólo este órgano, y nuestro propósito era abarcar á la vez los de la faringe, con lo cual se completaba, en sentir nuestro, el estudio de esta especialidad, puesto que así comprendíamos toda la patología del primer tramo del árbol aéreo, esto es, *fosas nasales, faringe y laringe*. ¿Qué hacer, pues? Llenar este hueco con notas, y de este modo, de los libros del Dr. Moure, aparecidos en épocas distintas, hacer una obra completa, en el idioma español, de ENFERMEDADES DE LA GARGANTA Y DE LAS FOSAS NASALES.

Pero, entiéndase bien, mi propósito no es otro sino adicionar *notas*, y nada más que notas, no disertaciones, respecto de los citados puntos que he creído debía añadir ó ampliar.

Así lo hemos hecho, en lo referente á la patología de la faringe y amígdalas.

También intercalamos algunas otras en varios capítulos, por creerlas de utilidad para el público médico, preferentemente para el que no se dedica de un *modo exclusivo* á estas especialidades. Todas ellas llevan como *sello de fábrica* mi firma; sin embargo, bien pronto las diferenciará el lector. Ruegole pase por alto el escasísimo mérito que encierran, en obsequio al deseo que me animó al escribirlas, que, repito, sólo fué el de completar ó aclarar, teniendo para ello en cuenta, ó lo mucho que incesantemente se publica en libros y periódicos extranjeros de Laringología y Rinología, ó lo que mi práctica me aconseja y me ha hecho aprender.

Si lo he conseguido, me daré por archisatisfecho.

Dr. Celestino Comhaird

INTRODUCCION

Escasamente habrán transcurrido siete lustros y medio, desde que la laringoscopia conquistó un puesto honroso al lado de sus hermanas mayores, la otología y la oftalmoscopia, siéndonos preciso reconocer que hacía largo tiempo éramos tributarios del extranjero en esta materia, ya que durante más de quince años las traducciones de las obras inglesas y germanas constituían casi nuestro único bagaje literario en tan importante ramo de la Ciencia. Para oponernos á la tendencia de pedir prestado lo que ya teníamos en casa, tendencia á la que sucumbimos en los albores de nuestra práctica profesional, di á luz las lecciones que he explicado estos últimos años en la Facultad de Medicina de Burdeos. Al objeto de presentar un libro de las enfermedades de la laringe, reúno los resultados de mis doce años de práctica, insistiendo por modo preferente en la parte clínica de cada dolencia.

Ante todo, he querido hacer un libro útil para los médicos enciclopedistas que tropiezan diariamente con las dificultades de la práctica, y no siempre saben discernir cuál es lo provechoso ó lo perjudicial para determinadas afecciones del órgano vocal.

También he creído deber poner en mi obra la imagen típica ó el tipo de algunas lesiones laríngeas, la forma de los instrumentos especiales que en Laringología se utilizan, y las fórmulas que me han suministrado resultados satisfactorios en ciertas manifestaciones morbosas de la mucosa laríngea.

Con idéntico fin, precede á cada lección un sumario en el cual encontrará el lector un sucinto resumen, una especie de esquema de la lección entera y del modo que se expone.

Si presento muchos capítulos bajo una forma especial, ó si describo algunas laringopatías, mal comprendidas hoy día, es para insistir en su estudio. El lector me dispensará de buen grado ciertas digresiones científicas, ya que algunas son necesarias, dada la importancia del asunto; tales son, por ejemplo, la laringitis edematosa aguda; la exposición del coriza atrófico (ocena) y de la faringitis seca, que preceden al estudio de la enfermedad que se describe con el nombre de laringitis seca; los diversos modos de tratar la tuberculosis laríngea; la discusión sobre las parálisis y las contracturas de los músculos de la laringe, así como sobre la existencia de un centro cortical, etc., etc.

He juzgado conveniente hacer en la lección primera un estudio previo sobre la importancia de la laringoscopia y los servicios que puede prestar. Elimino á propósito la anatomía de la región vocal, que explican con más ó menos detalles los libros clásicos, reservándome sólo exponer con brevedad la fisiología muscular de la laringe, al emprender el estudio de las parálisis. Me ha parecido natural hacer entrar las hemorragias laríngeas en los desórdenes de la circulación, en vez de describirlas con el nombre de laringitis hemorrágicas, como algunos autores lo han hecho.

Igualmente, con motivo de los trastornos vocales consecutivos á la inflamación catarral aguda de la mucosa vocal, admito desórdenes musculares particulares, sobre los que la atención se ha detenido poco hasta el presente.

Aceptando las modernas ideas sobre la escrófula, considero el lupus de la laringe como una forma de laringitis tuberculosa, con bacilos raros. Finalmente, he pensado, á propósito de los espasmos, deber adoptar una división, nueva en mi sentir, á fin de exponer más clara y, por lo tanto, más fácilmente, su estudio.

Para comprender mejor las diferentes fases de cada dolencia, el encadenamiento de las subdivisiones que cada una puede presentar, y especialmente para comunicar á este estudio una conexión más íntima, he reunido muchas lecciones bajo el mismo capítulo.

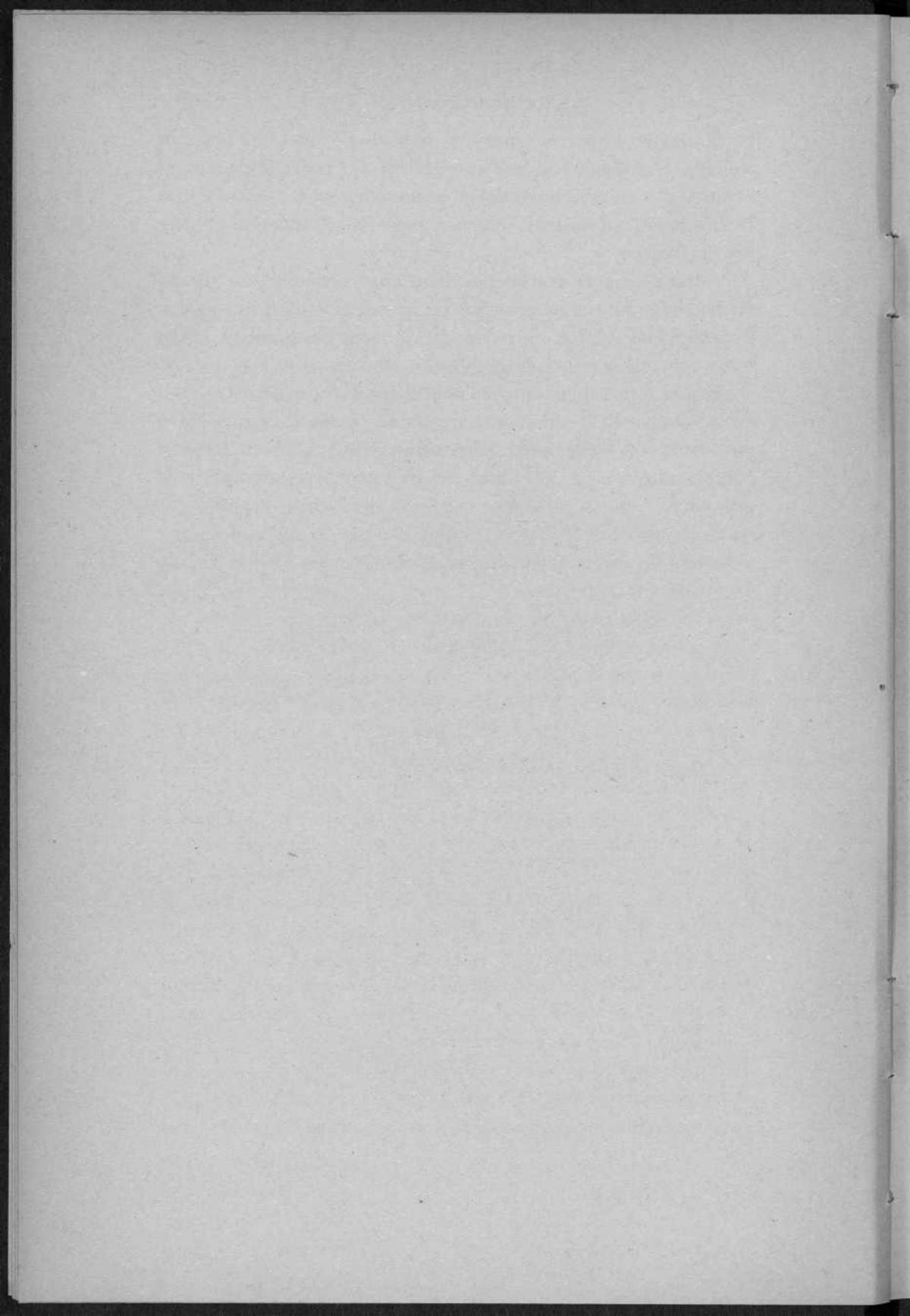
Si alguna vez me encuentro en contradicción con las opiniones recibidas ó expuestas en las obras clásicas de Patología, fundo mi modo de ver en el examen del enfermo, en la observación de los hechos y en los resultados obtenidos por los diversos tratamientos empleados.

Antes de concluir estas consideraciones, debo dar las gracias al Dr. M. Natier, mi antiguo jefe de clínica, por el exquisito cuidado que ha puesto en la redacción de estas lecciones, y por su celo en conducir el presente trabajo á término feliz.

Estaba tirada ó puesta en prensa gran parte de este libro, cuando se presentó en nuestra localidad la epidemia que había recorrido toda Europa; me refiero á la *grippe* ó *influenza*. Observé entonces tan considerable número de complicaciones típicas de esta plaga, que me pareció útil agregar una lección especial que ha revisado el Dr. M. Lacoarret. La he colocado al final de este volumen, á continuación de las complicaciones de las fiebres eruptivas.

Dr. E. J. Mouré.

Burdeos, 15 de Abril de 1890.



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

Importancia de la laringoscopia.

Sumario. — Importancia del laringoscopio en Medicina general, basada en la situación anatómica del órgano vocal. — Principales aplicaciones del laringoscopio; su utilidad para establecer el diagnóstico de muchas afecciones de los órganos vecinos ó de lesiones más distantes (enfermedades del cerebro, de la médula, etc.). El espejo laríngeo es indispensable para reconocer y tratar todas las enfermedades del órgano de la voz. — Sirve para sentar las bases de la traqueotomía.

Antes de entrar de lleno en el estudio de las enfermedades de la laringe, me creo en el deber de demostrar la importancia que para todo médico práctico entraña saber manejar el espejo laringoscópico. Se hallan, efectivamente, en la laringe, al igual que en los demás órganos de la humana economía, cuestiones arduas que resolver, operaciones delicadas que habrán de ejecutarse, que exigen una práctica de todos los días, existiendo, por otra parte, ciertos puntos de Patología general, que únicamente podrán resolverse á beneficio del examen laringoscópico; motivos bastantes son éstos para que se deba saber manejar el espejo y adquirir la necesaria experiencia, á fin de poder llegar á este resultado.

Si se recuerda bien la situación de la laringe en la región media anterior del cuello, y sus relaciones por la parte superior con las primeras vías digestivas y la pared inferior de la faringe; por detrás, con el esófago; en los lados, con el cuerpo tiroides, la carótida primitiva, la yugular interna y el pneumo-gástrico; por abajo, con la tráquea, y por su intermedio con los ganglios del cuello y los del mediastino; y si se tiene presente en la memoria el trayecto que los recurrentes ó nervios motores de la laringe recorren, el derecho que cruza la subclavia y el izquierdo que pasa por el cayado de la aorta, comprenderáse

con facilidad que en el órgano vocal puede repercutir una lesión, á veces de mínima importancia, de las partes que acabo de mencionar.

Supongamos, en efecto, y para poner un ejemplo, que se nos presenta un enfermo con disfonía, afonía, ó una tos seca y por accesos: practicamos el examen del pecho y no encontramos signo alguno que con claridad nos proporcione la clave para que podamos descifrar los fenómenos observados: con la laringoscopia, por el contrario, comprobaremos una parálisis de la cuerda vocal izquierda inferior en posición vocal (adducción) ó cadavérica, y en seguida pensamos en una lesión del recurrente en su trayecto. Los casos de aneurisma de la aorta ó de tumores del mediastino diagnosticados gracias al examen laringoscópico, cuando ni remotamente se pensaba en esta afección, hanse hecho actualmente muy numerosos en la Ciencia y teniéndose por hechos clásicos.

Para diagnosticar no se necesita que haya trastornos vocales, porque muchas veces acontece, siempre según algunos autores dicen, que al principio, la cuerda paralizada se halla en la línea media en posición vocal, y la tos, que con más ó menos accesos acomete, es el único síntoma de que el enfermo se queja. En este caso todavía, el espejo resuelve todas las dudas y despeja la cuestión de compresión del recurrente.

Esto, que se relaciona con los aneurismas de la aorta, puede asimismo decirse de los ganglios y de los tumores de la región cervical ó del mediastino. Me ha sucedido practicar un examen laringoscópico, el cual me hizo concebir la idea de un tumor del mediastino, y, sin embargo, no acusaba el enfermo ningún síntoma por esta parte, toda vez que sólo se quejaba de una simple ronquera. Los hechos vinieron á darme la razón porque, un poco más tarde, confirmó la hipótesis el tumor, al salir por encima del esternón. Igualmente, ciertas induraciones del vértice del pulmón derecho no se manifiestan en los comienzos más que por síntomas de compresión, observados en la cuerda vocal correspondiente.

En los niños no es raro encontrar dificultad respiratoria, un verdadero cornaje laríngeo continuo, análogo al del crup, que no se sabe á qué causa atribuir. Se podrá también alguna vez pensar en la existencia del crup ó de un edema de los repliegues ari-epiglóticos, cuando el examen laringoscópico acusa una parálisis de los músculos abductores con todos los desórdenes dispneicos sintomáticos de esta lesión. En tales casos, es de importancia suma formar un diagnóstico exacto del que emanarán la prognosis y el tratamiento. Si se trata, efectivamente, de un simple infarto ganglionar, las medicaciones interna y externa bastarán para que el mal desaparezca, sin que tenga que recurrirse á una operación sangrienta; lo mismo que si la dispnea es

de naturaleza inflamatoria, el examen del órgano establecerá la terapéutica que habrá de plantearse.

En los tumores del cuello, bocios, neoplasmas malignos con adherencia de los recurrentes, tumores que compriman el esófago, etc., el laringoscopio nos pondrá de manifiesto si los nervios laringeos participan ó no en el proceso morboso; de aquí, la mayor prudencia en la extirpación de estos tumores, si se quieren evitar peligros á los nervios importantes que se alojan en las partes enfermas.

Si de cuerpos extraños se trata, la exploración con el dedo, antes y todavía aconsejada por algunos autores, puede constituirse en manantial de muy graves accidentes, tales como accesos de sofocación, que pueden arrebatarse al enfermo. Imprudentemente colocado el dedo en la pared posterior de la garganta, puede desalojar el cuerpo del delito, hacerle penetrar en las vías aéreas si no está más que en la entrada, ó hacerle franquear el orificio de la glotis, si todavía se encuentra encima de las cuerdas vocales: fecundo manantial de peligros sobre cuya transcendencia no tengo necesidad de insistir. Por el contrario, con el laringoscopio no sólo será mucho más fácil comprobar el cuerpo extraño, sino que se podrá dar cuenta de su forma, de sus dimensiones, de su posición, de su alojamiento en una cavidad, etc., y esto sin hacer correr al enfermo el menor peligro.

El diagnóstico de las afecciones centrales puede también á veces dilucidarse á beneficio del examen laringoscópico, en tanto que, en otras ocasiones, puede predecirse con el espejo la ulterior aparición de trastornos generales. Así se comprende que los Dres. Féréol, Charcot, Krishaber, Cherschewsky — y éste último en un trabajo publicado en la *Revue de Médecine* en 1881 —, hayan podido citar casos de ataxia, cuyas primeras manifestaciones sintomáticas se habían desarrollado en la laringe, traduciéndose por sofocación, tos nerviosa, etc. En trece observaciones que el Dr. Cherschewsky refiere, nueve veces existían parálisis de una ó de otra cuerda vocal, que fueron comprobadas directamente.

Cierto es que debemos guardarnos de toda exageración; pero no es menos verdad que deben recordarse estos hechos, si se quiere oportunamente diagnosticar y especialmente evitar desagradables sorpresas.

En el mismo orden de ideas, podemos colocar el histerismo. Con frecuencia, se presentarán al examen mujeres, jóvenes sobre todo, que repentinamente habrán perdido el uso de la palabra. Guardémonos de creer en una tisis laringea bajo el fútil pretexto de que la enferma está afónica, de que experimenta disfagia dolorosa—dice ella—, de que aparece fatigada, abatida, y hasta enflaquecida; porque, si el órgano vocal se reconoce, se encontrará simplemente una parálisis de un grupo muscular ó de un músculo tan sólo, con integridad de la

mucosa. El resultado de este examen sencillo consiste en comprobar la existencia de una neurosis general, cuya primera manifestación se ha revelado en la laringe. Tales hechos no son raros en absoluto, y hay que recordar que aquí el error sería tanto más funesto, cuanto que un compañero más experimentado, y con una sola sesión de electricidad, podría devolver inmediatamente la palabra á una enferma desahuciada sin remedio. He aquí pormenores cuya importancia no debe desconocerse, porque de su exacta interpretación puede depender el éxito al principio de la carrera.

En 1863, Ch. Fauvel citó en el Congreso de Rouen casos de enfermedad de Bright, en los cuales había visto al edema principiar por la laringe. El análisis de las orinas demostró que este edema blanco, intermitente, que invadió los repliegues ari-epiglóticos, era de naturaleza albuminúrica. Según este autor, Gibb ha citado igualmente otros casos de mal de Bright con edema de la laringe; pero es justo añadir que en 1.200 brighticos que pudo examinar Morell-Mackenzie, no encontró, según dice, más que uno solo con edema laringeo.

No concedemos al examen laringoscópico el mismo valor en las fiebres eruptivas: sarampión, viruela, erisipela, etc., porque este examen, por lo demás muy difícil á causa del estado general del enfermo, no ofrece interés más que en algunos casos especiales, cuando los trastornos laringeos toman desusada importancia.

Por lo que antecede, creo haber indicado bastante de cuánta utilidad podrá ser el espejo laringeo en ciertas afecciones que tienen su principal asiento por fuera del órgano de la voz; pero no se limita á esto mi tarea, y debo, sobre todo, mostrar la importancia del laringoscopia en los efectos laringeos propiamente dichos.

Un síntoma que casi constantemente se encuentra en las enfermedades propias de la laringe es la disfonía ó la afonía. Es de toda evidencia que, con uno de estos síntomas, puede experimentarse un muy legítimo embarazo para formular un diagnóstico preciso. En efecto: del mismo modo que un simple neoplasma benigno puede ocasionar disfonía, puede ésta reconocer por causas una multitud de lesiones, tales como ulceraciones laringeas (forma de disfonía muy particular), cicatrices que interesen tanto la laringe como el esófago, y recíprocamente, adenitis, parálisis y contracturas. Frecuentemente asociada á la afonía ó á la disfonía, vemos también producida la disfagia, ora por un tumor, ya por desórdenes de la movilidad ó de la sensibilidad, ó bien por ulceraciones ó cicatrices. ¿Cómo reconocer tales lesiones sin el auxilio del laringoscopio? No basta plantear el problema para resolverlo, y no creo exagerar si digo que, sin el espejillo, es imposible hacer el diagnóstico de una afección laringea sin caer en groseros errores. Así, vemos tratar como una laringitis crónica ó diatésica, un enfermo de pólipos

de una de las cuerdas vocales, ó bien otros hechos del mismo género que no puedo señalar al por menor.

Antes de concluir las afecciones que necesitan un examen laringoscópico, debo manifestar la utilidad del mismo en ciertos casos que pueden exigir la traqueotomía. Esta operación, una de las más peligrosas, si no la más formidable, que cabe al médico practicar, no debe hacerse á la ligera, y en los casos dudosos debe rodearse de todos los medios capaces de determinar su oportunidad por de pronto, y luego la manera como se ha de ejecutar. Nunca, fuera de la difteria bien comprobada, debe hacerse la traqueotomía sin el recurso del laringoscopio. El primer peligro á que expondríamos al enfermo, sería á traqueotomizarlo en una enfermedad que curaría sin intervenir. En segundo lugar, ¿en qué sitio de la tráquea conviene hacer la incisión? La cosa no es indiferente. Supongamos un enfermo, con todo el cuadro de síntomas que necesita una traqueotomía, al que, sin examen laringoscópico previo, va á practicársele la operación renovada de Vicq D'Azir, la laringotomía inter-crico-tiroidea. ¿No puede suceder muy bien, que se caiga en un tumor situado en este punto é impida en absoluto la introducción de la cánula? ¿Qué hacer entonces? Comprendo el consiguiente embarazo en que se encontraría quien nunca hubiera practicado ó viera practicar la traqueotomía, y esto es muy suficiente para echar de ver la importante necesidad que hay de comprobar de antemano, tanto como sea posible, el estado del órgano vocal y de la región subglótica por medio del laringoscopio, que permitirá establecer los casos en que se pueda colocar la cánula en el espacio crico-tiroideo y los que, por el contrario, harán de todo punto necesaria una traqueotomía inferior.

Creo haber dado bastantes indicaciones sobre la importancia de la laringoscopia, para que tenga necesidad de insistir con mayor amplitud en consideraciones de un orden algún tanto general, pero que me ha parecido conveniente desarrollar como preámbulo del asunto.

Debo exponer ahora el programa que tengo intención de seguir, para el estudio de las laringopatías, en el decurso de esta obra.

En primer lugar, sin tener la pretensión de entrar en detalles profundos de anatomía y fisiología del órgano de la voz, me ha parecido, sin embargo, obligatorio reseñar á su tiempo, y á propósito de las parálisis, estos puntos fundamentales, cuyo estudio nos permitirá desde luego abordar con más fruto el concerniente al de los trastornos de la motilidad del órgano vocal.

Á continuación, y por más que la parte que se consagra á la patología de la laringe sea ya considerable por sí misma, nos será forzoso — en ciertas ocasiones — hacer algunas digresiones sobre las lesiones que pueden interesar la faringe, la tráquea y las fosas nasales, ya que

las relaciones que unen estos diversos órganos son tan íntimas en algunos casos.

Finalmente, proponiéndome, sobre todo, deducir consecuencias prácticas de cada capítulo, irán en pos de cada uno ejercicios capaces de familiarizar al lector con el estudio del laringoscopio.

Aplicación de la laringoscopia.

Sumario. — Descripción de los diferentes aparatos. — Espejos franceses y extranjeros. — Laringoscopia por refracción (método francés, Moura, Fauvel, Krishaber); por reflexión (método extranjero). — Luz de Drummond. — Luz eléctrica. — Examen de la parte posterior de la garganta. — Aplicación del espejo. — Diferencia entre los espejos franceses y los espejos extranjeros. — Dificultades y obstáculos al examen. — Auto-laringoscopia. — Traqueoscopia. — Imagen de la laringe y de la tráquea. — Maniobras y operaciones laringeas. — Laringo-fantasmas.

Sin tener intención de traer á la memoria la historia completa del laringoscopia, he de recordar, sin embargo, que si la introducción del espejo en la Ciencia no data más que de treinta años apenas, ya en 1743 el comadrón francés Levret pensó en examinar el órgano vocal con la ayuda de un espejo, si bien quedaron las cosas en igual estado, á causa de no obtenerse consecuencias prácticas de sus tentativas. Después de él, Bozzini, Cagniard de Latour, Babington, Bennati, Avery, etcétera, practicaron algunos exámenes por medio de aparatos complicados, pero el uso del laringoscopia no se generalizó. Á Liston y, sobre todo, á García (1835), profesor de canto en Londres, se atribuye generalmente la invención de tan precioso instrumento. Habiéndose servido de un espejo de dentista para examinar su propia laringe, asombróse de la claridad con que la vió y creyó deber comunicar sus impresiones á la Academia de la capital inglesa, que, por lo demás, no se dignó concederlas gran importancia. Más de veinte años después, en 1858, Türk (de Viena), ensayó igualmente ver el órgano vocal mediante un espejo colocado en el fondo de la garganta: pero, no habiendo perseverado en sus tentativas, abandonó semejante medio de investigación. Un poco más tarde, Czermack (de Pesth), una vez familiarizado con el empleo de este instrumento, recorrió toda Europa para enseñar cuán fácil era, á beneficio de su espejo, examinar la laringe humana. Los experimentos de este autor obtuvieron gran resonancia, y puede decirse que desde esta época data el período laringoscópico.

Entre Türk y Czermack entablóse la cuestión de prioridad, pero actualmente se encuentra perfectamente resuelta y debe admitirse que al último de los mencionados autores se debe la vulgarización del laringoscopio, si bien, en justicia, hay que reconocer que la idea primera pertenece á Türk. Los Dres. Moura-Bourouilhou y Ch. Fauvel hicieron las primeras aplicaciones en Francia.

El primero de estos últimos autores inventó también un laringoscopio de lente, del cual no fueron los instrumentos que más adelante se construyeron otra cosa que una sencilla modificación. Por su parte, Ch. Fauvel escribió en 1861 su tesis inaugural, sobre el laringoscopio y su empleo en Medicina. Desde esta época, no hay progresos que mencionar en la técnica laringoscópica.

El espejo ha quedado siempre como salió de las manos de los pro-

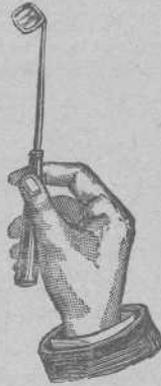


FIG. 1.ª—Posición de la mano y del espejo durante la laringoscopia (Moure).

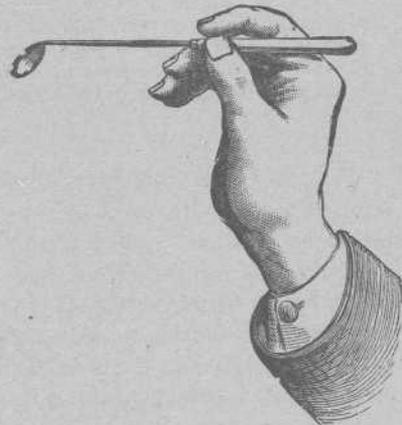


FIG. 2.ª—Posición de la mano con los espejos extranjeros.

motores del método. Sin embargo, conviene notar la manera importante cómo se colocó el espejo en el tallo que lo sostiene. En efecto: mientras que en el extranjero (Alemania, Austria, América é Inglaterra), el ángulo formado por el espejo redondo ú ovalado con su soporte es de 130 á 140°, el del espejo francés, cuadrado y de paredes cortadas, no tiene más que 95°, ó sea poco más ó menos colocado en ángulo recto en el tallo. De esta diferencia resulta que el espejo extranjero debe cogerse como una pluma de escribir, mientras que el nuestro, por el contrario, debe cogerse con los cuatro dedos por atrás y el pulgar delante, como lo indican las figuras adjuntas.

Procediendo de otro modo, nos expondríamos, al introducir el es-

pejo en la cavidad bucal, á frotamientos y roces que, por acción refleja, impedirían el examen.

Lo mismo que hay dos espejos, existen igualmente dos métodos de alumbrado, que podemos llamar, al uno, método francés, y al otro, método extranjero. El primero, que adoptaron los Dres. Moura, Fauvel, Isambert, Krishaber y algunos otros prácticos, consiste en el empleo de una lámpara provista de una lente plano-convexa, que enfoca los rayos luminosos en el fondo de la boca del paciente. Este procedimiento exige que se coloque una mesa estrecha sobre la que descansa el aparato de alumbrado, entre el paciente y el observador. Un guar-

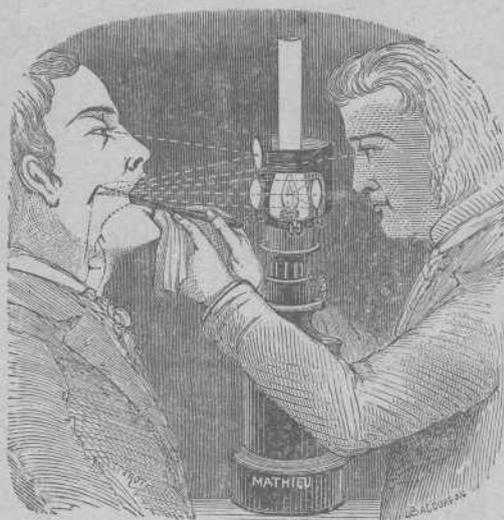


FIG. 8.—Laringoscopia (método francés).

dafuego preserva el ojo y el rostro del observador, que se halla, en este modo de examen, muy aproximado al foco luminoso. Se llama método por refracción, y está casi abandonado en nuestros días.

El segundo procedimiento, ideado por Türk y Czermack, es el que, poco más ó menos, se emplea hoy por la generalidad; posee la inmensa ventaja de ser mucho más sencillo y, por consiguiente, mucho más fácil su uso. Es el denominado por reflexión y consiste, como su nombre lo indica, en reflejar en la boca del enfermo con un espejo cóncavo de 14 á 18 centímetros de diámetro, los rayos procedentes de un punto luminoso tan fuerte como sea posible.

Al efecto, una lámpara de aceite ó de gas, provista de una lente plano-convexa, cuya superficie plana mira á la luz, constituye un alumbrado excelente para todos los casos.

Cuanto al espejo reflector, puede fijarse, bien á la lámpara por medio

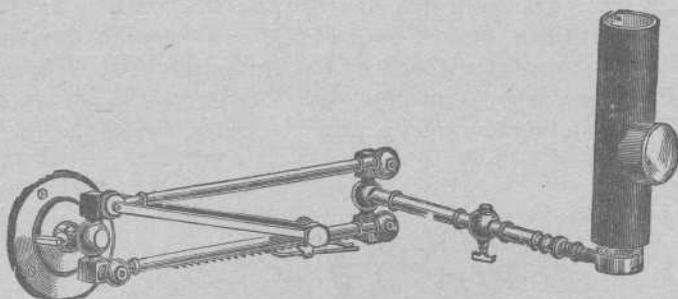


FIG. 4.ª—Aparato de alumbrado con cremallera, para lámpara de gas ó de aceite

de un tallo horizontal (Tobold), ora en la frente (Fournié, Johnson), ó ya delante del ojo, al que defiende del resplandor de la luz (Morell-Mackenzie, Lennox-Browne y la mayor parte de los especialistas).

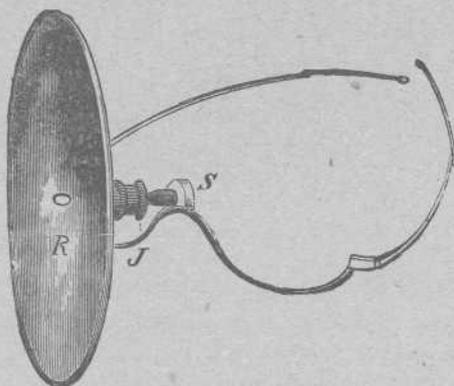


FIG. 5.ª—Espejo reflector con montura de anteojos.

Precisa añadir que una articulación de las llamadas de nuez permite que la luz gire en todos sentidos, cualquiera que sea el soporte sobre el cual se fija; venda frontal (Kramer, Duplay), ó ramas de anteojos (Semeleder, Morell-Mackenzie, Lennox-Browne, etc.).

El tercer procedimiento de alumbrado, empleado preferentemente para las demostraciones de los alumnos, se obtiene por medio de la luz de Drummond ó eléctrica, que, por ser más viva, da una más perfecta claridad.

El profesor Störck, de Viena, usa con este objeto un aparato que Türck recomendó antiguamente, y que consiste en un globo de cristal de 15 centímetros de diámetro, casi lleno de agua, y colocado delante de un foco luminoso; es la bola de los zapateros, aparato muy pesado y de difícil manejo, á la vez que muy distante de reemplazar á la luz oxidrica.

También yo hice construir igualmente un aparato de demostración



FIG. 6." — Fotóforo de Hélot.

provisto de un sistema de lentes, que permitía emplear la luz de gas ó de una buena lámpara Carcel; pero abandoné este método de alumbrado para la demostración, sustituyéndolo por la luz oxidrica ó la eléctrica, cuando ésta se puede usar más corrientemente.

Esto me conduce á hablar del laringoscopio eléctrico de Trouvé en Francia y de Leiter en Austria. En estos aparatos, el hilo de platino, colocado por debajo de un espejo laríngeo metálico, proyecta, al pasar la corriente, un haz luminoso intenso en la cavidad laríngea.

La única diferencia entre ambos aparatos consiste en un tubo refrigerante que derrama un hilo de agua, que Leiter colocó detrás de su espejo, para impedir que éste se calentara. De un empleo costoso y poco cómodo, habían sido casi abandonados, cuando el Dr. Hélot,

de R uen, presentó á la Academia de Medicina de Paris (17 Abril 1883) un fotóforo eléctrico, compuesto de una lamparita eléctrica, colocada en la frente del observador y que refleja un haz luminoso en la garganta del paciente.

Este instrumento, modificación muy ingeniosa de los aparatos de Leiter, Trouvé, etc., no puede usarse en la práctica por la delicadeza, gasto y trabajo que exige el empleo de la electricidad.

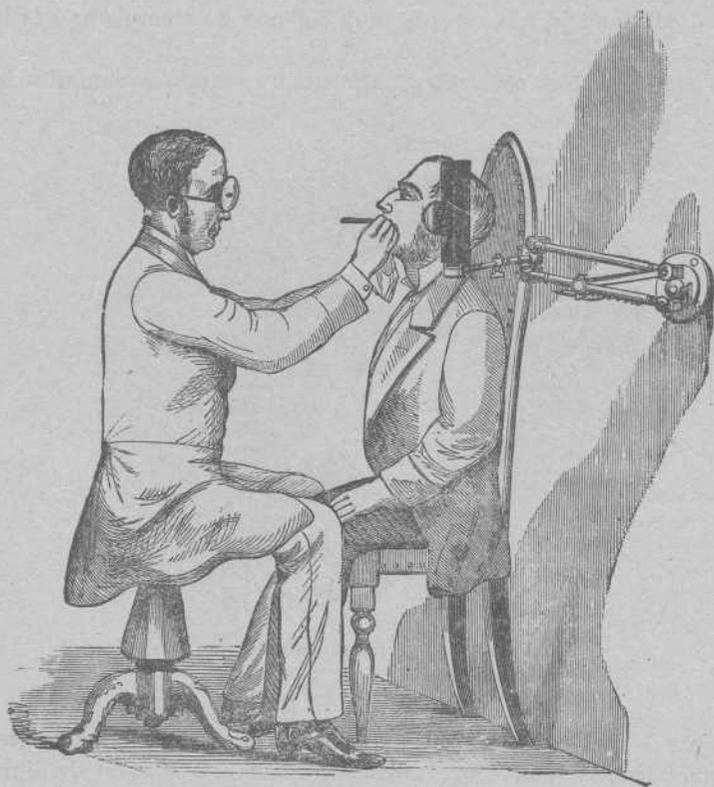


FIG. 7.^a — Examen laringoscópico (método extranjero). — Disposición de la luz, del observador y del enfermo.

Ahora que los lectores conocen los instrumentos que la laringoscopia requiere y las condiciones para practicarla con fruto, voy á dar algunas indicaciones acerca del manual operatorio propiamente dicho.

Principiaré por exponer la manera como convendrá proceder para examinar la garganta del enfermo, inspección indispensable que debe preceder siempre al examen de la cavidad laríngea. Estando el enfermo colocado enfrente del médico, le invita éste á que abra suave-

mente la boca sin levantar la lengua, que debe quedar adosada al suelo para que no dificulte el examen. Si estuviese de otro modo, podría, al comprimirla, producir reflejos, que imposibilitarían la exploración. Hecho esto, se dirige el haz luminoso al fondo de la garganta, y luego, tomando con la mano izquierda el depresor de la lengua, se conduce al tercio anterior ó á más de los dos tercios de este órgano, deprimiéndola entonces moderadamente. Si la lengua forma lomo, no convendrá deprimirla de una sola vez, sino fatigarla por medio de pequeñas compresiones, á las cuales concluye por ceder, detalles que, en verdad, no exigen insista mucho en ellos. Téngase cuidado de no hacer salir la lengua fuera de la boca y, además, de deprimirla demasiado, lo mismo que de llevar el depresor de este órgano al tercio posterior del mismo.

Aplanada é inmovilizada la lengua, queda la faringe al descubierto, pudiéndola ver entera, al mandar pronunciar la vocal *A*. Téngase entonces cuidado de no apresurarse á formular el diagnóstico, porque se cometerían errores de cuantía, ya que sucede que en el primer momento, y por la influencia del esfuerzo, puede presentarse una congestión puramente pasajera que no debe confundirse con una congestión patológica.

Llegamos ahora al examen laringoscópico, que comprende tres tiempos:

1.º Colocar bien al enfermo delante de un foco luminoso, en un asiento más bajo que el que el profesor ocupa y enfrente de éste; la cabeza echada hacia atrás; hacerle abrir la boca sin esforzarse, y coger suavemente entre el pulgar y el índice, provistos de un lienzo, la lengua, que se saca fuera, comprimiéndola moderadamente para no desgarrar el frenillo.

2.º Proyectada, después de hacer lo dicho, la luz al fondo de la faringe por delante de la úvula, caliéntese previamente el espejo para que el aliento del enfermo no lo empañe, y después de haber probado en el dorso de la mano ó en la mejilla que no está muy caliente, se procede á introducirlo en la cavidad bucal.

Si se emplea un espejo cuadrado de los construídos en Francia, que son los más extendidos, recuérdese lo que tengo dicho de la manera cómo están soldados nuestros espejos al tallo que los soporta y cómo ha de cogerse el mango, no como una pluma de escribir, sino entre el pulgar, el índice y el medio, colocándolo en la palma de la mano como indica la fig. 1.^a

De este modo, la superficie reflectora del espejo mirará hacia abajo y penetrará entre las arcadas dentarias, paralelamente á la superficie de la lengua y de la bóveda palatina, no ocupando más que el espesor del instrumento; es decir, el espacio menor posible, para que no toque,

al pasar, ni los dientes, ni la lengua, ni la bóveda palatina, condiciones sin las que no puede hacerse bien el examen. Siguiendo siempre paralelamente el espacio comprendido entre el borde de la lengua y la bóveda del paladar, se llega hasta la base de la úvula, que se rechaza sua-

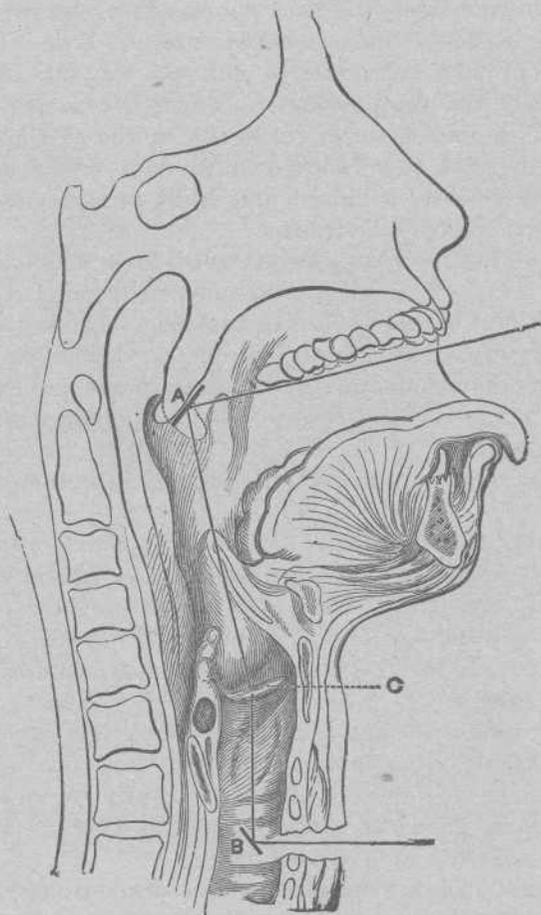


FIG. 8.^a— Imagen del curso que siguen los rayos luminosos durante la laringoscopia supra e infraglótica.

A. Posición del espejo al rechazar la úvula hacia arriba y atrás.—B Posición del espejo infraglótico.—C. Cuerda vocal inferior izquierda.

vemente arriba y atrás, haciendo entonces que la superficie del espejo mire abajo y adelante hacia la cavidad laringea.

Si insisto en esta particularidad, es porque la mayor parte de los

tratados de Laringoscopia que han visto la luz en el extranjero, han reproducido en Francia el manual operatorio, sin tener presente la diferencia que existe entre nuestro espejo laríngeo y el que se usa en otros países.

Colocado el espejo, se ruega al enfermo que pronuncie la vocal *E*, y al elevarse la epiglotis, se facilita mucho la inspección de la cavidad laríngea.

Conviene advertir que no es indiferente pronunciar ésta ú otra vocal, porque mientras al emitir el sonido *E* ó *I* la laringe se ofrece á la vista del observador tanto mejor cuanto el sonido sea más agudo, obtendremos, por el contrario, con la vocal *A* un descenso de la epiglotis y de toda la laringe, cuya cavidad parece que se estrecha en parte, oculta como queda por el cierre del istmo de la garganta. De esto proviene una dificultad absoluta de percibir la laringe.

No bastará con que el enfermo emita un sonido, sino que convenirá haga una inspiración suave, á fin de poder asegurarse bien de que no existen desórdenes musculares. La inspiración será lenta, sin brusquedad, para evitar que se produzcan reflejos que impedirían proseguir el examen.

Sin embargo, es conveniente saber que no siempre es fácil ver la cavidad laríngea, pudiendo suceder que se encuentren algunos obstáculos que hagan difícil ó imposible la exploración de este órgano.

Uno de los primeros, que con frecuencia se experimentan, es el miedo que tienen los niños y ciertos enfermos pusilánimes al ver los instrumentos que para el examen se necesitan. En este caso hay que conquistar por grados sucesivos la confianza del enfermo, con un poco de paciencia y de dulzura. Si la persuasión resulta ineficaz, habrá que examinar un enfermo que esté acostumbrado al laringoscopio, para que sirva de ejemplo al individuo rebelde ó miedoso.

La atresia de la boca, impidiendo la introducción del espejo laríngeo, podrá crear dificultades en algunos casos raros. Bastante á menudo se ve que la lengua forma una especie de bóveda y no deja más que un paso angosto, entre su cara superior y la porción inferior del paladar. Me ceñiré sencillamente á señalar, vista su rareza, los tumores de la boca ó de la base de la lengua, que constituyen obstáculos materiales, á veces infranqueables, en especial para los principiantes.

En ambos casos cuidese de mantener la lengua en el suelo de la boca, ya por medio de un abre-boca, ya con un depresor que se coja con la mano izquierda. Si este órgano resiste, hay que procurar, por medio de presiones suaves pero frecuentes, conseguir en algún modo fatigar su resistencia y ponerla poco á poco en la posición que sea favorable al examen.

La longitud de la tívula, que proyecta su imagen en el espejo colo-

cado en la garganta, impedirá asimismo ver con claridad el órgano vocal; pero, en este caso, se rechaza dulcemente este apéndice con el espejo y, si este medio resulta insuficiente ó difícil, por la sensibilidad de la mucosa, se anestesiará por uno de los medios que voy á indicar.

Una de las dificultades principales proviene de los reflejos que el contacto del espejo acarrea, lo que ha hecho decir y escribir á algunos prácticos que, para realizar bien el examen, se necesitaban enfermos perfectamente educados. Sin embargo, es preciso añadir que son casos enteramente excepcionales aquellos en que los reflejos no permiten el examen, y puede decirse sin temor que la imposibilidad es producto, con mucha frecuencia, de la inexperiencia del observador más que del temperamento nervioso del enfermo, que demasiado á menudo se toma como causa.

Morell-Mackenzie explica la producción de los reflejos por el hecho de que los principiantes, en vez de proyectar la luz en el fondo de la garganta, principian por introducir el espejo, y los tanteos que hacen á continuación para alumbrarse cansan al enfermo y ocasionan los reflejos. No obstante, y sea como quiera, se llegan á dominar la mayor parte, con la costumbre de examinar el órgano vocal.

Si fracasa, podrá prescribirse el bromuro de potasio al interior ó para embadurnar la faringe. En este último caso, la abolición de los reflejos resultará mejor, á mi juicio, del hábito de los embadurnamientos contraído por la faringe, que de la acción anestésica local del mismo bromuro. Finalmente, en los casos más difíciles podrá utilizarse el agua fría en gargarismos, el hielo chupado en el momento del examen y, mejor que todo esto, los embadurnamientos con una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10, por 15 y hasta por 20, que producirán una anestesia más que suficiente durante diez minutos ó un cuarto de hora, para dejar hacer el examen.

Con bastante frecuencia, la dificultad procede de una depresión considerable de la epiglotis, que á veces pende sobre el orificio de la glotis. Si en el adulto, efectivamente, este opérculo se levanta con facilidad, en el niño recubre en gran parte el orificio glótico. ¿Es preciso en éstos una precaución natural, para impedir que los alimentos penetren en las vías aéreas durante la deglución? Es muy probable. La epiglotis se encuentra deprimida así hacia la edad de cuatro ó cinco años, lo que en esta edad contribuye no poco á impedir el examen de la laringe. Dificultad que á veces podrá ser tal, que hará renunciar á toda tentativa de exploración.

Para casos análogos, hanse inventado los elevadores de la epiglotis, y ciertos autores (Türk, Voltolini) han llegado hasta aconsejar la transfixión con un hilo que, por medio de una aguja, se pasa á través de este opérculo. No ocultaré que este proceder, por no decir más, me

parece absolutamente temerario. Creo preferible, cuando la epiglotis no esté muy pendiente, llevar el laringoscopio hasta el fondo de la garganta y, bajando el espejo, proyectar por delante y debajo de ella un haz luminoso para alumbrar el infundibulum vocal. Se recordará asimismo que la epiglotis se eleva con mayor facilidad al emitir notas altas, al toser, reír ó simplemente al ponerse en pie. Digamos, por último, que, en los casos dificultosos, se podrán percibir siempre los repliegues ari epiglóticos y la región posterior de la laringe, con lo cual y los síntomas funcionales, permitirá deducir cómo se encuentra la mucosa vocal.

No quiero temerizar sin hablar de la auto-laringoscopia y de la traqueoscopia. Czermack practicó la primera cuando proyectó un haz luminoso en su propia garganta, cosa que, después de él, también aprendieron Moura-Bourouilhou, Fauvel y Krishaber. He aquí un procedimiento que servirá de mucho al principio, para conocer en nosotros mismos las sensaciones que el laringoscopio ocasiona, única utilidad que le concedemos.

Para ver la propia laringe, se usan los aparatos franceses que tienen un espejo plano encima de la lente, los cuales, de un modo sencillo á la par que seguro, suministran una imagen perfectamente clara de la laringe del mismo observador.

Cuanto á la traqueoscopia, se practica como la laringoscopia. Al hacer una inspiración profunda, se ven los cuatro ó cinco primeros anillos de la tráquea y algunas veces más, y hasta se llega en algunos individuos á percibir la bifurcación de este conducto.

La inspección de la cavidad traqueal se puede hacer por la abertura que se practica en el canal aéreo, después de la traqueotomía. Úsase entonces un espejo pequeño que se puede introducir en la herida traqueal, cuyo aparato sirve también para ver la cara inferior de la laringe (laringoscopia infraglótica); pero tales exámenes son muy difíciles de hacer, no siendo considerables las ventajas que reportan. El embadurnamiento de la abertura de la tráquea y de una parte de este conducto, al suprimir los reflejos traqueales, facilita por modo notable la inspección.

Antes de indicar el aspecto del órgano que se trata de examinar, debo señalar un error que se comete con bastante facilidad en la inspección de la laringe. Me refiero á la imagen que en el laringoscopio se refleja. Al contrario de lo que alguna vez se ha dicho, es preciso que se sepa que nunca se presenta ranversada, sino simplemente elevada; y si existe alguna desviación en el aspecto del órgano de la voz, es puramente en el sentido ántero-posterior.

La porción de la laringe que realmente está más cerca del observador, la comisura anterior, se encuentra más alejada en la imagen,

que aparece por arriba en el espejo, mientras que la parte posterior (región aritenóidea), más distante, parece, por el contrario, aproximarse, puesto que se encuentra en la parte inferior de la superficie reflejante. Las partes laterales no cambian de situación, y la cuerda derecha del sujeto se presenta á la izquierda del observador como á simple vista se ve su mano, su ojo, etc., por el simple hecho de que el paciente y el médico están colocados frente á frente.

Al concluir, digamos con Morell-Mackenzie que, al examinar un grabado de la laringe, es preciso no tomar el propio órgano vocal como tipo de comparación, sino recordar que representa una imagen for-

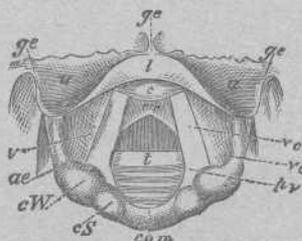


FIG. 9.^a — Laringe vista en una inspiración exagerada. — G E. Repliegues glosso-epiglóticos. — U. Cara superior de la epiglotis. — L. Borde libre ó labio de la epiglotis. — c. Almohadilla de la epiglotis. — v. Ventrículo de Morgagni. — A E. Repliegues ariepiglóticos. — c W. Cartilago de Wrisberg. — c S. Cartilago de Santorini. — c o m. Región interaritenóidea ó comisura posterior. — v' c. Cuerda vocal inferior. — v b. Banda ventricular ó cuerda vocal superior. — p. v. Apósis vocal. — c v. Cartilago cricoides. — T. Anillos de la tráquea.

mada en el espejo últimamente colocado, *por encima y por detrás de la laringe de otra persona.*

Si suponemos el espejo laringoscópico en posición y la laringe perfectamente alumbrada, el aspecto que el órgano vocal presenta es el siguiente. En primer lugar y procediendo de arriba abajo, se verá la base de la lengua de un color rosado, bermejo, con pequeños relieves constituidos por las glándulas ó las papilas, alguna vez hipertrofiadas y que no deben tomarse por tumores. Se nota en seguida la epiglotis, amarillenta ó amarillo-rosada, afectando las formas más variadas (1). Por cada lado, y ligeramente piriformes, los repliegues ari-epiglóticos, de aspecto rosado, se extienden desde los bordes de la epiglotis, por abajo en el espejo, y en realidad por detrás, hacia las eminencias ari-

(1) El Dr. Andubert ha querido tomar del natural los principales tipos de epiglotis normales, y reunirlos en un cuadro que no contiene menos de 27 formas diferentes del opérculo de la glotis (O. Doim, editor, Paris).

tenoides. En su espesor y en la parte posterior, encuéntrense dos pequeños relieves amarillentos, que sobresalen cubiertos por la mucosa y son los cartílagos de Wrisberg y los de Santorini, estos últimos que sobrepujan a los aritenoides.

Mientras se emite la vocal *E*, como en la fonación, se comprueba que los dos cartílagos aritenoides se yuxtaponen en medio cerrando la glotis intercartilaginosa que, contra lo que Longet creía, no existe en el niño.

La región aritenoidea está ligeramente rosada. Por dentro de los repliegues ariepiglóticos se ven dos superficies de un rojo más vivo que se dirigen de delante atrás, y, por consiguiente, de arriba abajo en el espejo, desde los aritenoides a la base de la epiglotis: son las cuerdas vocales superiores, falsas cuerdas ó, más exactamente, las bandas ventriculares. Por debajo de ellas existen dos depresiones que

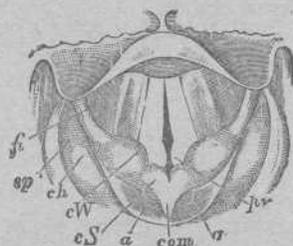


FIG. 10. — Laringe vista en la fonación. — *fl*. Fosita innominada. — *sp*. Fosa hioidea. — *ch*. Cuerno del hioides. — *cw*. Cartilago de Wrisberg. — *cs*. Cartilago de Santorini. — *a*. Cartilago aritenoides. — *com*. Región aritenoidea. — *pv*. Apófisis vocal.

corresponden a los ventrículos de Morgagni, de un rojo subido ó alguna vez bajo la forma de una línea morena. Por abajo y por dentro de los ventrículos se ven, finalmente, dos cintas nacaradas que en el estado normal tienen un *aspecto brillante*, comparable al esmalte de unos dientes bonitos, especialmente en las mujeres y en los niños: son las cuerdas vocales inferiores que siguen la dirección de las bandas ventriculares, por dentro de estas últimas.

En la inspiración, estas cuerdas se separan y entonces, por debajo de ellas, pueden percibirse los anillos de la tráquea, que se destacan bajo la forma de anillos horizontales y concéntricos de aspecto amarillento, contrastando con el resto de la mucosa, que es rosada.

Si nos preguntamos de qué modo pueden llevarse los instrumentos a la laringe, es preciso saber que un toque, por ejemplo, se hace de este

modo: el enfermo tiene su lengua entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, mientras el operador tiene también el espejo con la mano izquierda, sirviéndose de la derecha para llevar los instrumen-

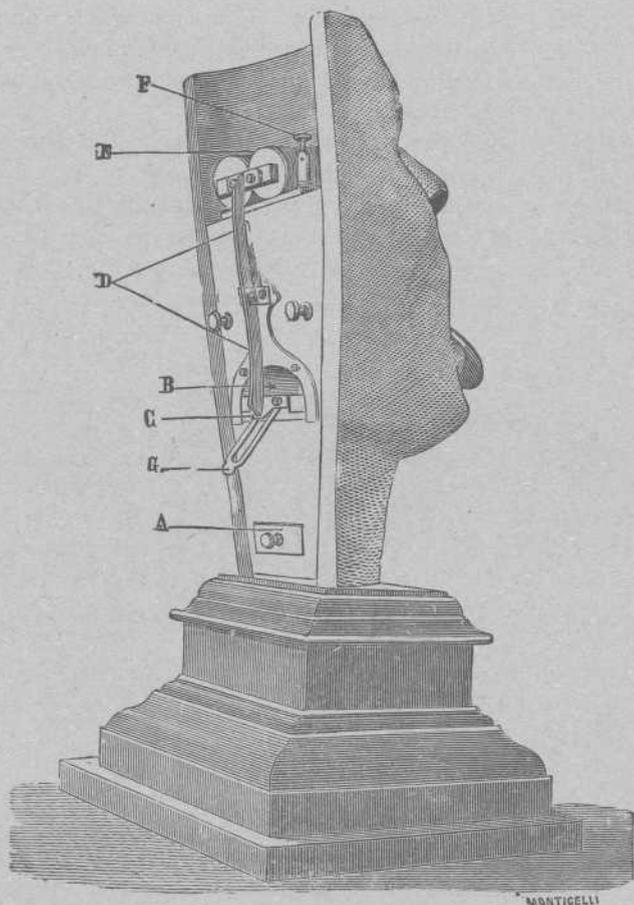


FIG. 11.— Laríngeo-fantasma, ó LARINGO-FANTOMA.

tos á la laringe. De aquí proviene la utilidad de ser ambidextro para examinar el órgano de la voz.

Los que al principio temen ejercitarse en las maniobras laringoscópicas (toques de un punto determinado de la mucosa vocal, ablación de tumores, etc.), en los mismos enfermos, podrán usar un laringo-fantasma de los que con tal objeto se construyen. Pueden utilizarse indistintamente los aparatos de los Dres. Labus, Baratoux y Garel.

Están contruidos poco más ó menos según el mismo modelo y, en todos los casos, descansan en idéntico principio.

El del Dr. Labus (de Milán), que es el más antiguo, es el que damos en el anterior grabado.

El aparato representa media cabeza, colocada en la posición más adecuada para las operaciones laringoscópicas. La región epiglótica se abre en *A* por detrás, para que pueda colocarse en las cuerdas un cuerpo extraño cualquiera (papel, guisante, etc.). La pared retrofaringea está provista de una lengüeta de cuero *B* que se levanta cuando el corchete *C* está retenido por la horquilla *D*, que puede desalojarse por un electro-imán *E*. Uno de los extremos del hilo se pierde en las paredes de la garganta que es de metal, y el otro termina en un tornillo *F*, que se une á uno de los polos de una pila eléctrica con el contacto *G*, y el otro con el instrumento que sirve para operar. Sucederá que á cada falsa maniobra (toques de las paredes metálicas, etc.), estando cerrado el circuito eléctrico, atrae la horquilla y cae la lengüeta de cuero obturando la laringe.

Se debe repetir la maniobra hasta que la mano esté suficientemente ejercitada, para que penetre en la laringe, sin tocar las partes adyacentes.

Estos son los diversos medios que pueden ponerse en práctica para perfeccionarse en el arte de la laringoscopia, recordando que el simple examen del órgano vocal no reclama tan minuciosos detalles, y que todo práctico formal debe hoy saber examinar una laringe, tan bien como un útero, un ojo, una nariz ó un oído.

[Sin pretender discutir con el autor la prioridad del descubrimiento de la laringoscopia, cúpleme manifestar, á fuer de verídico y de patriota, y teniendo á la vista datos históricos, que el *verdadero inventor*, de todos sabido, fué nuestro compatriota el Sr. Manuel García, quien, deseoso de observar el funcionalismo de las cuerdas vocales en el canto, ideó llevar á la cámara posterior de la boca un espejo de dentista que, colocado en cierta incidencia é iluminado convenientemente, retratase la imagen de la glotis.

Cuando en 1855 dirigió su Memoria á la Academia Real de Londres dando cuenta de su descubrimiento, ya habian sido coronados de éxito sus ensayos.

Segun el malogrado Dr. Ariza, mi querido maestro (1), de quien copio estos datos, «poco efecto debió hacer su comunicación en el ánimo de los graves académicos, cuando la docta Asamblea se limitó á

(1) Ariza, "Escritos médicos", t. I, pág. 370.

archivarla y no se volvió á ocupar más de ella. Allí seguiría durmiendo todavía, á no ser porque, habiéndola impreso su autor, vino afortunadamente á caer, *al cabo de algunos años*, un ejemplar en las manos de Türk, de Viena, el cual, comprendiendo todo el partido que de este procedimiento podía sacarse para estudiar los padecimientos laríngeos, empezó á ensayarlo en el hospital que tenía bajo su dirección; y tan buen resultado obtuvo, que pasa, con razón, por ser el fundador de la especialidad. Apenas fueron conocidos los experimentos de Türk, se apresuraron á visitarlo, para conocer novedad tan interesante, muchos médicos, entre ellos Czermack, quien, de vuelta á su patria, perfeccionó el método de Türk, que consistía en servirse de la luz solar, tal como había hecho García, sustituyéndola con la artificial. De este modo elevó la laringoscopia á la categoría de método general, aplicable en todo tiempo y momento, remediando el inconveniente que hasta entonces había tenido de no poder ser utilizada más que en los días bellos y con determinada orientación. Desde este momento la técnica laringoscópica quedó fundada tal como la conocemos hoy día. Czermack vino á París en el año 1860, donde, en un curso público, demostró la realidad, transcendencia y valor científico del descubrimiento. La revolución quedó hecha, y de esta época datan Fauvel, Morell-Mackenzie, Moura-Bourouilhon, Tobold, Bruns, Mandl y otros muchos que han formado la primera pléyade de la especialidad».

Respecto á la iluminación para el reconocimiento laringoscópico *cualquiera luz sirve*, pero, como es natural, *cuanto más intensa sea y menos oscile*, será mucho mejor. Al efecto, se hacen recomendables, en primer término, la eléctrica con un foco potente de 25 bujías lo menos, y la de gas del alumbrado con mechero Aüer ó luz brillante.

Hanse construido recientemente espejos metálicos para el reconocimiento, los que, al decir de su autor, tienen la ventaja de no empañarse tan fácilmente como los de cristal, ser de más duración y de mejor esterilización y antisepsia. No los he usado todavía, así es que no puedo emitir opinión propia.

También se persigue aún — puesto que la idea es más antigua que la laringoscopia actual — el encontrar medio de *examinar la laringe* y la tráquea sin espejo, esto es, directamente.

Si hemos de creer al alemán Dr. A. Kirstein, ha resuelto favorablemente tan ansiado problema. En la comunicación que con tal motivo presentó en 15 de Mayo de 1895 á la Sociedad de Medicina de Berlín, establece lo siguiente: «No se comprende por qué no hayamos de intentar la inspección directa de la laringe sin necesidad de espejo. Yo lo pretendí, en vano al principio, pero con algún éxito después, en vista de los resultados obtenidos por Mikulicz con su esofagoscopio.

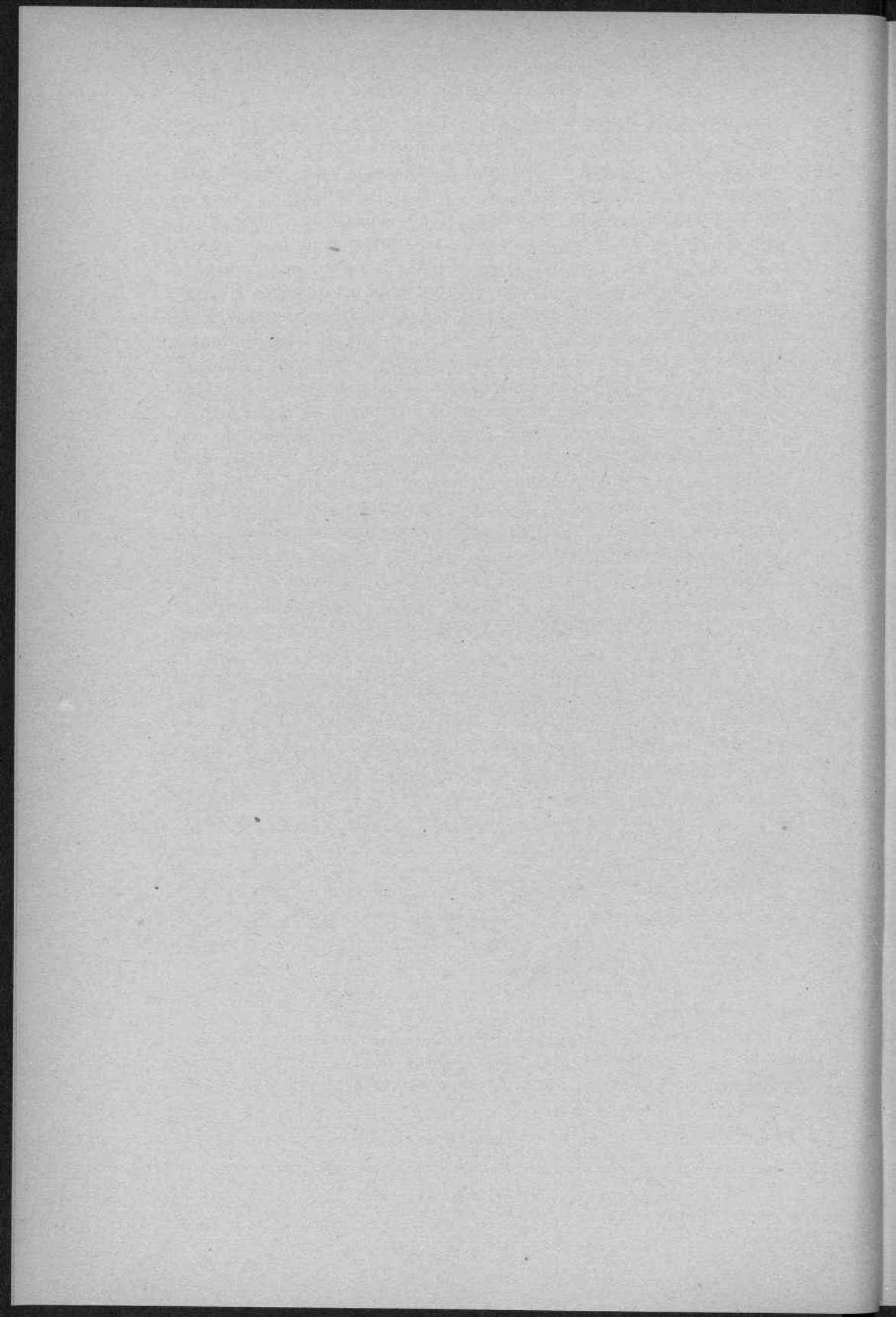
La *autoscopia de la laringe* se practica de la manera siguiente: se

embadurnan la faringe y la cara dorsal de la epiglotis con una disolución de cocaína al 20 por 100. Se desnuda al paciente y se echa, dejando que su cabeza cuelgue del borde de la mesa y que esté sostenida por un ayudante, abriendo la boca y sacando la lengua. Ahora es cuando yo introduzco mi autoscopio, constituido por un tubo corto y delgado que corre á lo largo de una canal y que está unido en ángulo recto con el electroscopio de Casper, el cual sirve al mismo tiempo de mango, de tal modo, que su extremo libre está vuelto hacia arriba. El instrumento con su canal se desliza á lo largo de la pared posterior de la faringe hasta la altura de los cartilagos de Santorini, para levantar después la epiglotis merced á un movimiento de palanca. Cuando el instrumento está bien colocado, el paciente respira por el tubo. Hay que cuidar de que el labio superior no se interponga entre los dientes y el tubo, porque, de lo contrario, experimenta una contusión dolorosa.

Con este autoscopio se ven las cuerdas vocales con mucha mayor claridad que con el laringoscopio, y lo mismo el resto de la laringe y las úlceras, tumores, etc., que en ella se encuentren. También se ve la mucosa traqueal, y, con instrumentos más largos, se puede penetrar hasta la bifurcación de la misma. Lo que no se puede ver con el instrumento es la epiglotis ni el ángulo anterior de la glotis.

Sin embargo de lo dicho, como el nuevo procedimiento requiere preparativos que no exige la laringoscopia, de ahí que, lejos de excluirse, se completaran.»

Á pesar de las afirmaciones del autor, creo que no resultarán compensadas en la práctica las ventajas que se obtengan del nuevo proceder del Dr. Kirstein, con los inconvenientes, molestias para el enfermo y operador, y *pérdida de tiempo* necesario para llevar á cabo el reconocimiento en cuestión.]—DR. C. COMPAÏRED.



IFARINGE

Datos anatómicos.

Estudiado lo referente á la iluminación del órgano fonético, así como la importancia de la laringoscopia, y antes de entrar con el autor á describir las enfermedades laringeas, debo, fiel á mi promesa, ocuparme lo más concisamente posible en el estudio de la anatomía, fisiología, semeiología y terapéutica generales, para seguir con la patología de la faringe, asuntos que no abarca en su libro el Dr. Moure.

La faringe es el órgano principal de la deglución, y forma una especie de cavidad común á las funciones de los aparatos digestivo y respiratorio.

Dividese, para su estudio, en tres porciones: 1.^a, la *superior, nasal ó naso-faringe*, limitada por la apófisis basilar y el velo péndulo (denominada también cavidad *faringo-nasal, cavidad posterior ó retro-cavidad de las fosas nasales*); 2.^a, la *media ú oral, oro-faringe*, que abarca desde los pilares posteriores hasta el hueso hioides (*retro-boca*), y 3.^a, la *inferior ó laringea, laringo-faringe*, que desde el hueso hioides se extiende hasta el borde inferior del cartílago cricoides.

En el estado de reposo mide la faringe de 14 á 15 centímetros de longitud, representados por dos y medio á tres en su parte anterior, y cinco en la posterior de la *porción nasal*; de cuatro á cinco para la oral, y de cinco á seis para la laringea. En el acto de la deglución y de la fonación se contraen á la vez, si bien no de un modo igual, las tres porciones.

El diámetro transversal, medido en su punto máximo, esto es, por detrás de la trompa eustaquiana, tiene de cuatro y medio á cinco centímetros; al nivel de las tonsilas es de tres y medio; un poco más abajo, de cinco, y en la línea de los grandes cuernos del hioides, de cuatro. El diámetro transversal de la porción superior del trayecto laringeo es también de cuatro centímetros, y de dos y medio la inferior.

Las dos superficies que nos ofrece la faringe para su estudio son la *muscular* ó externa, y la *mucosa* ó interna.

La primera, vertical, corresponde a los cuerpos de las seis vértebras cervicales, de las cuales se halla separada por los músculos y aponeurosis pre-vertebrales, pero confundida y ligada mediante un tejido celular laxo, que facilita á perfección su deslizamiento y movimientos.

Hállase surcada de una red venosa muy desarrollada, y cuenta con un estrato celular fino, si bien resistente, conocido con el nombre de fascia bucino-faríngea.

Por el tercio inferior, y á los lados, está en relación con las carótidas primitivas, y más hacia afuera con las venas yugulares internas; por su tercio medio con ambas carótidas, el origen de la arteria lingual, la tiroidea superior y faríngea inferior, con la yugular interna y gran número de ganglios linfáticos; y finalmente, por su tercio superior (ó sea desde el nivel del ángulo del maxilar inferior á la base del cráneo), con un gran ganglio linfático al que abocan los linfáticos de la faringe superior, con la carótida interna y vena yugular interna, los troncos del glosio-faríngeo, del hipogloso, espinal, pneumo-gástrico y gran simpático, y más hacia adelante con la porción profunda de las parótidas y, por lo tanto, con el músculo pterigoideo interno.

La faringe se adhiere á la parte posterior de la laringe, por medio de una capa de tejido celular. La superficie interna presenta un color rojo y ciertos pequeñísimos abultamientos muy próximos entre sí, correspondientes á las numerosas glándulas que en ella existen.

La faringe es movable en todos sentidos, y además de su relación anatómica, mantiene otras de índole fisiológica con las fosas nasales y con la laringe.

Cuando en el acto de la deglución no cumplen su cometido el velo del paladar y los pilares, elevándose para cerrar la comunicación con la naso-faringe, se produce la *regurgitación* de los alimentos ó de los líquidos á través de las fosas nasales. De igual manera, si la epiglotis no desciende á cerrar la glotis para proteger la entrada de las vías aéreas, se introducirán en ella los líquidos ó sólidos.

La oclusión incompleta de la naso-faringe da lugar á la voz nasal, así como en los casos de hipertrofia simple ó de neoplasias (hipertrofia de las amígdalas, vegetaciones adenoideas, pólipos, etc.), que producen la obstrucción más ó menos absoluta de dicha cavidad, no sólo existe alteración en la respiración, á causa de efectuarse con dificultad por las fosas nasales, si que presentan también semejantes individuos la resonancia nasal. Tales sujetos, ó padecen del oído, ó son candidatos á sufrir sorderas, flujos purulentos del oído, etc., por consecuencia de la íntima relación anátomo-fisiológica que hay entre la naso-faringe y aquel órgano, mediante la trompa de Eustaquio.

Consta la faringe de tres capas: la muscular ó externa, la fibrosa ó media, y la mucosa ó interna. En esta última se encuentran numerosas glándulas, arterias, venas, vasos linfáticos, nervios y tejido celular.

Hállase formada la primera por cinco músculos á cada lado, cuyas fibras se entrecruzan en la línea media, formando una tupida red ondulada.

De ellos, tres son constrictores y dos elevadores.

El *constrictor inferior* de la faringe es superficial, amplio, grueso, y tiene como límites, por fuera, la pequeña superficie triangular de las paredes laterales del cartilago cricoides y la línea oblicua del tiroides, y por dentro el rafe medio de la faringe, por cuyos motivos le llamó Meckel *crico-tiro faríngeo*.

Está en relación por su cara externa ó posterior con la aponeurosis de los músculos prevertebrales, y por los lados con el cuerpo tiroides y la carótida primitiva. Su cara interna ó anterior recubre la parte posterior del cartilago tiroides, los extremos inferiores del constrictor medio y del faringo-estafilino, y los dos recurrentes.

Estrecha la porción laríngea de la faringe, y tiene además la acción de elevar la laringe, fijando al propio tiempo la faringe.

El *constrictor medio* ó músculo *hio-faríngeo* por extenderse desde el hueso hioides al rafe medio, es delgado, aplanado y parecido á un trapecioide. Sus puntos fijos de inserción son el hueso hioides y el ligamento estilo-hioideo.

Su acción es estrechar la porción oral de la faringe, elevando algún tanto la laríngea, el hioides y la lengua cuando está su punto fijo en el estrato fibroso.

El *constrictor superior*, colocado en la parte más alta de la faringe, es un musculito cuadrangular, pálido, delgado, que se inserta en el cuarto inferior del borde posterior del ala interna de la apófisis pterigoides, en la aponeurosis del músculo peristafilino externo, en el ligamento pterigomaxilar que lo separa del bucinador, en la porción más distante de la línea milo hioidea, y en las partes laterales de la base de la lengua.

Contribuye en cierto modo, en el acto de la deglución, del canto y de la fonación, á los movimientos de la faringe, del velo y de la base de la lengua; estrecha la porción nasal de la faringe, y un poco de la oral, y concurre, en unión del occipito-estafilino, á la tensión del velo péndulo durante la deglución.

Henle (1) da á estos tres músculos constrictores los nombres de *laringo-faríngeo*, *hio-faríngeo* y *céfalo-faríngeo* á causa de sus insercio-

(1) Henle, "Handbuch der Syst. Anatomie des Menschen," t. II. Braunschweig, 1886.

nes, al paso que Lennox-Browne les denomina *laringo-faríngeo*, *oro-faríngeo* y *naso-faríngeo*, por limitar las tres partes de la faringe que corresponden á las fosas nasales, boca y laringe.

Los *músculos elevadores* son el *estilo faríngeo* y el *laringo-estafilino*.

El *estilo-faríngeo* es largo, estrecho, redondeado y tiene una dirección vertical. Sus inserciones, la parte superior é interna de la apófisis estiloides donde se aproxima al constrictor superior, y por abajo da fibras á la prolongación lateral de la epiglotis y al borde superior del cartilago tiroides.

Su misión es elevar la laringe y la epiglotis, y acortar la faringe.

El *faríngeo estafilino* forma el pilar posterior del velo palatino. Por lo tanto, lleva la misma dirección oblicua que éste y se encuentra en su espesor. Ofrece tres haces distintos; el *accesorio externo*, plano, oblicuo, colocado entre la mucosa y el peristafilino interno; el *accesorio interno*, semejante al anterior; y el *haz principal*, que desde la porción terminal del peristafilino interno se dirige abajo y atrás, terminando en fibras que se esparcen en varias direcciones.

Estrecha la comunicación de la faringe con las fosas nasales, y mediante sus fibras inferiores eleva la faringe y laringe. Además, el haz accesorio externo tira de la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio, alejándola de la porción membranosa y concurriendo, en unión del peristafilino externo, á dilatar aquel conducto.

La *capa fibrosa*, sutil y resistente, se inserta superiormente en el occipital y peñasco, y constituye el armazón de la faringe, dando á ésta cierta resistencia. Libre arriba por su cara externa, en donde aparece bajo la forma de una superficie blanca cuadrilátera, bien pronto la cubren los constrictores faríngeos que en ella se insertan. Su superficie interna está intimamente adherida á la capa glandular y mucosa, así como á la cara externa de la amígdala, á la cual forma una especie de cápsula.

Las numerosas glándulas que existen entre esta capa y la mucosa, forman una capa gruesa. Á ellas debe la mucosa su aspecto granulado y como de chagrín. Su inflamación da lugar á la variedad especial de angina ó faringitis llamada glandulosa, afección rebelde á toda clase de tratamientos, y que, á pesar de hacerse crónica, se *agudiza* á la menor leve causa.

La *mucosa* ofrece diferentes caracteres, según que se la examine en las porciones nasal, bucal y laríngea.

En la primera es gruesa y rubicunda, y forma una especie de rodete alrededor del pabellón de la trompa de Eustaquio, por la cual se continúa con la mucosa de la caja del tímpano.

En la segunda es más delgada y de un color menos subido y en la tercera es pálida y forma pliegues.

Las *arterias* de la faringe proceden principalmente de la faringea inferior, rama de la carótida externa. También proporcionan algunas ramas, las palatinas y las tiroideas. Estas últimas suelen dar muchos capilares a la porción laríngea de la faringe.

Obsérvase en las faringitis, arborizaciones de los capilares, que dan a la mucosa un aspecto especial. En ocasiones se ven hasta verdaderas varicosidades, sobre todo en los alcohólicos.

Todas las *venas* van a parar a la yugular interna.

Los *linfáticos*, en gran número, terminan en los ganglios submaxilares.

Los *nervios* toman su origen del glosio-faríngeo y del ramo faríngeo del pneumo-gástrico, ramo que, en realidad, nace del nervio espinal.

Cuando se presenta la parálisis de la faringe, queda dicho órgano sin poder verificar los movimientos de deglución, en cuyo caso pasan los líquidos por el conducto faríngeo produciendo un ruido especial, parecido al agua cuando atraviesa un tubo de metal. No hay que advertir, por lo tanto, el cuidado exquisito que conviene tener en semejantes casos, puesto que puede con facilidad producirse la asfixia, introduciéndose los líquidos por el conducto laríngeo-traqueal.

También suele presentarse dicha parálisis en los períodos agónicos, la cual determina la asfixia rápida a causa de administrar líquidos en tales momentos.

Datos fisiológicos.

La faringe, como órgano que a la vez sirve para dar paso a los alimentos y al aire, participa de funciones fisiológicas independientes una de otra.

Ya hemos visto que presenta la faringe cuatro entradas ú orificios, dos destinados al aparato digestivo, y otros dos pertenecientes al respiratorio.

Cuando los primeros, destinados al paso de los alimentos, entran en acción, se cierran los segundos; el superior ó faringo-nasal, mediante un esfínter, y el inferior ó faringo-laríngeo, por medio de la epiglotis. Pero, una vez que el bolo alimenticio ha penetrado en el esófago, funciona la faringe como parte integrante del aparato respiratorio, y se abren sus válvulas hasta el crítico momento en que de nuevo, y desde la boca, vuelven a entrar otras materias alimenticias, recordándole su misión concerniente al aparato digestivo.

Teniendo en cuenta su disposición, no resulta defectuosa su división en porción digestiva, ó sea la comprendida desde la arcada faríngeo-palatina hasta el esófago, y porción respiratoria la representada por

la cara posterior y superior del velo palatino y la úvula, y toda la cavidad naso-faríngea.

Ahora bien; merced á su posición postero-inferior, contribuye la faringe al complejo mecanismo de la deglución, dando paso al bolo alimenticio; y debido á su porción antero-superior, sirve de conducto al aire durante la funcionalidad respiratoria, reforzando y modificando las notas emitidas por la laringe.]—DR. C. COMPAIRED.

[Semeiología general de las enfermedades de la garganta.

Nada debo añadir respecto á faringoscopia, á lo expuesto por el autor en sus capítulos, «importancia y aplicación de la laringoscopia», porque los mismos aparatos é iguales procedimientos que se usan para iluminar y ver la laringe, sirven para iluminar y ver lo que viene llamándose las fauces y la garganta; esto es, el velo palatino, pilares, úvula, amígdalas y faringe.

Basta con deprimir la lengua una vez enfocado el haz luminoso, y obligar al enfermo á respirar por la boca.

No conviene bajar y comprimir fuertemente por su base la lengua, porque nos exponemos á producir con exceso las náuseas, aun cuando tenga el individuo examinado relativa tolerancia; pero tampoco debemos caer en el defecto contrario, porque practicada la compresión de un modo suave y moderado, obtendremos un campo visual imperfecto y reducido.

Obligando al enfermo á respirar por la boca al mismo tiempo que deprimimos la base de la lengua de *una manera suave pero gradualmente enérgica*, establecemos la tolerancia, y nos proporciona una gran dilatación de las fauces á consecuencia de la relajación de los músculos faríngeos y estafilinos.

Si todavía queremos mayor extensión de campo faríngeo, recomendaremos al enfermo entonar una vocal, la *a* ó la *e*, y entonces se levantará el velo palatino, dejándonos al descubierto una porción de faringe nasal.

La colocación del enfermo y del observador son las mismas que hemos estudiado con el autor para la laringoscopia; sin embargo, conviene inclinemos al examinado un poco hacia adelante su cabeza, cuando intentemos ver la faringe inferior, y más echada hacia atrás si el objeto de nuestras investigaciones es la faringe nasal. Respecto de espejillo, sirve cualquiera de los llamados por Moure extranjeros.

Una vez inquiridos los datos anamnélicos y averiguadas, en lo posible, las causas predisponentes y ocasionales, practicaremos el examen faringoscópico detenido y minucioso, pasando revista á los diferentes síntomas.

Para el mejor estudio de estos últimos, los dividiremos, con el doctor Lennox-Browne, en síntomas funcionales ó subjetivos, físicos ú objetivos, y diversos ó conmemorativos.

Comprenden los primeros los trastornos de la fonación, de la respiración, deglución, gusto y olfato, tos, naturaleza y abundancia de la expectoración y de la secreción salival, el dolor si existe (espontáneo ó provocado), y demás fenómenos de indole nerviosa.

En los físicos ú objetivos hemos de fijarnos en las modificaciones del color, de forma, posición y movilidad de las partes examinadas.

La garganta, en general, presenta tonos diversos en su coloración; así, unas veces aparece con manchas ó pinceladas rojas; otras, con placas blanquecinas ó marmóreas; en ocasiones advertimos varicosidades de los vasos que serpentean por la pared posterior de la faringe; granulaciones más ó menos confluentes ó más ó menos voluminosas, y distribuidas ora en el centro, bien á los lados y como ocultas en parte por los pilares posteriores, conceptuándose hasta cierto punto como propias del artritismo las pequeñas y rojas, y como del escrofulismo las grandes y rosadas; aumento ó disminución en la secreción, hasta el punto de aparecer la mucosa faríngea seca y como apergaminada, ó cubierta de costras oscuras, de mucosidades adheridas en islotes, ó cayendo en forma de sábana de arriba abajo.

Cuanto á los síntomas diversos y conmemorativos, reducen al examen general del paciente, auscultación del pecho, examen del aparato nasal y auditivo, etc.

Para mejor facilitar el recuerdo y recoger con fruto el conjunto de toda esta clase de síntomas, copiaré el cuadro adjunto, tomándolo de la obra de Lennox-Browne *Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales* (1891).

A. — Síntomas funcionales ó subjetivos.

	(<ul style="list-style-type: none"> Modificada en su intensidad, en su duración ó en su entonación. Velada, ronca, gutural ó nasal. Afona ó polifona. Cohibida ó sofocada. Aguda ó penetrante. Dolorosa ó penosa (mognifonia).)
1.º Puede estar la voz	

(La emisión de la voz puede ser defectuosa fuera de sus cualidades fonéticas.)

- 2.º Puede estar la respiración alterada
- | | | | |
|---|---|--------------|---|
| { | Ligeramente | } Dolorosa { | Por obstáculo laríngeo |
| | De una manera permanente ó tan sólo temporalmente | | ó
} Dificil { Por obstáculo pulmonar |

(Mediante el espirómetro, comprobaremos si falta capacidad pulmonar y si la respiración es *abdominal, lateral, costal* ó *clavicular*.)

- 3.º La tos puede ser.
- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| { | Dislacerante. Al levantarse | } Con ó sin ex-
pectoración,
ó con ó sin
hemorragia. | |
| | Dolorosa. | | Á consecuencia de esfuerzos. |
| | Paroxística. | | Después de las comidas |
- Continúa. En los cambios de temperatura

El carácter fonético de la voz puede estar modificado, y entonces será.

{	Velada.
	Perruna.
	Metálica.
	Estridulosa.

Afona.

- 4.º La deglución puede ser.
- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| { | Dificil (disfagia). | } Variable según la consistencia
y la temperatura de los ali-
mentos. |
| | Dolorosa (odinofagia). | |
| | Imposible (afagia). | |

SÍNTOMAS NASALES

5.º La respiración nasal puede estar alterada ó completamente obstruída en una ó en ambas fosas.

(La sequedad de la boca y de la garganta al levantarse de la cama por las mañanas, es un signo constante de respiración bucal por estenosis nasal. Conviene, además, informarse si ronca el enfermo cuando duerme, y si huele el aire expulsado por las narices.)

- 6.º Los sentidos del olfato y del gusto pueden estar
- | | | |
|---|---------------------|--|
| { | Aminorados. | } Momentáneamente.
Definitivamente. |
| | Aumentados. | |
| | Anormales. | |

También por parte del *oído* puede estar aumentado, disminuído ó doloroso, temporal ó definitivamente, acompañándose ó no de derrames, vértigos ó ruidos anormales, y de dolor ó perversión de la sensibilidad, independientemente ó no de los actos fisiológicos.

B. — Síntomas físicos ú objetivos.

- 1.º La coloración puede ser.
- | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------|------------------|
| { | Muy intensa (hiperhemia) | } De una manera { | General. |
| | Poco intensa (anemia). | | Parcia |
| | Modificada. | | |
- 2.º La forma, la consistencia y la movilidad, pueden variar por consecuencia de
- | | |
|---|--|
| { | Infarto, hinchazón, infiltración edematosa, engrosamiento, infiltración submucosa, hipertrofia ósea ó cartilaginosa. |
| | Destrucción de tejidos; ulceración. |
| | Estenosis cicatricial. |
| | Compresión. |
| | Parálisis bilateral ó unilateral. |
- Neoplasmas.

- 3.º La situación respectiva de las diferentes partes puede hallarse modificada por.....
- 4.º La secreción estará.....
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| | Una afección intrínseca. | |
| | Una afección extrínseca. | |
| | Exagerada.. | } Con variación en el color, consistencia y olor. |
| | Disminuida. | |
| | Nula..... | |

C. — Síntomas diversos.

Generales.....	}	Circulación.
		Temperatura.
		Respiración.
		Ganglios linfáticos.
		Digestión.
		Nutrición.

Conmemorativos. — Antecedentes individuales y hereditarios.

Con lo apuntado basta, á mi juicio, para dar una idea de lo concerniente á la faringe, máxime cuando, por regla general, no ha de ser únicamente este órgano el que hayamos de examinar, toda vez que sus enfermedades, ó se extienden á la laringe, ó proceden de las fosas nasales. — DR. C. COMPAIRED.

[Terapéutica general de las enfermedades de la faringe.

No porque la terapéutica general de las enfermedades de la faringe, cual acontece con las de la laringe y fosas nasales, se reduzca casi exclusivamente á remedios locales, hemos de olvidar el instituir el tratamiento general siempre que éste haya de resultar un auxiliar poderoso de aquél — y esto ocurre en casi todos los enfermos —, pues sería un absurdo pretender combatir afectos faríngeos, que en la mayoría de las ocasiones no son más que manifestaciones locales ó consecuencias directas ó indirectas de una enfermedad general, con sólo tópicos ó remedios que obrasen nada más que sobre aquel órgano.

Así, pues, dividiremos el tratamiento aplicable á combatir las enfermedades faríngeas en general y local.

Dispondremos el primero en todas aquellas enfermedades de la garganta que son sintomáticas de una general, como la tuberculosis, la sífilis, el herpetismo, el escrofulismo, etc., ó que han sobrevenido en el curso ó por consecuencia de infecciones generales agudas, como las fiebres eruptivas, la difteria, etc.

Pocos serán los casos en que necesitemos instituir un tratamiento

local aislado, y éstos podrán referirse á ciertas neoplasias benignas, granulaciones poliadenomatosas ó no, determinadas faringitis crónicas, hipertrofia de las amígdalas, etc.

No he de especificar el tratamiento general, puesto que como ha de subordinarse al de la enfermedad constitucional que engendró ó sostiene el afecto faríngeo, no corresponde á este lugar ni á este libro.

Respecto al tratamiento local, lo dividiremos en médico y quirúrgico.

TRATAMIENTO MÉDICO. — Comprende una porción de maneras de emplear sustancias medicamentosas, que vengan á obrar ora sobre la circulación, bien sobre la secreción mucosa y salival, ya sobre las energías neuro musculares, etc., con el objeto de modificar un estado morboso localizado á la faringe.

Al efecto, contamos con los *gargarismos*, procedimiento el más antiguo y también el más olvidado hoy día, á causa principalmente de que no se saben hacer bien. La forma mejor de hacerlos es la aconsejada por von Tröeltsch, ó sea la de beber el enfermo una gran cantidad de líquido, y echando hacia atrás la cabeza, se comprime con los dedos las ventanas de la nariz y mantiene la boca entreabierta, hace como que va á tragarla y en ese momento, sin verificarlo, lo expulsa por la boca y fosas nasales.

De este modo, y repitiéndolo varias veces en horas diferentes, se consigue bañar totalmente la faringe, con lo que resulta útil y beneficioso, cosa que no sucede, por regla general, con los gargarismos acostumbrados á practicar por la mayoría de los enfermos.

Como dice con justa razon von Tröeltsch, es eficaz este método gimnástico preferentemente en las paresias de los músculos de la trompa de Eustaquio (elevador y tensor del paladar), y en los casos de hipertrofia de la membrana mucosa.

Otro procedimiento aconseja Guinier para lubricar con el líquido que ha de gargarizarse hasta la mucosa laríngea, y al que denomina *gargarismo laríngeo*; pero que en realidad es muy difícil de ejecutar, y es expuesto, sobre todo con ciertos medicamentos, por lo fácil que es la deglución del líquido ó su caída á la tráquea.

He aquí su *modus faciendi*: el enfermo introduce sólo una pequeña cantidad de líquido en la boca, que mantiene un poco entreabierta; después adelanta el maxilar inferior con objeto de separar la epiglotis del vestíbulo laríngeo, y en este instante emite un sonido, con lo cual desciende el líquido hasta la laringe. Claro está que necesita entonces suspender en absoluto la *inspiración*, por lo menos durante el tiempo que baña la solución las cuerdas vocales y demás partes de la glotis.

Están siempre indicados los gargarismos, á menos que exista dolor

en el istmo de las fauces, pues en tal caso las molestias y sufrimientos que determina la contracción muscular, no compensarán lo bastante la acción medicamentosa sobre la mucosa.

Las principales acciones que llenan los gargarismos son las antiséptica, astringente, sedante ó estimulante.

En los niños es absolutamente imposible prescribirlos, porque no saben hacerlos y les expondríamos á un peligro. Podrán ser substituídos por embrocaciones, ó por depositar el medicamento, mezclado con una sustancia mucilaginosa, en la lengua, para que, poco á poco, vaya disolviéndose.

Las *pastillas* y *tabletas* son formas cómodas para la administración de medicamentos. Se usan hasta con exceso en nuestro país, y debo consignar que muchas veces rutinariamente, pues no se tiene en cuenta que no obran sólo localmente, sino que su acción se extiende al esófago, estómago, etc.

INHALACIONES — Es el medio más precioso, y á la vez más activo, para emplear remedios tópicos en las enfermedades de la garganta (1).

Las hay frías y calientes, secas ó húmedas, directas ó indirectas.

Respecto de los inhaladores ó pulverizadores, los construídos á base de aire comprimido (ó de pelotas de goma) tienen sus indicaciones más limitadas que los que funcionan á vapor. Aquéllos sólo convienen en los casos en que tratemos de producir isquemia ó anestesia de la mucosa faríngea ó faringo-laríngea, pues aun cuando se caliente el líquido medicinal que hayamos de pulverizar, saldrá la nube pulverulenta fría. Contaremos, pues; con la acción de la temperatura.

Los de vapor tienen indicaciones más amplias; pero conviene tener presente, respecto de ellos, que las dosis medicamentosas deben ser superiores á las que formulemos para emplearlas con pulverizador de aire comprimido. La razón de esta advertencia está en que funcionan aquellos pulverizadores por la acción del vapor de agua, el cual, al mezclarse con la solución medicinal, después de haberla aspirado por el tubo, se condensa y debilita la titulación del soluto. Á esta circunstancia uniremos igualmente la de la temperatura, algún tanto elevada, de la nube pulverulenta.

Las inhalaciones de vapor de agua caliente, á la que se asocian sustancias volátiles, son convenientes. Generalmente se usan, en tales casos, agentes balsámicos y antisépticos.

El inhalador de Maw es de los mejores; pero servirá para lo mismo

(1) Quien desee detalles extensos y minuciosos respecto de los distintos aparatos, formas, manera de emplearlos, indicaciones, contraindicaciones, etc., etc., consulte el "Tratado de Terapéutica respiratoria," por el Dr. Oertel, publicado en 1893 por la BIBLIOTECA de EL SIGLO MÉDICO.

un frasco ó recipiente de boca estrecha, á la que se rodea una toalla ó lienzo para apoyar la boca y aspirar los vapores. Deben evitarse las temperaturas excesivas. Asimismo es práctico el inhalador de Giner Aliño, compuesto de un frasco de boca ancha, á la que se adapta un tapón de caucho perforado por dos agujeros; el uno lo atraviesa un tubo de cristal que llega hasta el fondo, y por fuera del frasco está encurvado, adaptándose un tubo de goma que termina en una pera impulsora del aire; por el otro agujero pasa un segundo tubo, también de cristal, corto, que, por fuera, mediante otro tubo de goma, va á parar á la boquilla inhaladora de cristal que se adapta á la boca del enfermo. Puesta en el frasco, en corta cantidad (que supere un poco á la boca del tubo largo de cristal), agua caliente y la sustancia volátil que haya de inhalarse, bastan las compresiones de la pera con la mano para que el aire lanzado borbotee el agua y se volatilicen los medicamentos, que salen con el aire á través del tubo que conduce á la boca del enfermo.

Sin embargo de todo, cuando usamos inhalaciones de vapor nos encontramos que no siempre sabemos cuánto debemos al vapor acuoso y cuánto á la pequeña cantidad de medicamento empleado.

Las inhalaciones de cloruro amónico naciente pertenecen á diferente clase de remedios. Hállase hoy día reconocido que este vapor, cuando se aplica á las membranas mucosas acatarradas, tiene una muy distinta acción benéfica. Su *modus operandi* no está bien explicado, mas la clínica le es favorable. Existen muchos aparatos para esta clase de inhalaciones; pero el de Godfrey es el más á propósito.

El *spray* rara vez se usa en la faringe; pero está indicado en aquellas personas sensibles que soportan mal los toques. Los aparatos de Siegle son poco eficaces, pues no se une bien el medicamento al vapor acuoso. De todos modos, un *spray* de vapor puede ser beneficioso en casos agudos, debido á la combinación de la humedad y el calor. Por mi parte prefiero, para conseguir este resultado, el empleo de la vaselina líquida ó cualquiera otra sustancia oleaginosa, sólo que, entonces, hay que usar el aparato de *spray*, de Vilbri.

La aplicación externa del calor y el frío no necesita ser detallada. Los tubos de Leiter tienen aquí su indicación.

Un remedio popular en Alemania es la aplicación de paños de agua fría, rodeados de otro de seda ó toalla seca. Sus efectos son dilatar los vasos cutáneos.

Como regla general, utilizamos el frío cuando deseamos detener la inflamación y que no sobrevenga la supuración.

Al interior, y con igual fin, así como por su acción isquemianta y analgésica, usamos bebidas heladas y hielo en trozos.

La insuflación de polvos se usa poco en la faringe. Caso de necesitarse, podemos verificarlo con el insuflador faríngeo.

La *escarificación de las tonsilas* encuentra muchas veces su oportunidad. En tal caso, puede practicarse con el bisturi faríngeo de Morell-Mackenzie.

CÁUSTICOS. — Está muy arraigado en España el usar como cáustico, para la faringe, el nitrato de plata, y es un error, porque más bien obra por su acción astringente que cáustica, á causa de formar en la superficie de la mucosa un albuminato de plata.

Cuando se desee una acción destructora verdadera y eficaz, debemos elegir el cauterio eléctrico (*galvanocaustia*), ó el ácido crómico entre los cáusticos químicos.

Es preferible el galvanocauterio ordinario (de Chardín) alimentado por una batería más ó menos potente, que el provisto de acumulador, que suele degenerar con rapidez.

Para emplear la *galvanocaustia* conviene: 1.º, anestesiar con la disolución de cocaína la parte que ha de causticarse; 2.º, quemar la parte, pero aplicando frío el platino, para dejar pasar después la corriente nada más que hasta el rojo blanco, y suspenderla de nuevo antes de separar el cuchillito galvanocáustico del punto colocado, porque si se quita antes se trae detrás los tejidos y expone al enfermo á quemaduras en sitios no anestesiados.

Para cohibir hemorragias poco abundantes (en las grandes es contraproducente), aplíquese el alambre ó cuchillo de platino, de plano, y al rojo-oscuro.

Cuando no se disponga de *galvanocaustia*, podemos utilizar el ácido crómico. Un procedimiento bueno es el siguiente: caliéntese á la llama de alcohol la extremidad de un estilete ó una cucharilla de plata, y después se introduce entre los cristales de ácido crómico hasta que se unen varios de ellos; entonces se somete de nuevo á la acción de la llama de alcohol, hasta que tome una coloración rojonegra. De este modo se aplica al punto hipertrofiado.

Conviene limitar su aplicación á un punto *muy concreto*, y hacer al enfermo que se gargarice (y aun trague) después con una solución de bicarbonato de sosa, á fin de prevenir síntomas de intoxicación (sequedad de garganta, depresión de fuerzas, etc.).

El *masaje* de la faringe se usa poco. Sin embargo, Kelgreem lo recomienda mucho, y, al efecto, refiere un caso de parálisis diftérica curado por dicho procedimiento. Usó tres distintos ejercicios: 1.º, colocó dos dedos á cada lado de la raíz de la lengua, é hizo suaves movimientos de adelante atrás; 2.º, agarró la raíz de la lengua entre los dedos, sacudiéndola lateralmente; y 3.º, puso las yemas de los dedos por dentro del ramo ascendente del maxilar, é imprimió un movimiento vibratorio hacia atrás, adelante y adentro.

Ni conozco más hechos clínicos, ni creo tenga indicación esta clase de masaje en otras enfermedades faríngeas. En cambio, el masaje vibratorio se usa más de ordinario.

La aplicación de la *electricidad* á la faringe tiene sus indicaciones en determinados afectos de indole nerviosa, ora de origen central, ya periférico. Puede utilizarse al efecto el electrodo laríngeo.

Como *anestésicos* comunes de la faringe se emplean, con gran ventaja, actualmente la disolución de clorhidrato de cocaína al 10 por 100, y hasta al 20 por 100, según los casos, y también el mentol al 20 por 100, si bien es este último mucho menos enérgico. Asimismo anestesia, aunque débilmente, la mucosa faringo-laríngea, la disolución de antipirina al 5 á 10 por 100.

Una combinación que me da excelentes resultados es la de la cocaína y antipirina. Entonces hay que poner menos dosis de la primera y se sostienen por más tiempo sus efectos.

En cuanto á la *higiene*, digámoslo así, vocal, conviene, no sólo no abusar, si es que hasta prohibir hablar á los que padecen de la faringe y laringe, sobre todo á los oradores, cantantes, etc. El tabaco y las bebidas alcohólicas son también perjudiciales á todos los enfermos de la garganta, así como á los predispuestos á contraer catarros.

El *spray* ó la limpieza de la faringe conviene á todo el mundo, enfermos y sanos, y nada más á propósito para realizarla que los gargarismos con agua templada salada por la mañana al levantarse de la cama, cual se hace la limpieza de los dientes ó la boca. Será más eficaz, si le preceden irrigaciones por las fosas nasales con la misma agua templada salada, mediante una pera ordinaria de goma.]— DOCTOR C. COMPAIRED.

[Patología de la faringe.

AFECCIONES DE LA ÚVULA

En el estudio de las afecciones de la faringe, preferentemente de la llamada oro-pharynx, ó faringe bucal, debemos, á mi juicio, comenzar por lo primero que llama nuestra atención, por lo primero que se ve al mandar abrir la boca á un enfermo, esto es, por la úvula. Seguiremos después describiendo la patología de las amígdalas, y á continuación la de la faringe propiamente dicha, pero sin ocuparnos en la de la cavidad naso-faríngea, que la estudia el autor en la parte correspondiente de la obra: *Enfermedades de las fosas nasales.*

Las afecciones de la úvula casi nunca se las observa aisladas. Siempre acompañan, preceden ó siguen á enfermedades de la faringe de naturaleza diferente. Así, por ejemplo, apreciamos con suma frecuencia un estado particular de atonía ó de relajación de la úvula, como consecuencia de ataques repetidos de angina la mayoría de las veces, ó independientemente de toda lesión local otras, siendo en ocasiones el primer síntoma de una faringitis catarral.

Esta atonía de la úvula puede ser el punto de partida de numerosos trastornos, ora faríngeos, bien faringo-laríngeos, bronquiales y aun de toda la economía, que no pocas veces acusan relativa gravedad, y que mientras no se dirija la terapéutica única y exclusivamente á la causa determinante, ni cederán ni se modificarán. Tal ocurre en los casos en que la uvulitis ó la atonía de la úvula engendraron y sostienen una faringitis catarral, la cual no desaparecerá, aun con los tratamientos mejor instituidos, mientras no combatamos oportunamente aquélla.

Citanse, sin embargo, casos de úvulas extraordinariamente largas y atónicas que no producen grandes trastornos — y de ello tengo algún caso visto en mi práctica —, así como de úvulas sumamente edematosas que, sin indicarnos la enfermedad de Bright, pasan inadvertidas por completo para el enfermo.

Á pesar de todo esto, estudiaremos por separado sus distintas lesiones.

UVULITIS. — EDEMA DE LA ÚVULA

Á juicio de Lennox-Browne—de quien tomamos muchos de los datos para la confección de estas notas— casi siempre acompaña esta afección á una faringitis generalizada, si bien se la suele observar aisladamente y sin apenas hiperhemia del resto de la garganta.

Como la amigdalitis aguda, sobreviene con más frecuencia en los artríticos y se acompaña de constipación y alteraciones gastro-intestinales. También padecen á menudo el edema de la úvula los sífilíticos, tísicos y los que padecen de anasarca generalizado.

Los *síntomas* consisten en una sensación de estorbo en la faringe, que hace continuamente *tragar* su saliva al enfermo, molestias en la deglución, alguna vez dolor de intensidad variable y cosquilleo que determina golpes de tos seca, más frecuente si la irritación se produce en la epiglotis por el continuo roce de la úvula excesivamente prolongada.

Como *tratamiento*, el mejor es amputarla mediante unas tijeras curvas, previamente cocainizada la parte y agarrada la extremidad libre con unas pinzas de anillo, ó también con el uvulotomo de Mackenzie. No hay ningún peligro en practicar la operación en pleno pe-

riodo inflamatorio, pero es conveniente diferirla, y mientras tanto se la puede escarificar y aplicar después tópicos astringentes.

En cambio, no se debe nunca amputar una úvula atacada de edema sifilitico.

La hemorragia consecutiva á la uvulotomía (muy escasa) y el dolor al tragar, se calman pronto y perfectamente con trocitos de hielo. Pasado este primer momento, se dispondrán gargarismos con agua salada un poco templada, y se recomendarán alimentos líquidos ó semi-líquidos.

Tanto la *uvulitis subaguda* cuanto la *crónica*, son formas idénticas que siempre van asociadas á la faringitis crónica, y más todavía á la faringitis lateral, y las cuales reclaman el mismo tratamiento que la forma aguda.

ATONÍA CRÓNICA DE LA FARINGE. — ÚVULA PROCIDENTE

La úvula procidente, afección propia de los que padecen frecuentes anginas ó de los que sufren de angina crónica (oradores, cantores, jefes de ejército, etc.), determina un conjunto de síntomas que, independientemente de la lesión faríngea, hay que combatir.

SÍNTOMAS. — Son numerosos y varían según el enfermo. Así, hay á quienes una úvula muy procidente y atónica no determina apenas molestias, al paso que otros, estando en ellos menos manifiesta la afección, se quejan de tos, cosquilleo, náuseas y hasta vómitos por las mañanas al levantarse, fenómenos de espasmo de la glotis al hallarse acostados en posición supina, y que aun dormidos les obliga á despertar y sentarse ó cambiar de decúbito (por acción refleja), etc., etc.

En uno ú otro, el conjunto sintomático que á la ligera acabamos de describir acaba por producir un estado de postración nerviosa que, unida á la pérdida de fuerzas y enflaquecimiento sobrevenidos por el insomnio, la tos y los vómitos, hace tomar al enfermo aspecto de tísico, con lo cual se impresiona y acaba por perseguirle y atormentarle de un modo incesante semejante idea, hasta que llega á posesionarse de ella con todas las seguridades que dan la continuada observación de una imaginación *hipocondriaca*.

La procidencia de la úvula juega, además, un papel de causa y de efecto, en lo concerniente á los trastornos gástricos.

La voz se altera con mucha rapidez, pasando por todas las gradaciones de hacerse velada, ronca, afona, etc., por el simple cambio de temperatura en habitaciones ó en la calle, por hablar alto ó muy continuado, etc., etc.

Mediante esta sintomatología subjetiva, podremos ya hacer el diag-

nóstico con algunos fundamentos; pero llevaremos á nuestro ánimo el convencimiento más absoluto, practicando el examen de las fauces.

He aquí, según Lennox-Browne, lo que conviene hacer para mejor ver la lesión.

«1.º Recomendando al enfermo abrir naturalmente la boca, sin hacer ninguna inspiración, se verá descansar la úvula sobre la base de la lengua, en vez de replegarse hacia el velo del paladar.

2.º Si el velo del paladar permanece contraído durante la inspiración, obligúese al enfermo á respirar por las fosas nasales; entonces se colocará el velo en posición normal, y se presentará la úvula con toda la longitud que tenga.

3.º Haciéndole á seguida respirar profundamente, con la boca muy abierta, y recomendándole la emisión de una nota elevada, veremos que no se eleva la úvula á causa de cierto grado de paresia del tensor palatino.

4.º El grado de procidencia de la úvula depende de la relación existente entre su longitud y la altura del istmo de las fauces; y

5.º Si, á pesar de estas precauciones, no se aprecia demasiado larga la úvula y no se encuentra ninguna otra explicación posible de los trastornos referidos, se deberán examinar muy atentamente los bordes libres del velo del paladar, por si los hallamos delgados, traslúcidos, anémicos ó pálidos y muy movibles á la menor acción de la corriente del aire inspirado.»

Suele observarse la hipertrofia de las glándulas linfoides situadas en el espesor de la úvula, tomando el aspecto de pequeñitos tubérculos ó quistes; y si dichas hipertrofias son dolorosas, cabe la sospecha de que sean verdaderos neoplasmas tuberculosos en su primer estadio de ulceración.

TRATAMIENTO. — En los casos benignos, y en todos en general, antes de decidirse á la operación conviene emplear las pastillas astringentes, compuestas de 65 miligramos de eucalipto y un poquito de escila en polvo cada una, ó las llamadas de eucalipto (que contienen, cada pastilla, 15 centigramos de clorato de potasa, 5 de extracto de eucalipto, 15 miligramos de polvo de cubeba, y mezclado todo con pasta de frutas, y en el caso de que el estómago soporte mal esta última pasta, incorporando las anteriores materias con glicogelatina), administrando una ó dos antes de hablar ó cantar, y varias al día, dejándolas disolver poco á poco en la boca. Si no bastaren, podrán emplearse los toques, mediante un pincel, con una disolución de percloruro de hierro (de 1 á 5 gramos, por 30 de agua destilada), ó bien de cloruro de zinc ($\frac{1}{2}$ á 1 $\frac{1}{2}$ gramos, por 30 de agua destilada), una ó, á lo sumo, dos veces al día.

En caso de fracasar estos remedios, ó si la úvula resulta extraordinariamente procidente, convendrá practicar su amputación, para lo cual, mejor que empleando un uvulotomó cualquiera, con las tijeras curvas y las pinzas de anillo. Es preciso amputar muy cerca de su base.

VICIOS DE CONFORMACIÓN. — NEOPLASMAS DE LA ÚVULA

En ocasiones presenta la úvula una forma asimétrica, otras está bifurcada, y á veces hasta falta por completo.

Tales vicios de conformación no son obstáculo para operar, cuando está indicada la uvulotomía.

Lennox-Browne dice no haber visto nunca neoplasias malignas de la úvula, pero sí angiomas (que conviene destruir con la galvanocautia), y unos pequeños nódulos ó excrecencias que, sin estar ligados á la sífilis, suelen, sin embargo, coincidir y acompañar á dicha infección.] — DR. C. COMPAIRED.

[AFECCIONES DE LAS AMÍGDALAS

Colocadas las amígdalas llamadas palatinas — para diferenciarlas de la lingual, de Luschka, etc. — en las excavaciones ojivales que forman, al descender desde la úvula, los pilares anterior y posterior del velo del paladar, á los lados de la entrada de la faringe y al mismo nivel de la base de la lengua, tienen ordinariamente una forma parecida á la de una almendra aplanada transversalmente, y unas dimensiones variables de 10 á 25 milímetros en sentido vertical, de 7 á 15 en el antero-posterior, y de 8 á 15 en el transversal.

Su color, en estado sano, no difiere del de la mucosa faríngea, y únicamente es más sonrosado en los fumadores y alcohólicos.

Desde el punto de vista histológico, pertenecen las amígdalas al grupo de las glándulas linfáticas.

Compónense de numerosas vesículas, divertículos ó criptas, cerradas, esferoidales y colocadas alrededor de las depresiones ó lagunas que ahuecan su cara interna, pero diferentes en absoluto á las glándulas de secreción. Son, simplemente, invaginaciones de la mucosa, idénticas á las existentes sobre la cara dorsal de la lengua.

En torno de estas criptas y en el espesor de sus paredes existen los folículos linfoides, de forma redonda ú oval, y formados por un retículo de tejido conjuntivo muy fino, entre cuyas mallas están aprisionados los leucocitos. Este retículo se engruesa ligeramente hacia la porción periférica del folículo, pero sin constituir este detalle un obstáculo á la emigración hacia el exterior, de los leucocitos.

Según Hingston Fox (1), el tejido esponjoso de la amígdala sólo tiene por objeto reabsorber, mediante las cavidades foliculares, el exceso de saliva que se segrega de un modo constante, y á juicio de Lennox-Browne cabe afirmar que las distintas amígdalas tienen órganos destinados á secretar leucocitos, los cuales, pasando por diapedesis desde los folículos linfoides á la cavidad de las criptas, y de allí á la boca, ejercen el papel de *fagocitos* en la boca y faringe.

El tejido de la amígdala es normalmente denso y apretado, por cuya razón lo divide la guillotina con facilidad suma. No sucede lo mismo cuando la glándula está ó acaba de estar inflamada, pues entonces el tejido es blando, friable y no ofrece resistencia alguna á la acción del instrumento, llegando hasta á desgarrarse en varios trozos. Además, el operar las amígdalas en estas condiciones es funesto en la mayoría de las ocasiones, porque sobrevienen hemorragias de alguna importancia, cosa que no ocurre en circunstancias normales, á pesar de recibir la amígdala arterias de tan distintos orígenes como son la faríngea inferior, palatinas y de la lingual.

AMIGDALITIS AGUDA

La mucosa que recubre las amígdalas puede participar de todos los procesos inflamatorios de la faringe ó del istmo de las fauces.

Cuando la inflamación se localiza tan sólo á la amígdala, ó ha comenzado por ella, constituye la amigdalitis.

Según Lennox-Browne, las diferentes variedades y subdivisiones de la amigdalitis no son más que grados distintos de una misma enfermedad.

Al efecto, establece que la inflamación limitada á la mucosa y á las criptas amigdalianas constituye la *angina amigdaliana superficial*; cuando no invade más que algunas criptas aisladas, sin atacar al tejido glandular, se forma la *amigdalitis folicular*, y, por último, si abarca el conjunto de los tejidos, dará lugar á la *amigdalitis parenquimatosa*. Esta forma puede terminarse por supuración, y producir un *absceso amigdaliano*.

Todavía existe otra manifestación, conocida con el nombre de *periamigdalitis* por referirse á la inflamación del tejido conjuntivo que rodea á la glándula, lo cual es á menudo la consecuencia de un mal estado de salud general.

ETIOLOGÍA. — Entre las causas predisponentes más comunes hay que citar en primer término la escrofulosis, el reumatismo, la edad infantil, el frío y la humedad, etc., etc.

(1) Hingston Fox, "Functions of the tonsils," ("Journal of Anatomy and Physiology,"), pág. 559. Londres, 1886.

Sin embargo, sabemos actualmente que numerosos microbios pueden determinar las anginas, y que estos microbios son los que producen la supuración (estreptococos, estafilococos), ó bien el *bacterium coli* (Widal) y el pneumococo, todos los cuales, no sólo pueden localizarse en el pulmón para determinar la pneumonía lobar, sino que dan lugar, además, á otras inflamaciones (meningitis, pleuresías, endocarditis, etc.), entre las que descuellan la amigdalitis y demás formas de anginas. De todos modos, es incontestable que actúan además como momentos etiológicos en la producción de la amigdalitis aguda, los irritantes locales de la faringe, como el tabaco y el alcohol. La frecuencia de las recidivas llega á engendrar la hipertrofia de las amígdalas.

SINTOMATOLOGÍA. — El comienzo ordinario de la amigdalitis suele ser brusco. Á lo sumo preceden á las manifestaciones guturales uno ó dos escalofríos y ligero malestar general.

Las funciones de la voz, deglución, respiración y palabra se alteran, dificultándose las dos segundas á un grado en relación con la intensidad del padecimiento.

El oído suele también participar del estado morbosó, advirtiéndose el enfermo dolor al tragar, ruido de oídos, sordera, etc., como consecuencia de la propagación del proceso flogístico á la mucosa del oído medio, á través de la trompa.

El olfato y el gusto llegan hasta abolirse, pero, por regla general, no sufren más que un trastorno temporal.

Practicado el reconocimiento de la garganta, habremos observado que la lengua se halla recubierta de una capa saburral más ó menos espesa, y que por detrás de ella aparecen los pilares con su mucosa roja y tensa. La amígdala enferma (sea una sola ó las dos á la vez) presenta también una coloración roja intensa, y afecta un volumen tal, que el istmo de las fauces queda bastante angosto. Los folículos están distendidos por una sustancia blanca, ó bien recubiertos por un exudado fétido de aspecto cremoso.

La úvula suele interesarse en el proceso, y entonces adquiere la forma, volumen, color, etc., que hemos estudiado en la nota *Uvulitis*.

Á veces se limita la inflamación á la amígdala; otras se extiende á los pilares y aun á la faringe.

Coincidiendo con estos síntomas locales existen otros generales, en relación con la intensidad del padecimiento, consistentes en abatimiento general, fiebre, inapetencia, estreñimiento, etc., etc.

DIAGNÓSTICO. — Es, por regla general, fácil. Sin embargo, pudiera confundirse la amigdalitis con una angina diftérica, por más que no apreciaremos en aquélla la superficie exulcerada y sangrante al des-

prender el exudado, ni la falsa membrana que suele invadir á la faringe y velo del paladar de la difteria, y que se halla muy adherida á los tejidos, etc., etc. En último resultado, el tratamiento y el curso seguido por la enfermedad en las veinticuatro horas siguientes á nuestro reconocimiento dilucidarán el diagnóstico.

El *pronóstico* de la amigdalitis aguda es benigno; rara vez dura más de ocho días, y únicamente deja después de su curación una gran tendencia á la recidiva.

TRATAMIENTO. — Debe ser general y local.

Según la intensidad de los fenómenos generales, utilizaremos una ú otra de las fórmulas siguientes:

Conseguiremos moderar la fiebre y ayudaremos á la resolución de la amigdalitis, administrando desde el principio una cucharada de las de café cada cuarto de hora, y después cada media hora hasta lograr una ligera diaforesis, de la poción de

Tintura de acónito.	XV gotas.
Agua destilada.	60 gramos.

El *gayacol*, según la indicación de Sir Thomas Watson, parece tener á la vez una acción general y local específica, lo cual probaría hasta cierto punto la naturaleza reumática de la afección que estudiamos. Puede administrarse en poción, ó en forma de pastillas, conteniendo en este caso cada una 15 centigramos de gayacol.

Para mantener la alcalinidad de la orina están indicadas las sales de potasa, y resulta una buena combinación, por sus efectos algo laxantes, la siguiente fórmula:

Nitrato de potasa.	1,50 gramos.
Sulfato de magnesia	4 —
Agua alcanforada	30 —
Espíritu de nitro.	XX gotas.

Mézclase. — Para una toma, que se repetirá hasta efecto, al principio de las amigdalitis y anginas agudas.

Lennox-Browne prefiere el ácido salicílico al acónito, por creerlo más eficaz contra el elemento reumático y la hipertermia, y aconseja emplearlo de este modo:

Salicilato sódico.	0,50 á 1,50 gramos.
Clorato sódico.	0,30 á 0,60 —
Infusión de quina.	30 —
Espíritu de cloroformo	X gotas.

Mézclase y disuélvase. — Para tomar cada hora ó cada dos horas hasta efecto.

También, dice, se puede añadir á la anterior fórmula el sulfato de magnesia.

Cuando esté el enfermo bajo una depresión física cualquiera, pres-

cribe el mismo autor citado 15 centigramos de sulfato de hierro, que adiciona á la fórmula mencionada de nitrato de potasa y sulfato de magnesia.

En el periodo de convalecencia están indicados los amargos del reino vegetal y ciertos alcalinos, para lo cual aconsejamos:

Carbonato de amoniaco.	0,20 á 0,30 gramos.
Infusión de euasia.	30 —

Mézclese. — Como tónica. — De una vez.

Ó,

Bicarbonato de sosa	1,50 gramos.
Infusión de genciana compuesta.	30 —
Espíritu de amoniaco.	XX gotas.

Mézclese. — Para una dosis.

El *salol* ha sido preconizado por M. Capart, de Bruselas, y por el Dr. Gouguenheim, quienes lo emplean, con éxito, contra las anginas y amigdalitis agudas á la dosis de 3 á 6 gramos en poción gomosa. El *salol* calma el dolor, rebaja la temperatura, obra como antiséptico general, y de la resultante de estas diversas acciones se consigue disminuir la duración del padecimiento.

También calma el dolor y abrevia la afección, según el Dr. Ruault, el *benzoato de sosa* á dosis elevadas de 8 gramos.

El sulfato de quinina, la antipirina y el ácido salicílico, bien solos ó asociados los unos á los otros, prestan asimismo excelentes servicios.

El *tratamiento local* es más importante que el anterior, puesto que se dirige al mismo tiempo contra el dolor y demás efectos de la inflamación, y contra la infección.

Las inhalaciones y vaporizaciones calientes no suelen ser beneficiosas, y, además, molestan y fatigan al enfermo.

El hielo sólo produce resultados momentáneos, y acostumbra después á aumentar el dolor y el espasmo muscular.

Un tópico activo y agradable á la vez es el llenarse la boca y hacer gárgaras, ó mantener el líquido durante mucho tiempo adosado á la faringe, inclinando la cabeza hacia atrás, con agua templada, á la que se haya mezclado una solución glicerinada de ácido fénico (una parte de éste por 40 ó 60 de glicerina), ó de ácido salicílico al 1 por 100.

Cuando haya obstrucción de la naso-faringe, se emplearán irrigaciones á través de las fosas nasales, mediante una pera de goma, con cualquiera de las fórmulas siguientes:

Glicerina boratada	2 gramos.
Agua destilada.	300 —

Mézclese. — Como calmante y antiséptica.

Permanganato de potasa.	0,50 gramos.
Agua destilada.	300 —

Mézclese. — Como detergente.

Sulfato de sosa.....	7,50	gramos.
Agua destilada.....	150	—

Mézclese. — Para mezclar á partes iguales con agua templada.

Clorato de potasa.....	} añ 15	gramos.
Bicarbonato sódico.....		
Bórax.....		
Azúcar blanca.....	4	—

Mézclese. — Disuélvase una cucharada de las de café, de este polvo, en 300 gramos de agua templada.

Siempre que se hagan irrigaciones nasales, conviene que el líquido no esté frío, pero tampoco más que ligeramente templado.

Nada calma mejor el dolor que los toques á las amígdalas, úvula y velo del paladar, con una solución de *clorhidrato de cocaína* en glicerina (10 centigramos por 10 gramos), ó mediante pulverizaciones templadas de una solución de *ácido bórico* y de *cocaína*:

Acido bórico.....	15	gramos.
Clorhidrato de cocaína.....	0,50	—
Glicerina.....	50	—
Agua.....	300	—

Disuélvase.

Un remedio que no debe despreciarse en muchas ocasiones consiste en aplicar sobre los lados del cuello *compresas* mojadas en *agua caliente* y cubrirlas después con una tela de tafetán engomada. Deben renovarse con frecuencia, sobre todo cuando advierte el enfermo que se han enfriado.

Tanto en forma de colutorios, gargarismos y lavados, cuanto en el de pulverizaciones, utilizaremos como antisépticos locales los ácidos bórico, salicílico y fénico, y el salol previamente disuelto en alcohol.

Los *gargarismos* se emplean casi exclusivamente en los adultos y en los casos benignos. Son recomendables los de:

Acido salicílico.....	} añ 2 á 4	gramos.
Bórax.....		
Miel.....	30	—
Agua destilada.....	250	—

Ó,

Borato sódico.....	10	gramos.
Agua caliente.....	200	—

Disuélvase y añádase:

Tintura de mirra.....	5	gramos.
Jarabe de moras.....	30	—

Ó,

Borato de sosa.....	6	gramos.
Tintura de benjuí.....	10	—
Infusión de rosas.....	250	—

Son preferibles los gargarismos de ácido bórico á los de ácido fénico, porque éstos determinan una sensación persistente de quemadura.

El ácido fénico, según el Dr. Gastón Lyon, conviene prescribirlo en

colutorio bajo la forma de fenol alcanforado, en la forma siguiente:

Acido fénico cristalizado.....	}	aa	0,50 gramos.
Alcanfor.....			
Glicerina.....	}	aa	50 —
Agua destilada.....			
Esencia de Wintergreen.....			ii á v gotas.

Mézclase y disuélvase; para toques ó embadurnamientos tres veces al día.

También el salol puede emplearse en colutorio:

Salol.....	3 gramos.
Glicerina.....	80 —
Alcohol.....	c. s. para disolverlo.

ó, mejor todavía, el salol sulforricinado:

Salol.....	5 gramos.
Sulforricinato de sosa.....	95 —

Todos estos colutorios son muy útiles aun en las amigdalitis y anginas sin exudado.

Cuando hay abundancia de exudado, convendrán los *lavados* de la garganta con agua bórica, ó con agua salolada (obtenida por la mezcla de un litro de agua caliente y una solución de 2 gramos de salol en 50 de alcohol).

Los Dres. Ziemssen, Sahli y Heubner, recomiendan como muy eficaces en las amigdalitis, las inyecciones parenquimatosas de ácido fénico al 2 por 100, introduciendo con la jeringuilla medio centímetro de la disolución en cada amígdala.

Por último, haremos mención del tratamiento *abortivo* por el bicarbonato de sosa en polvo, del cual tenemos poca confianza; del mentol en vaporizaciones, toques ó en forma de pastillas, etc., etc.

Las aplicaciones á la región anterior del cuello de mostaza, tintura de iodo, etc., pueden á veces favorecer la resolución del padecimiento, pero en muchas ocasiones serán más perjudiciales que útiles.

Respecto á la intervención quirúrgica, cuestión tan debatida por todos los autores, me limitaré á copiar las conclusiones que establece el Dr. Lennox-Browne en su obra, con las que estoy conforme:

«1.^a No hacer jamás escarificaciones sobre una amígdala inflamada, y así evitaremos sufrimientos inútiles al enfermo.

2.^a Tampoco deben hacerse incisiones profundas, á menos de tener seguridad en la existencia de pus coleccionado.

3.^a Aconsejaremos, para después de curada la amigdalitis, la ablación de la glándula, á fin de evitar probables recidivas; y

4.^a Practicar la ablación de las amígdalas, aun al principio de una amigdalitis, siempre que en el estado normal no sea aquélla factible á causa del poco volumen de la glándula, y que además tenga marcada tendencia á las recidivas.»

Como *tratamiento profiláctico* se aconsejarán los medios que eviten

los enfriamientos, los baños de mar, el tratamiento hidro-mineral por las aguas sulfurosas frías ó templadas, la antisepsia bucal diaria, cosa que se consigue enjuagándose la boca, por lo menos una vez al día, con una solución de borato de sosa, al 2 ó al 3 por 100, ó con otra de ácido tímico al 1 por 1.000, ó también con el alcohol salolado (cucharada de las de café por vaso de agua), y con vino después de las comidas, etc., etc.

AMIGDALITIS CRÓNICA.—HIPERTROFIA DE LAS AMÍGDALAS

Con el Dr. A. Sallard (1), entendemos por *hipertrofia de las amígdalas*, el desarrollo excesivo y morbosos del aparato linfóide de la faringe, cuya alteración interesa, ora al conjunto de sus diferentes porciones (amígdalas palatinas, faríngea y lingual), bien aisladamente á cada una de ellas.

Sólo estudiaremos aquí la hipertrofia de las amígdalas palatinas y lingual, por hacerlo de la amígdala faríngea el autor, en la parte correspondiente á « fosas nasales ».

A. — Hipertrofia de las amígdalas palatinas.

Al Dr. Ruault (2) se debe la distinción de dos tipos de amígdalas palatinas hipertrofiadas, el *tipo adenoide* y el *tipo fibroso*. El primero, blando, de predominio linfóide manifiesto, se encuentra casi exclusivamente en la infancia; el segundo, tipo duro, de predominio fibroso, se observa habitualmente en la edad adulta.

Desde el punto de vista clínico, pudiéramos afirmar que constituyen dichos dos tipos, gradaciones distintas de un mismo afecto, en cuyo caso cabría considerar al primero como una pseudo-hipertrofia, todá vez que sus caracteres anatómo-patológicos corresponden á lo que se estudia con el nombre de *amigdalitis lagunar crónica*.

Cuanto á las *concreciones intralagunares* de las amígdalas, las conceptuamos asimismo como una forma de pseudo-hipertrofia *limitada*.

SINTOMATOLOGÍA. —Podremos llamar hipertrofiada á una amígdala siempre que, sin proceso alguno inflamatorio del momento, *traspase* la línea de los pilares avanzando hacia la línea media de la faringe, introduciendo alteraciones en la respiración, deglución, vocalización, etc.

En su consecuencia, el *volumen* puede variar al infinito, y su *forma*

(1) Dr. A. Sallard, "Hypertrophie des amygdales,, Paris.

(2) Ruault, "Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes,, ("Union Médicale,, 1887).

corresponder á una de las tres variantes establecidas por el Dr. Moure (1), de *pediculadas*, *encapsuladas* y *lagunares*.

Corresponden al primer grupo las que sólo se hallan adheridas á la faringe por una base estrecha ó pediculada.

Á la segunda categoría pertenecen las amígdalas de amplia base de implantación, de forma más ó menos aplanada que, sin sobresalir exageradamente fuera de los pilares, se las ve adheridas con fuerza á los mismos, cual si las formasen una verdadera cápsula. Y las lagunares son aquellas que, teniendo las glándulas enormemente dilatadas sus criptas y rellenas de productos de secreción, es suficiente evacuarlas para que, al retraerse, disminuya de volumen toda la amígdala. Es lo que consideramos como verdadera y simple pseudo-hipertrofia.

La *coloración* de las tonsilas hipertrofiadas, fuera de los períodos fluxionarios, varía con la edad y con la clase de hipertrofia, desde la más absoluta palidez característica en la infancia, hasta el rojo lívido ó el violáceo, propio de la edad adolescente y adulta.

El *aspecto* de su superficie es asimismo distinto, observándose en unos casos poliposo, multilobular ó nada más que granuloso, al paso que en otros se aprecia perfectamente liso é igual.

Por la *palpación* digital nos aseguramos de estas diferencias, que no afectan gran cosa para el tratamiento ulterior, y, sobre todo, adquirimos la noción de su dureza y movilidad.

Los *trastornos funcionales* que determinan corresponden á la intensidad, antigüedad y volumen del proceso morbozo local.

La *disfagia*, primer efecto de la hipertrofia de las amígdalas, se acentúa cuando sobreviene una agudización de la misma.

Lo mismo ocurre con la *respiración*, más dificultada aún en condiciones, digámoslo así, normales; por la noche llega hasta la dispnea cuando, por efecto de una agudización, vienen á juntarse en la línea media de la faringe.

Efecto de esta insuficiente y dificultada respiración suelen sobrevenir ataques de verdadero asma, llamados *amigdalianos*, tos y demás fenómenos del catarro de las primeras vías aéreas, creando además un terreno abonado en la mucosa respiratoria para el contagio de muchas enfermedades infecciosas generales y locales del aparato respiratorio.

Asimismo, y como consecuencia de esta insuficiente respiración y hematopoyesis, languidecen los enfermos; y si se trata de niños, se vuelven anémicos, se suspende su desarrollo físico, y hasta el intelectual parece como detenido (2).

(1) Moure, "Traitement de l'hypertrophie des amygdales", Doim, 1892.

(2) Véase mi folleto "Perturbaciones y trastornos que la hipertrofia tonsilar y los adenomas naso-faríngeos determinan en la organización infantil", Madrid, Diciembre de 1892.

La concomitancia que suele haber preferentemente en los niños, de la rinitis hipertrófica y de vegetaciones adenoides con la hipertrofia amigdaliana, explica más y más el ronquido característico durante el sueño, el mantenimiento constante de la boca abierta, la sequedad de fauces, la respiración semianhelosa, y el aspecto *sui generis*, en fin, que caracteriza á tales individuos, parecido al del idiota.

Entre los sentidos, el que más pronto sufre las consecuencias es el *oído*, pues obstruyéndose la trompa de Eustaquio sobrevienen otitis medias, cuyo resultado es la sordera si á tiempo no se instituye un tratamiento apropiado.

También el *gusto* y el *olfato* se trastornan, ora pervirtiéndose, ya aboliéndose en absoluto.

DIAGNÓSTICO. — No ofrece dificultades. Sin embargo, conviene muy mucho no confundir esta afección con el *epitelioma* de la *amígdala* ni con la *linfadenia amigdaliana*.

El *epitelioma* de la *amígdala* se presenta rara vez, y esto, por regla general, después de los cuarenta años; suele ser unilateral y comienza por lo común en un punto próximo. De todos modos, la *amígdala*, aunque abultada, tiene una dureza leñosa; hay infartos ganglionares, está infiltrada la foseta subamigdaliana, y, por último, hay dolor lancinante en la glándula, que se irradia hacia el *oído* correspondiente.

Los caracteres objetivos de la *linfadenia amigdaliana* no se diferencian sensiblemente de los de la hipertrofia, mas la primera no debuta por afecciones guturales, tiene una marcha rapidísima, atacando dicha neoplasia á las dos *amígdalas* á la vez, ó á una sola, en cuyo caso parece existe cierta predilección por la izquierda, y de todos modos adquiere en poquitos días un gran volumen; su coloración es gris, parecida á la de la sustancia cerebral, y, por último, los ganglios linfáticos se ven invadidos inmediatamente.

Importa mucho saber hacer esta distinción, utilizando si es preciso hasta el examen de la sangre, porque la operación en la *linfadenia* es siempre mortal.

TRATAMIENTO. — Es ridículo pensar que podamos obtener la curación de la hipertrofia amigdaliana, y ni aun la reducción de su volumen, con ningún tratamiento médico, sea éste general ó local, ó de la clase que se quiera.

Por lo tanto, ni los toques con la tintura de iodo, disolución de nitrato de plata, ácido crómico, etc., etc., harán, á lo sumo, más que modificar *en parte* el aspecto exterior de la *amígdala*.

El tratamiento quirúrgico, el único eficaz y decisivo, tiene también sus procedimientos y gradaciones, que podemos clasificar en electro-

lisis, discisión, galvanocaustia, extracción á trozos según el procedimiento de Ruault y la amigdalotomía.

Electrolisis. — Consiste en el empleo de una corriente galvánica débil que se hace pasar á través de la amígdala, teniendo cuidado de introducir la aguja ó de colocar el *polo negativo* en su parénquima, el cual, desde el punto de vista de la electrolisis, significa el polo activo por excelencia. La otra aguja ó *polo positivo* se coloca en la superficie de la misma amígdala (H. Knight), ó mejor, detrás del ángulo del maxilar inferior, previamente recubierto por una sustancia esponjosa y humedecida.

Su acción consiste en provocar la reabsorción de los exudados inflamatorios.

Es un método lentísimo en demasía, toda vez que no se puede practicar más de una vez por semana, y esto durante *muchísimo* tiempo para llegar a conseguir un resultado *relativo*.

Discisión. — Preferentemente indicada en las pseudo-hipertrofias por amigdalitis lagunar, y en los casos en que predominan las lesiones de las criptas distendidas por concreciones caseosas, ha sido preconizada en estos últimos años por M. Moritz Schmidt (1), en Alemania, y por Lubet Barbon, Martin y por Gampert (2), en Francia, habiendo el último dado reglas claras y categóricas para su ejecución, así como para sus indicaciones.

Consiste esta operación en incidir ampliamente las criptas, poniéndolas en comunicacióu entre sí y con el exterior, y dejando como una especie de trayecto fistuloso.

Previa cocainización si se quieren evitar los reflejos, pues no es doloroso el acto quirúrgico, deprimida la lengua y bien iluminado el istmo de las fauces, se introduce el gancho romo á propósito para esta operación por una cripta, la más enferma, y se saca por otra más ó menos próxima, tirando entonces hacia fuera, con lo que resulta una hendidura del tejido de la amígdala, por la cual se escapa un poco de sangre y la materia caseosa contenida en aquéllas.

Si el tejido de la glándula es duro y la entrada de las criptas está cerrada, se usarán ganchos de punta.

En cada sesión pueden abrirse tres, cuatro ó seis criptas, y de ocho en ocho días se van incendiando las demás.

Á fin de impedir la inmediata reunión de los bordes, que produciría trayectos fistulosos, se toca la superficie cortada, á seguida de la

(1) M. Schmidt, "Ueber Schilzung der Tonsillen," ("Thérap. Monatschrift,"), oct. de 1889.

(2) Gampert, "Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales," ("Th. de Paris,"), 1891, núm. 142).

operación, con la solución de ioduro potásico iodurada, que se compone de:

Iodo metálico.....	0,20	gramos.
Ioduro potásico.....	0,50	—
Glicerina.....	50	—
Agua.....	10	—

Mézclase y disuélvase.

Si después de varias sesiones quedaran algunas irregularidades en la amígdala, como trozos salientes ó colgantes, se cortarán con las tijeras curvas.

Galvanocaustia. — Es un procedimiento excelente, que da resultados completos y se halla exento de peligros.

La única desventaja que tiene es la del tiempo que hay que emplear para combatir la hipertrofia, pues conviene dejar entre sesión y sesión un intervalo variable de seis á dieciséis días, según los individuos y los casos.

Deben hacerse dos ó tres punciones con el cuchillo galvanocáustico en cada sesión, profundas, á distancias cortas una de otra, llevándolo frío á la glándula, en cuyo momento se le hace pasar la corriente para suspenderla de nuevo al retirarlo.

Aún mejor que estas punturas conviene introducir la punta del cuchillo por una cripta, y sacándolo por otra se viene á hacer como con el gancho de discisión, en cuyo preciso instante se hace pasar la corriente.

La reacción que sigue á cada sesión es insignificante, y bastan á dominarla los gargarismos de agua salada templada.

Lo mismo que con el galvanocauterio puede hacerse con el termocauterio de Paquelin, empleando un cuchillito acodado que al efecto tiene construido el autor, y con el que se consigue un resultado mejor, si cabe, que con la galvanocaustia.

Tiene el inconveniente, sin embargo, de irradiar más calor á las partes vecinas, y de exponer á producir quemaduras en otros sitios si el enfermo ejecuta movimientos intempestivos.

Moure practica grandes incisiones con el cuchillo galvanocáustico, consiguiendo en dos ó tres sesiones lo que hace necesarias ocho ó diez con los otros procedimientos.

Evita ó disminuye la fuerte reacción efecto de este procedimiento, haciendo bañar ó gargarizar al enfermo inmediatamente después de la operación, con la siguiente solución emoliente y antiséptica:

Bromuro de sodio.....	} añ 6 gramos.
Borato de sosa.....	
Acido fólico.....	1 —
Glicerina pura.....	50 —
Cocimiento de cebada y raíz de malvabisco.....	450 —

Disuélvase.

Repite la causticación á los quince ó veinte días, y rara vez necesita ejecutar una tercera.

Por último, y á título de curiosidad, citaremos el método del Dr. Pynchou (1), llamado *Diseción galvanocáustica*, que no ha prosperado en la práctica. Su principal indicación está en las amígdalas encapsuladas ó atacadas de inflamación lagunar. Consiste en ir disecando de delante atrás, y mediante el cuchillo galvanocáustico en ignición, toda la amígdala. Es operación larga y dolorosa, y expuesta á hemorragias de consideración al desprenderse la amplia y profunda escara.

Extracción á trozos, según el procedimiento de Ruault. — Este método, recientemente imaginado por el autor (2), consiste en arrancar ó extraer las partes salientes de la amígdala, mediante una pinza especial al efecto construída, y en tocar á seguida la solución de continuidad, mediante un tapón de algodón hidrófilo con la solución iodurada de:

Iodo.....	} aa	1 gramos.	
Ioduro potásico.....		4 á 6	—
Agua destilada.....			

Disuélvase.

Esta aplicación provoca un escozor vivo, que dura poco rato.

Algunos días después, una semana poco más ó menos, se ha verificado la reducción de la tonsila que ha quedado sin extraer.

No es dolorosa la operación, previa anestesia por la cocaína.

Pocas veces son necesarias dos sesiones, si se hace bien la primera operación.

Amigdalotomía. — Es el procedimiento más ventajoso y más rápido.

Está más indicado en las amígdalas salientes, duras, pálidas, poco vasculares y bien pediculadas. Sin embargo, no contraíndican la operación las otras formas de hipertrofia, y únicamente, según he consignado al estudiar los caracteres anatómicos de la glándula, deberá proscríbise cuando exista una agudización de carácter inflamatorio.

Debe cocainizarse á conciencia la parte, no sólo desde el punto de vista de la anestesia, sino también por la isquemia que se produce.

Sirve al efecto cualquiera amigdalotomo; pero yo prefiero la guillotina de Mackenzie.

(1) Pynchou, "Removal of Tonsillar Hypertrophy by Electro-Cautery Dissection.," ("Chicago, med. Soc.," 6 Octubre de 1890. — "Western Med. Report.," Diciembre de 1890).

(2) Véase la "Semaine médicale.," de 8 de Marzo de 1893.

Por ser posterior este trabajo á la publicación de las "Enfermedades de la faringe y sus anejos.," aparecido en 1892 en el tomo III del "Traité de Médecine.," de Charcot, Bouchard y Brissaud, y traducido al español por la Biblioteca de la "Revista de Medicina y Cirugía prácticas.," no hace de él ninguna mención el autor, en el capítulo correspondiente de "angines chroniques non spécifiques.,"

El *modus faciendi* es sencillo, y por puro conocido no lo describimos. Por regla general suele haber escasa hemorragia, que se cohibirá simplemente con trozos de hielo y gargarismos.

Los cuidados posteriores quedan reducidos en la mayoría de casos á gárgaras con agua salada y ácido bórico; á recomendar alimentación líquida ó semilíquida durante tres á seis días, y á recluirse el enfermo, por este mismo tiempo, á su habitación ó casa, evitando los enfriamientos y el hablar mucho.

Igual indicación y cuidados reclama la operación con el asa fría ó con la galvánica.

Algunos casos de hemorragia mortal por excisión total de las amígdalas fueron causa injusta de cierta prevención que, durante algún tiempo, se observó contra este procedimiento de la amigdalotomía. Pero, en honor de la verdad, hay que confesar que todos estos casos fueron operados con bisturí y no con amigdalotomo, y no se tuvieron bien en cuenta las indicaciones y contraindicaciones.

HIPERTROFIA POLIPOIDE DE LAS AMÍGDALAS. — Raras veces se presenta. La expresión vaga de pólipo amigdaliano sólo sirve para designarnos la existencia de una tumoración cualquiera, *pediculada*, á base de la misma glándula, si bien con formas histológicas diferentes.

Entre los varios casos que se registran en la literatura laringológica (Hajek, Lannois, Lublinski, Koch, Masse, etc.), ninguno tan evidente é interesante como el referido por Lemariey en los *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (núm. 5, 1895, pág. 452), en el que, en forma de un verdadero pólipo, caía sobre la faringe, por detrás de la úvula, el segmento superior de la amígdala izquierda, perfectamente pediculado, y contrastando con el resto de la glándula que permanecía normal, originando una serie de trastornos propios de un cuerpo extraño movable.

Á juicio de Hajek, el origen de estas hipertrofias polipoides tendría su punto de partida en la estrangulación de una parte del tejido adenoide, ó en el alargamiento del punto de inserción de una amígdala accesoria.

Las conclusiones que el Dr. Lemariey establece al final de su trabajo respecto del origen de este proceso, son:

- 1.^a El desarrollo de una amígdala accesoria.
- 2.^a La prolongación del punto de implantación de uno ó varios lóbulos de una amígdala multilobulada é hipertrofiada; y
- 3.^a La pediculización de la amígdala en su totalidad.

Respecto del tratamiento, nos concretaremos á consignar que sólo debe emplearse el asa fría ó galvánica y la guillotina para extirpar la porción pediculada.

Estas hipertrofias parecen susceptibles de evolucionar hacia dos tipos opuestos: el tipo fibroso y el tipo linfadenico.

Pueden permanecer latentes durante mucho tiempo, y rara vez constituyen un peligro inmediato para la vida del paciente.

AMIGDALITIS CRÓNICA COLIBACILAR. — Hállase caracterizada clínicamente (1) por su evolución crónica, pero comenzando por un período corto de accidentes agudos; por su tenacidad extraordinaria, toda vez que ningún tratamiento ordinario contra las anginas la modifica, á no ser destruyendo la amígdala; por la poca intensidad de los síntomas subjetivos locales (dolor ni calor á la garganta, sequedad ni hipersecreción mucosa, y á lo sumo y de vez en cuando, una ligera sensibilidad á la deglución cuando el exudado se hace confluyente); por la gran resonancia sobre el estado general sin guardar relación con la lesión local, y preferentemente sobre el tubo digestivo, cuyos fenómenos deben considerarse en absoluto de origen amigdaliano, puesto que cesan al momento que han quedado limpias las criptas, y reaparecen al volver á producirse el exudado; por el aspecto característico de las lesiones amigdalianas (exudado de consistencia semiblanda, de coloración blanco mate, formando pequeñas masas puntiformes, que hace hernia fuera de las criptas amigdalianas, y por lo regular no ataca las trabéculas interlagunares, cuya mucosa, muy resistente, sólo presenta ligero enrojecimiento) (2); por la integridad de las regiones periamigdalianas y faríngeas, y, finalmente, por la ausencia de participación de los ganglios en el proceso morboso.

Distinguese *bacteriológicamente* por la presencia del *bacterium coli*, que se encuentra en estado de pureza, no sólo sobre la membrana superficial y sobre las placas, si que también y aislado sobre los cortes del tejido de la amígdala.

Difiere, sin embargo, este *bacterium coli* del tipo normal, en que no da la reacción del indol y no hace fermentar con viveza la lactosa.

Dada la frecuencia del *bacterium coli* en la boca de los sujetos sanos y su ubicuidad, no es de extrañar sea menos rara la amigdalitis colibacilar de lo que pudiera creerse.

Lo que sucede es que pasa á menudo inadvertida, á causa de su gran semejanza con la faringomicosis leptotrixica. Tanta hay, que no

(1) Lermoyez, Helme et Barbiet, "Communication faite á la Société médicale des hôpitaux de Paris," 22 de Junio de 1894, y publicada en el núm. 8 (1894) de los "Annales des maladies de l'oreille et du larynx," pág. 787.

(2) Muchos puntos pueden hacerse confluentes y simular una falsa membrana gruesa, resistente, no disociable en el agua, pero muy poco adherente. Al arrancarla ó desprenderla, no sangra la mucosa, la cual, una vez limpia, no presenta ninguna lesión.

existe ningún signo clínico que las diferencie con absoluta claridad, pudiendo distinguirlas únicamente el examen bacteriológico.

Lo mismo la faringomicosis que la angina colibacilar, en razón á su indolencia, pasan inadvertidas con frecuencia, sobre todo en la práctica hospitalaria.

Sin embargo del exagerado parecido entre una y otra, haremos, por nuestra parte, la observación de que la micosis raras veces se localiza á un punto de la faringe ó velo, sino que, por el contrario, tiende á difundirse por toda la boca y cavidad faríngea, cosa que no acontece con la amigdalitis colibacilar.

El fenol sulfuricinado no tiene *acción práctica* ninguna, á pesar de lo afirmado en contra por algunos autores.

El ácido crómico, y mejor aún las punturas galvanocáusticas, dan mejores resultados; pero suelen reproducirse los puntos blancos en las amígdalas, factores de la disfagia y del aumento de volumen de la glándula.

El único tratamiento realmente eficaz es el *destrozamiento* á pequeños trozos de las amígdalas, mediante las pinzas *ad hoc* de Ruault, seguido de cauterizaciones iodo-ioduradas fuertes.

B.—*Hipertrofia de la amígdala lingual.*

El tejido submucoso de la base de la lengua comprendido entre la línea de las papilas caliciformes por arriba y la base de la epiglotis, está infiltrado de tejido reticulado y de folículos cerrados. Aislados unos y agrupados otros alrededor de pequeñas depresiones infundibuliformes, se observan diseminados por la superficie de esta porción de la lengua.

El crecimiento anormal de estos elementos, su hiperplasia, es lo que se conoce con el nombre de *hipertrofia de la amígdala lingual*.

Á Swain (1) se debe el conocimiento de la anatomía y la histología de esta amígdala, tanto en el estado normal cuanto en el de hipertrofia.

Hállase demostrada la analogía de estructura que existe entre ella y la amígdala faríngea, analogía que se extiende á la semejanza en los desórdenes morbosos que una y otra determinan.

Al contrario de lo que acontece en la hipertrofia de las amígdalas palatinas ó tonsilares, la de la amígdala lingual no es afección propia de la infancia. Aparece más bien en la mujer que en el hombre, y parece afectar en muchos casos un paralelismo verdadero en su evolu-

(1) Swain, "Les glandes folliculeuses de la base de la langue et leur hypertrophie," (1886).

ción, con ciertos trastornos del aparato genital, como, por ejemplo, con la aparición de la menopausia. Otras veces se desarrolla coincidiendo con grandes menorragias.

Según Lennox-Browne, el alcoholismo constitucional y la diátesis gotosa la favorecen.

La edad en que con más frecuencia se observa es la de cuarenta años en adelante. Las demás causas productoras de las hipertrofias de las otras amígdalas, no son tampoco extrañas en la de la lingual.

SINTOMATOLOGÍA. — El conocimiento de los signos que permiten diagnosticar la hipertrofia del tejido linfóide de la base de la lengua, se debe preferentemente á Gleitsmann (1) y á Ruault (2).

En los trastornos producidos por esta hipertrofia, domina siempre un fondo ó temperamento neuropático. Algunas veces, sin embargo, la presencia de los folículos hipertrofiados de la base de la lengua pasan inadvertidos, y sólo se reconocen casualmente en un examen faringoscópico.

El síntoma más constante es la *sensación de un cuerpo extraño en la garganta* (pelo, hilo, carnosidad, resto de comida, etc., etc.), que algunos enfermos localizan con *exactitud* matemática, y otros, por el contrario, lo fijan en la tráquea, cerca del esternón ó en la región laríngea.

Dicha sensación les obliga á menudo á ejecutar movimientos de deglución, ó el *ejem* característico, á fin de *desembarazarse* del susodicho estorbo, observándose también no pocas veces que la irritación de las terminaciones nerviosas de la mucosa lingual y epiglótica provoca actos de tos eructante (lo que hace creer en la existencia de la tos histerica), ó de golpes de tos quintosa, seca, nerviosa y hasta espasmódica, según he tenido ocasión de observarlo en una enferma concurrente á mi dispensario de la *Policlínica Cervera*.

Estos paroxismos suelen disminuir y aun desaparecer durante la comida y durante el sueño, para volver con la vigilia, y en sujetos nerviosos é irritables pueden llegar á simular ataques de asma.

Menos excepcionalmente se observan trastornos de la fonación (voz hablada y canto), en los individuos que por su profesión necesitan hacer uso de la palabra ó del canto. Quéjense los oradores de cierta laxitud vocal no acostumbrada, después de un discurso relativamente breve, ó de dolor en el momento de hablar.

Por su parte, los cantantes sufren enronquecimientos inopinados, ó

(1) Gleitsmann, "Hypertrophie de l'amygdale de la langue," ("Medical Record," núm. I, 17 Diciembre de 1887).

(2) Ruault, "Contrib. à la pathol. de la 4.º amygdale," ("France méd.," 1885, números 65, 66 y 67. "Arch. de Laryngol.," 1888, pág. 193)

se ven súbitamente incapacitados para emitir ciertos tonos habituales.

Unos y otros, son atacados con frecuencia de laringitis catarral aguda.

Cuando esto ocurre en ambas clases de individuos, suele coincidir la hipertrofia de la amígdala lingual con tumefacción de la mucosa nasal.

Además de la disfagia especial, puede existir exageración de reflejos faríngeos que determinan, á la más leve causa, náuseas y hasta verdaderos vómitos.

Joal (1) dió no hace mucho cuenta de dos casos de intenso esofagismo de origen lingual, curados por el tratamiento de los folículos hipertrofiados de la lengua.

La aplicación de cocaína á la base de la lengua calma momentáneamente todos estos trastornos, para reaparecer pasada la acción anestésica local.

Por último, á la mencionada sensación de cuerpo extraño suelen unirse *irradiaciones dolorosas* hacia el cuello, oídos, pecho, estómago y espalda.

DIAGNÓSTICO.— Es casi imposible de establecer por el solo análisis de los síntomas funcionales, pues podría caerse en el error de confundirlo con *hiperestesias faríngeas*, parestesias, etc., etc. Hay, pues, que basarlo mediante el reconocimiento con el espejo laringoscópico, operando como si se fuera á ver la laringe.

Entonces descubriremos en la foseta pre-epiglótica, ora un solo folículo hipertrofiado, cosa rara, bien varios de ellos diseminados aquí y allá, coincidiendo ó no con varicosidades venosas, y distribuídos hasta por la porción más alta de la base de la lengua; ya, en fin, ofreciendo el aspecto de una corona, reunión aframbuesada ó de capa uniformemente gruesa, linfoide, que abarca mayor ó menor territorio lingual.

La coloración de la amígdala lingual hipertrofiada varía por una serie de matices, desde el rosa pálido ó anaranjado, hasta el rojo más vivo.

Además de los caracteres enumerados, el tacto nos advertirá que no tienen dureza leñosa, sino, por el contrario, una relativa resistencia, lo que nos hará desechar la idea de un proceso local maligno, si pensáramos en él, aun cuando *no existiesen infartos* de los ganglios submaxilares.

TRATAMIENTO.— Numerosos cáusticos, débiles y fuertes, se han empleado sin resultado satisfactorio.

(1) Joal, "Spasme de l'œsophage dû à l'hypertrophie de l'amygdale linguale," (Comm. à la Soc. Franç. d'Otol. et de Laryng.)

El único tratamiento eficaz, rápido y desprovisto de molestias, es el de la destrucción de los folículos hipertrofiados por la galvanocaustia, previa cocainización con una solución al 10 y aún mejor al 20 por 100.

Los cuidados consecutivos a la operación quedan reducidos a gargarismos con agua helada, trozos de hielo, y después gargarismos con disolución bórica, y a lo sumo, si las circunstancias lo reclamasen, la insuflación en el sitio de polvos de iodoformo ó de dermatol, ó toques con cualquiera de estos antisépticos disueltos en glicerina.

ATROFIA DE LAS AMÍGDALAS

La afección descrita por Wagner (1) con el nombre de atrofia de las amígdalas, está caracterizada por la dilatación y la obstrucción de los folículos, *sin hipertrofia adenoide concomitante*.

Tal cual la describe este autor, corresponde, en realidad, a la conocida por *amigdalitis folicular crónica*.

La atrofia, en todo caso, vendría a constituir una sólida garantía contra las amigdalitis y manifestaciones amigdalianas de la sífilis y la difteria.

MICOSIS DE LA BOCA Y DE LAS AMÍGDALAS

La micosis de las amígdalas, enfermedad rara en nuestro país, se aplica, en general, a toda producción fungoide que, no sólo obstruye los folículos, sino que se extiende sobre toda la superficie de la amígdala, de la base de la lengua y hasta de las encías y dientes.

El examen microscópico ha demostrado la existencia del *leptothrix*.

El aspecto de esta afección recuerda, según Lennox-Browne, el de la amigdalitis folicular.

La micosis predispone a la formación de cálculos en la amígdala, y hasta de cálculos salivales.

TRATAMIENTO. — Consiste en destruir el parásito mediante punturas galvanocáusticas en las regiones invadidas.

También pueden utilizarse los toques con soluciones en glicerina de ácido fénico, de mentol ó con solución de ácido crómico.

Como tratamiento profiláctico se prescribirán colutorios antisépticos, y cuidadosa limpieza de la boca.

(1) Wagner, en "Ziemssen's Cyclopaedia of Medicine," (1876-77, t. VI).

«DE LA AMIGDALITIS LAGUNAR ULCEROSA AGUDA (1)

Como lo indica el título de este trabajo, no es mi objeto estudiar en él las diferentes formas de ulceración que pueden presentarse en las amígdalas bucales, sino llamar tan sólo la atención sobre una lesión casi desconocida, ó por lo menos muy mal descrita hasta el presente.

Mejor dicho, mi objeto es fijar un punto de la patología amigdaliana, en la que trataré de poner de manifiesto una serie de lesiones á menudo ignoradas ó mal comprendidas, y siempre englobadas bajo una denominación por la que es difícil reconocerlas.

I

Sin pretender remontar mis investigaciones bibliográficas á Hipócrates ó á Galeno, ni tener la aspiración de haber revisado toda la literatura francesa y extranjera, he consultado, sin embargo, gran número de tratados de Patología interna y los diferentes Dicionarios, así como la mayoría de las obras especiales, sin encontrar nada de particular referente á tal asunto. Casi todos aceptan una clasificación uniforme, en la que las úlceras infecciosas (tuberculosa, sífilis, escrófula) sólo presentan una placa marcada al lado de las ulceraciones de las fiebres eruptivas por todos señaladas.

Aun cuando no cite aquí los numerosos nombres de autores en los que en vano he buscado una descripción de la úlcera simple de la amígdala, me concretaré, esto no obstante, á consignar aquellas en que se hacen alusiones á este punto de la patología especial, ó que han referido observaciones dignas de consideración.

Lasègue, en su *Traité des angines* (Paris, 1868, pág. 122 y siguientes), fué el primero en describir, bajo el nombre de acné simple de las amígdalas, pequeñas pústulas elevadas, rojas, papulosas, miliares.

En otra forma, acné pustuloso, forma parecida á la enfermedad que hoy conocemos con el nombre de amigdalitis caseosa, advierte que evoluciona el proceso morbozo local sin malestar general y sin fiebre.

El ejemplo siguiente, referido por este autor, demuestra claramente que el llamado acné era pura y sencillamente la amigdalitis lagunar, con acumulación de secreción caseosa.

(1) Consideramos de tan excepcional importancia clínica el trabajo que con este título publicó el Dr. E. J. Moure en el núm. 18 (Septiembre de 1895) de su "Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie", que preferimos traducirlo íntegro á hacer un resumen. Fué presentado por el autor en una Comunicación á la "Sociedad francesa de Otología y de Laringología", en el Congreso de Mayo de 1895.

Observación I (referida por Lasègue) (1). — El Dr. N., de treinta y dos años, hijo de madre artrítica, ha sufrido también de dolores articulares. Á fines del invierno de 1850-51 fué atacado de una tos que creyó provocada por irritación de la glotis, y que desapareció mediante gargarismos. En Abril de 1851 notó una sensación de sequedad en la faringe, acompañada de la necesidad de remover una especie de estorbo ó cuerpo extraño que advertía en la parte póstero-superior de la garganta, hasta que por primera vez expulsó una concreción.

Distintas alteraciones de su salud se sucedieron en poco tiempo, fijando su atención; principió con una afección pulmonar generalizada; más tarde tuvo una angina inflamatoria, sobrevenida mientras prestaba sus cuidados facultativos á un niño atacado de angina maligna; después sufrió el cólera, y, por último, síntomas que le hicieron sospechar en la inminencia de una tuberculosis pulmonar.

Con tal motivo, decidió el enfermo trasladar su domicilio al Mediodía de Francia, en cuyo punto recuperó sus fuerzas y mejoró de salud, pero continuó expulsando concreciones. Hace subir á la capacidad de una cucharada de las de café, la cantidad de concreciones arrojadas en el intervalo de cuatro años. Por término general tosía una ó dos veces, y hubo semanas en que la tos no apareció.

La consistencia y el punto de origen de las concreciones eran variables. Tan pronto eran calculosas, como blandas, inodoras, ó verdosas, volviéndose morenas al contacto del aire.

La mayoría de dichas concreciones procedían de las lagunas tonsilares, según el enfermo, mientras que las demás tenían su origen en las glándulas faríngeas, en medio de las cuales comenzaban por asomar con el aspecto de un punto amarillento, antes de desprenderse. Al caer, dejaban en el centro de la glándula una depresión, que marcaba perfectamente el sitio que ocupaban.

Contenían, además de cierta proporción de materia orgánica, fosfato y carbonato de cal.

Algún tiempo después, señala el Dr. Trousseau en sus *Clinicas* (2) una gangrena primitiva de las amígdalas, que ofrece algunas analogías con la afección que estamos estudiando, pero que se diferencia por la gravedad excepcional de su pronóstico.

Hállase caracterizada esta gangrena por la presencia en las amígdalas de placas grises, negruzcas, circunscritas por los bordes, que están cortados á pico y amarillentos. Cuando se desprende la escara, bien bajo la influencia de cauterizaciones, ora espontáneamente, deja en su lugar una ulceración que, según Trousseau, puede quedar limitada ó extenderse á las partes vecinas, como velo del paladar, úvula, laringe y aun la laringe.

(1) Lasègue, "Traité des angines.", Paris, 1868.

(2) Trousseau, "Cliniques de l'Hôtel-Dieu.", Paris, 1877, t. I, pág. 420.

La mucosa que circunda á las partes esfaceladas se presenta roja, lívida ó bastante frecuentemente edematosa; y el aliento es característico por su fetidez. Los ganglios cervicales se encuentran infartados en su mayoría, en casi todos los casos, y los síntomas generales son de tal gravedad, que á menudo es la muerte la terminación de semejante enfermedad, como lo atestigua Trousseau refiriendo un ejemplo típico observado con el Dr. Millard.

Ahora bien, esta clase de trastornos funcionales y locales están singularmente separados y distantes del tipo al que consagramos nuestras diferentes observaciones.

Pueden compararse estos casos á los del Dr. Ramón de la Sota (de Sevilla), también de gangrena primitiva localizada á las amígdalas, y que vamos á resumir:

En el primer enfermo (1) se trataba de un albañil vigoroso, sin antecedentes patológicos generales ni locales, quien un día sintió dolores lancinantes en la amígdala izquierda, y contra los que hizo gargarismos anodinos. Cuando le vió por primera vez, su aspecto exterior era excelente, sólo el aliento era fétido; pero tanto los dientes, como los carrillos, los labios, el velo, pilares y la amígdala derecha estaban sanos. En cambio, la amígdala izquierda estaba voluminosa, de un rojo oscuro con placas negras, y mamelonada su superficie. El estilete penetraba fácilmente en el tejido glandular, desgarrándose éste al menor esfuerzo. El diagnóstico establecido inmediatamente, fué el de gangrena primitiva de la amígdala. El tratamiento, local antiséptico, y el régimen general, tónico, el que se instituyó desde aquel momento. Al cabo de un mes estaba mucho mejor el paciente, y no volvió á la consulta hasta unos meses después, en que se presentó enflaquecido y caquético. Las lesiones amigdalianas habían reaparecido más extensas que al principio, y á pesar del tratamiento enérgico formulado, sucumbió víctima del marasmo y del mal, que había invadido la boca y la faringe.

El segundo caso se refiere á una señora de treinta y dos años, atacada de la misma afección, la cual falleció á consecuencia de una hemorragia fulminante sobrevenida días después de practicar una incisión local en la amígdala, á fin de aliviarla de sus molestias, y en cuya incisión se esfacelaron sus bordes.

En el tercer ejemplo, concerniente á una mujer de treinta y seis años, las lesiones eran más difusas y características de lo que se conoce por gangrena local, cosa que nada tiene de común con la úlcera que tratamos de estudiar.

(1) Ramón de la Sota, "Tres casos de angina gangrenosa primitiva," ("Arch. internacional. de Laringol.," núms. 8 y 9, de Mayo y Junio 1891, II año).

En su trabajo inaugural sobre la angina ulcerosa de naturaleza escrofulosa (1), M. Faugère no hace ninguna alusión á estas lesiones aisladas, y al describir las alteraciones de la llamada escrófula, tiene buen cuidado de afirmar (página 52) que las amígdalas son siempre las últimas atacadas en semejantes casos.

Tampoco M. Homolle (2) habla, en su conocido estudio de las escrofulides graves de las mucosas, de estas alteraciones tonsilares, si bien cita entre sus observaciones (página 224) un ejemplo que intitula « ulceración de naturaleza dudosa, probablemente escrofulosa, de la excavación amígdaliana », y que se atreve á clasificar como dependiente de la escrofulosis.

Posteriormente, ha condensado el Dr. Natier (3) en su trabajo sobre los gomas de las amígdalas dicha historia clínica, conceptuándola como un ejemplo de estas últimas lesiones. He aquí el caso publicado por el Dr. Homolle, reproducido íntegro, á fin de aquilatar su valor.

Observación II. *Ulceración de naturaleza incierta, probablemente escrofulosa, de la excavación amígdaliana.* — L., de veintiocho años, mozo de café, sala San Carlos núm. 10, en la Caridad (servicio del doctor Damaschino; suplente, el profesor Sée. Julio-Septiembre 1874).

Hombre de regular constitución, hijo de tísico, mas sin haber tenido personalmente ningún accidente específico; solamente una blenorragia durante dos meses.

En el de Abril de este año enferma por primera vez de la garganta; esta angina se acompaña de algunos fenómenos febriles y de tos.

En Mayo, la tos se hace más frecuente y el enfermo tiene que suspender su trabajo; al mismo tiempo, el dolor anginoso aumenta en intensidad, sobre todo por la deglución, y más al deglutir el vino, al cual se ha visto obligado á renunciar desde hace tres semanas.

Seis semanas más tarde, la voz es nasal, la salivación muy abundante. No ha habido esputos de sangre.

Cuando el enfermo abandonó su trabajo (del 12 al 14 de Mayo), el médico que le vió reconoció una ulceración de la amígdala, mucho más pequeña que la que existe actualmente. Se hicieron cauterizaciones muchas veces, y se le dispuso un tratamiento antisifilítico. Aunque se le prohibió fumar, continuó el enfermo fumando.

Estado actual. — Además de los síntomas funcionales ya indicados, existen desde hace pocos días dolores vivos sobre la región temporal izquierda, incluyendo el oído, que impiden el sueño. El oído está bien en el intervalo de las exacerbaciones dolorosas, pero se debilita mucho durante ellas.

Por primera vez devuelve los líquidos por la nariz el 15 ó 16 de

(1) M. Faugère, "Thèse de Paris", 1871.

(2) M. Homolle, "Thèse de Paris", 1875.

(3) Natier, "Annales de la Policlinique de Paris", 5 Noviembre de 1890, pág. 123.

Junio. El olfato está disminuído; el gusto, casi perdido; la sensibilidad al contacto poco manifiesta.

Todo el istmo ofrece un tinte rosáceo bastante vivo. La excavación del lado izquierdo ofrece, en su parte superior, una prominencia un poco desigual, constituida por la amígdala, cuyos folículos dilatados contienen en tres puntos depósitos caseosos. La amígdala está bruscamente cortada por una ulceración que ocupa toda la excavación en su parte inferior, y desciende hacia la epiglotis. Esta pérdida de sustancia, de un fondo pulposo, y un gris amarillo, igual, sin eminencia, no deja percibir el pilar posterior.

Tratamiento. — Jarabe de ioduro de hierro iodurado (ioduro de potasio 5 gramos en 250 de jarabe). Inyecciones con la solución de eucaliptol, 1 gramo en 100 de agua alcoholizada.

Las primeras noches pasadas en el Hospital son malas, pero después de algunos días hay una mejoría notable; se ve el pilar posterior con una pequeña columna grisácea que, por su color, se destaca sobre el fondo de la faringe, si bien no se distingue por completo del fondo de la excavación, la cual á su vez aparece gris y pulposa, aunque se reconocen algunos mameloncitos rojizos.

La epiglotis, de un rojo brillante, no está deformada notablemente; las cuerdas vocales, movibles, parecen un poco engrosadas.

27 Julio. — La ulceración está menos uniformemente gris y pulposa; los mameloncitos se ven acá y allá más numerosos

7 Agosto. — Mejoría considerable; casi se podría decir curación; la mitad derecha del istmo está menos tumefacta, pero aún presenta cierta dureza al contacto del dedo. La mucosa presenta un tinte general rojo-violáceo-pálido.

La úlcera está limpia, salvo en un punto del fondo de la excavación, en donde queda un poco de barniz pulposo.

La amígdala parece tener en el fondo una laguna, pequeño vestigio de la pérdida de sustancia, que hoy aparece limpia.

Se ve el pilar posterior un poco mamelonado, adherido al fondo de la faringe, con el cual se confunde.

Los dolores han cesado, la deglución se hace bien, la voz queda aún algo nasal. Hace algunos días tiene el enfermo algo de acné iódico; y en este estado de considerable alivio abandona el Hospital.

Ocho días después de su salida se desarrollan sobre el cuero cabelludo, y después sobre diversos puntos del cuerpo (espaldas, epigastrio, cara interna y parte superior de los muslos) gruesos botoncitos como lentejas, que supuran, recubriéndose de costras negruzcas del aspecto del impétigo, sobre todo en la cabeza.

Algunos días más tarde la garganta vuelve á estar dolorida, y se inflaman las amígdalas como en una angina aguda. En la cara interna de la amígdala derecha se ve una úlcera alargada de arriba abajo, poco profunda, pulposa, de un blanco-amarillento. Sobre el fondo de la faringe se distinguen muchas eminencias ó granulaciones del volumen de un grano de mijo, rojas en su base, amarillas y pulposas en su vértice.

La impresión que me había dejado este caso, durante la primera estancia del enfermo, era que se trataba probablemente de una ulceración provocada primitivamente por la retención del producto secretorio de un folículo, y después sostenida y agravada por cauterizaciones repetidas; pero la recidiva me condujo á suponer una influencia constitucional, probablemente de naturaleza escrofulosa.

La lesión que precede ofrece algunos puntos de semejanza con la úlcera que estudiamos, pero se aparta considerablemente por su aspecto, y sobre todo por su marcha, que más bien es la de una lesión sifilítica muy probablemente terciaria.

Morell-Mackenzie, en su *Tratado de las enfermedades de la faringe y laringe* (1), estudia, con el nombre de *ulceración de la garganta*, una enfermedad que se presenta, dice, en las personas debilitadas ó expuestas á los venenos sépticos. Los estudiantes que siguen asiduamente la práctica hospitalaria y que consagran una gran parte de su tiempo á los ejercicios de disección, están, añade este autor, particularmente predispuestos á esta afección, á la que los alemanes han dado el nombre de *angina nosocomial*.

Entre los síntomas, Morell-Mackenzie señala la debilidad del pulso, la hipotermia, una laxitud general, en una palabra, un conjunto de trastornos de la nutrición que nosotros no hemos encontrado en nuestros enfermos. En estos casos se observa, al examen, una serie de pequeñas ulceraciones que no tienen tendencia á hacerse confluentes, y de tamaño variable, desde la extensión de un grano de mijo á la de una peseta. Después veremos que no es la forma ulcerosa la que se discute en este trabajo.

La variedad de amigdalitis á que el autor inglés hace alusión, entra en el cuadro de los síntomas locales de una enfermedad general infecciosa como la fiebre tifoidea ú otra de este género. Esta clase de lesiones tienen cierta analogía con aquellas que se observan en el curso ó en la convalecencia de algunas fiebres eruptivas de forma grave.

En 1886, M. R. Filloux, en su tesis sobre las ulceraciones de las amígdalas, describió (pág. 9) las pérdidas de sustancia consecutivas á las amigdalitis agudas, que compara con las ulceraciones foliculares de Förster: «Son—dice—pequeñas, superficiales y precedidas de los síntomas clásicos de la inflamación aguda de las tonsilas.» Continúa después señalando las ulceraciones típicas por necrobiosis de los folículos, á consecuencia de coagulación venosa ó de endarteritis; mas tarde habla de las úlceras de la viruela y de la escarlatina, acompañadas de barniz pultáceo. Como ya hemos manifestado, todos estos diferentes

(1) Trad. por E. J. Moure y F. Berthier, pág. 42, París, 1882.

síntomas típicos no podrían entrar en el cuadro que nosotros vamos a intentar dibujar.

El mismo autor, más adelante (pág. 13), estudiando las ulceraciones consecutivas á las amigdalitis flegmonosas, se expresa en estos términos:

«En ciertos casos, la amigdalitis supurada no sucede á una amigdalitis aguda franca. Se forma en la amígdala un absceso, y esto de una manera lenta, en quince días ó tres semanas. Como en nuestra observación, ocurre esto en las personas que tienen gruesas amígdalas atacadas de amigdalitis crónica; en los escrofulosos, por ejemplo. El absceso se abre al exterior, y al mismo tiempo se desprende del orificio una especie de tapón, que después de la caída deja una ulceración plana, de bordes irregulares, pero bien limitados. Dicha ulceración se llena de un detritus pulposo muy poco coherente. Esta ulceración, una vez limpia, deja ver el fondo formado por mamelones carnosos. Más amplia que la úlcera precedente, dura cierto tiempo, y no llega con tanta rapidez á la cicatrización; es, en una palabra, una amigdalitis supurada subaguda, que se establece á la sordina en las personas portadoras de una amigdalitis crónica, y que presentan todos los atributos de la escrófula. El absceso deja después una ulceración que no presenta tendencia á la cicatrización rápida, y es una mezcla de flemón y de gangrena superficial; es, en fin, una ulceración escrofulosa.

La ulceración puede producirse á consecuencia de la caída de una escara; se trata entonces de la angina gangrenosa. Vese en un punto de la amígdala desprenderse una escara negruzca, y después de su caída quedar una ulceración cuya forma y extensión varían según la escara que la ha producido; no presenta caracteres especiales, sino que más bien puede afectar todas las formas.

El fondo de la ulceración es granuloso; en general, se halla recubierto de un detritus pulposo, grisáceo, que se deja fácilmente separar.

La ulceración gangrenosa se cicatriza lentamente, á causa de la naturaleza misma de la lesión que la ha producido.»

En apoyo de esta descripción, que se aproxima en cierto modo á la que vamos á intentar hacer, publica el Dr. Filloux una observación interesante, que creemos deber dar á conocer con extensión. Es quizá el único hecho que hemos encontrado de esta clase, y casi me atrevería á afirmar que no se trató realmente en este caso más que de un verdadero chancro amigdaliano, como parecen indicarlo la larga duración de la enfermedad y la adenopatía submaxilar especial presentada por el enfermo.

Observación III. (Tesis del Sr. Filloux, París, 1886). — *Amigdalitis flegmonosa, tomada por chancro indurado.* — El llamado J., de veintiún años de edad, entró el 28 de Diciembre de 1885 en la Sala Saint-

Landry, núm. 31 (bis), en el Hospital general, servicio del profesor Richet.

Se presenta como enfermo de la garganta, y á su entrada se hace constar la existencia de una úlcera sobre la amígdala izquierda. Este joven ofrece todos los atributos de la diátesis escrofulosa (cicatrices en el cuello, blefaritis ciliar). No ha contraído nunca ni sífilis ni blenorragia.

La úlcera de la amígdala data de tres semanas, y el enfermo dice que desde su adolescencia ha estado sujeto á las enfermedades de la amígdala y de la garganta en general.

En efecto: se ve la otra amígdala aumentada ligeramente de volumen, haciendo eminencia en el orificio del istmo de las fauces. Su afección ha principiado hacia fines de Noviembre por un mal de garganta que se ha establecido lenta é insidiosamente. Ningún síntoma de angina aguda (ni fiebre ni empacho gástrico). Poco á poco la deglución se ha hecho penosa.

Ha consultado diferentes médicos, que, según dice, le han cauterizado muchas veces la amígdala izquierda, y no experimentando ninguna mejoría, y apercibiéndose además de la aparición de la adenopatía submaxilar, ingresó en 28 de Diciembre de 1885.

Se comprueban los síntomas siguientes:

La amígdala derecha, sana, ofrece, sin embargo, un ligero aumento de volumen.

Al contrario, sobre la amígdala izquierda se percibe una ulceración ovalada (siguiendo su eje el de la boca) con dos extremidades puntiagudas. Esta ulceración tenía los bordes bien limitados, presentando cierta induración al tacto, la cual existía también debajo del fondo de la úlcera, mas sin extenderse más allá de los bordes, de suerte que la amígdala no estaba indurada en masa.

El fondo estaba recubierto de un detritus pulposo grisáceo, que se separaba fácilmente con un pincel. Quitado este detritus, se veía el fondo formado de finas granulaciones, cuya superficie estaba un poco pálida y no sangraba aun al tacto.

Además de estos síntomas de ulceración, presentaba el enfermo una adenopatía submaxilar: los ganglios estaban indurados, aumentados de volumen y no dolorosos, pero únicamente en número de dos. Aquejaba dolor á la deglución, sobre todo cuando el bolo alimenticio atravesaba el istmo de las fauces. Algunos ligeros dolores se provocaban con la presión sobre la úlcera.

Ante semejante estado, se pensó en un chancro indurado de la amígdala.

El principio insidioso, la duración prolongada de la úlcera, la ausencia de síntomas de angina flegmonosa, la poco intensa induración de la amígdala alrededor de la ulceración y la adenopatía ligera, hacían pensar en el chancro indurado. Sin embargo, después de haberlo examinado bien, el Dr. Richet, apoyándose en la negativa formal del enfermo respecto á un posible contagio, ante la hipertrofia ligera de

la otra amígdala, la escasa induración que existía alrededor de la úlcera, la adenopatía ligera y formada de ganglios bastante voluminosos, aunque indurados, pensó en una ulceración debida á un absceso superficial de la amígdala, acompañado de una modificación ligera de la superficie; en una palabra, en una úlcera flegmono gangrenosa, sobrevenida en un escrofuloso.

Se dispuso el tratamiento siguiente: tocar la superficie de la úlcera todos los días con un pincel empapado en sublimado.

Hemos seguido á este enfermo durante ocho días, en que salió del hospital á su petición el 19 de Enero. En este día comprobamos que la úlcera había desaparecido por decirlo así, puesto que no vimos más que una ligera denudación de la superficie.

El 21 de Diciembre de 1888, bajo el nombre de ulceración de la amígdala, el profesor J. Schnitzler comunicó á la Sociedad de Medicina de Viena un caso de linfosarcoma, que no se parece en nada á las ulceraciones que estudiamos aquí.

Por último, más recientemente, el profesor Fournier, en una lección sobre el chancro amigdaliano (1) dijo á propósito del diagnóstico diferencial (§ V): «En fin, señalaré, como susceptible de simular el chancro de la amígdala, una afección aun poco conocida y no clásica, denominada al presente, á falta de otro modo mejor, amigdalitis lagunar, la cual consiste en ulceraciones de origen indeterminado que se producen sobre las amígdalas.

Cuando estas úlceras profundizan mucho, asemejan gomas; si son menos profundas, toman el aspecto del chancro.» En estas líneas el profesor de San Luis muestra, de una parte, que conoce estas ulceraciones llamadas lagunares; pero de otro lado concede que están mal interpretadas y no descritas en los libros clásicos, como hemos apuntado al principio de este trabajo.

Es, en efecto, esta forma particular y especial de pérdidas de sustancia, la que queremos estudiar aquí á propósito de muchos casos encontrados en nuestra práctica en el último año escolar y aun en el presente.

El primer hecho que nos ha puesto en el camino del diagnóstico se remonta á tres años de fecha y se refiere á un estudiante de Medicina. Debemos reproducirlo aquí porque es bastante instructivo, no sólo por las dudas que nos produjo, sino por el resultado práctico que tuvo para nosotros.

La observación ha sido redactada por el mismo enfermo, que ahora es un médico de la Armada.

(1) "Bulletin médical", 3 Febrero 1895.

Observación IV. (Personal). — *Ulceración catarral de la amígdala derecha.*—X., de veintiún años, discípulo de la Escuela de Sanidad Naval, con antecedentes hereditarios artríticos y herpéticos. Sin tuberculosis ni sífilis.

Como antecedentes personales, únicamente puede señalarse que á la edad de dieciséis años tuvo tenaces jaquecas, que después de haber sido durante siete ú ocho meses rebeldes á todo tratamiento, desaparecieron por sí mismas.

X. fuma moderadamente, pero tiene siempre un poco de faringitis y de granulaciones.

Una mañana del mes de Junio de 1892 se le presentó una molestia, más que verdadero dolor, en la garganta, ocasionada por los movimientos de deglución. Después de haber comprobado él mismo que su amígdala derecha era asiento de una úlcera, se presentó á la visita.

El médico de servicio, Dr. Vergniaut, le examinó detenidamente y le preguntó si había tenido sífilis; pero ante sus respuestas negativas le indicó que se presentase en la clínica de laringología del Dr. Moure.

Este último pudo ver entonces sobre la parte superior de la amígdala,

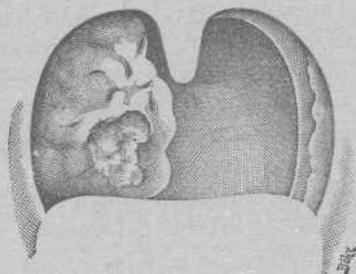


FIG. 12.

dala, inmediatamente detrás del pilar anterior, una ulceración recubierta de una capa pultácea blanquecina, poco adherente y que permitía ver, después de separada, una pérdida de sustancia redondeada con un orificio vuelto hacia arriba, de un diámetro de 6 á 7 milímetros. La introducción de un estilete (que no fué dolorosa) demostró después que tenía más de 1 centímetro de profundidad y sus bordes estaban tallados á pico. El resto de la amígdala, muy poco inflamada y sin tumefacción apreciable; y la amígdala izquierda, la faringe, el velo y sus pilares, sanos y sin ganglios submaxilares.

El Dr. Moure pensó entonces en una ulceración sífilítica terciaria; y aunque no había establecido formalmente su diagnóstico, X, comprendiendo de qué se trataba, protestó enérgicamente, afirmando no tener sífilis. Por otra parte, un examen tan minucioso como era posible parecía permitir desechar toda idea de sífilis hereditaria, por lo cual no fué instituído el tratamiento específico, limitándose el Dr. Moure á prescribir embrocaciones con:

Todo.....	} añ 0,50 gramos.	
Ácido fénico.....		
Ioduro de potasio.....		1 —
Glicerina.....		50 —

Y gargarismos con la misma disolución atenuada.

Bajo la influencia de este tratamiento, el aspecto de la ulceración se modificó rápidamente, puesto que al día inmediato la úlcera no estaba recubierta de su barniz blanquecino. En pocos días disminuyó de extensión, y al fin de seis había desaparecido por completo.

Hoy día, es decir, después de tres años, se reconoce aún el sitio de su implantación, que está excavado, pero no se ha producido nueva úlcera.

Ningún accidente análogo se ha manifestado después sobre otros puntos de las amígdalas.

En presencia de la cicatrización rápida de esta lesión, que se parecía á muchas otras de este género que yo había considerado siempre hasta esta época como de naturaleza sífilítica y que había creído curar por el tratamiento mixto, *resultando que curaban á pesar de él*, pensé que existía una alteración amigdaliana todavía mal estudiada, y sobre la cual era necesario adquirir algunos conocimientos más exactos.

Á partir de esta época anoté con cuidado todos los casos análogos, recogiendo no solamente los síntomas clínicos, que se parecían todos, sino que quitando además con las pinzas y bisturí casi la totalidad de la úlcera para hacer practicar el examen bacteriológico y microscópico que referiré después, para mejor determinar la naturaleza de la enfermedad.

II

SÍNTOMAS.—DIAGNÓSTICO.—Como es fácil ver por la exposición de algunas observaciones que acompañan á este trabajo, esta clase de lesiones no producen habitualmente reacción general febril bien marcada; pues con frecuencia el comienzo es insidioso y pasa casi inadvertido. Cuando el enfermo experimenta los primeros trastornos de la deglución, molestia ó dolor, la lesión está ya constituida, lo que hace que rara vez haya ocasión de asistir al principio de la ulceración, y darse cuenta de si la patogenia que suponemos es absolutamente exacta.

Quando el enfermo viene á consultarnos, se ve, generalmente, sobre una de las amígdalas, algunas veces sobre las dos simultáneamente (véase obs. VI), una ulceración grisácea, recubierta de un magma caseoso fácilmente separable con el porta-algodón, y que deja al desnudo una superficie saniosa, mamelonada, rojiza, formada de pequeñas fungosidades, algunas veces verdaderas excrecencias polipoides,

como en la representada en la figura 12. Los bordes de la úlcera están limitados, rojos, inflamados, tallados á pico, *sin estar muy notablemente tumefactos*, y el resto de la glándula amigdaliana sin inflamarse y poco ó nada aumentada de volumen. Se trata aquí de una lesión puramente local, que no afecta más que á una parte de la tonsila, y que parece evolucionar en una ó muchas criptas sin alterar las partes vecinas. Á primera vista parece una cauterización hecha con el hierro en un espacio muy limitado, en el momento en que la escara va á desprenderse; es decir, tres ó cuatro días después de la cauterización. Además, la cicatrización marcha del mismo modo y la pérdida de sustancia que resulta de esta lesión se parece también á la que deja la ignipuntura localizada.

Ya he insistido sobre la ausencia de inflamación periférica; añadiré, sin embargo, que muy frecuentemente la lengua está un poco saburrosa y hay algo de mal olor del aliento, sin ser absolutamente fétido. No es raro encontrar sobre una misma amígdala dos y aun tres úlceras, que entonces están separadas por trozos glandulares apenas inflamados. Estas úlceras evolucionan cada una separadamente, sin tener ninguna tendencia á reunirse, y á veces en estadios diferentes de evolución, porque la una está casi curada cuando la otra está en pleno desarrollo. No se trata en estos casos de esas pequeñas úlceras cupuliformes casi microscópicas, como se han descrito en la amigdalitis lagunar aguda, sino más bien de grandes pérdidas de sustancia, que pueden adquirir las dimensiones de media peseta y aun más. Su forma me parece muy variable; pero, generalmente, sea que los bordes estén franjeados é irregulares, el conjunto de la lesión afecta una forma ovalada ó redondeada, como si hubiera sido hecha con el sacabocados sobre un tejido algo blando, dejándose más bien desgarrar que seccionar de un modo limpio. La úlcera es siempre bastante profunda, y en algunos casos la hemos visto llegar hasta el fondo de implantación de la amígdala. Los pilares están casi siempre intactos, en los casos que hemos observado; sin embargo, pueden estar muy ligeramente rojizos é infiltrados, si la glándula ulcerada está un poco voluminosa y adherida al pilar (encapuchonada ó encapsulada). Aunque se trata de una lesión local, los enfermos están ordinariamente fatigados y más ó menos anémicos, pero no se observa apenas fiebre ni otros síntomas generales.

La tumefacción de los ganglios submaxilares es nula generalmente; no obstante, existen alguna vez, y en estos casos, los ganglios infartados son en pequeño número, uno ó dos, y dolorosos al tacto. Con frecuencia, la presión exterior sobre el punto correspondiente del cuello despierta un dolor bastante vivo; trastornos funcionales que son, en general, pasajeros, y no se observan sino durante la formación de la úlcera para desaparecer gradualmente con ella.

Como es fácil juzgar por las observaciones que acompañan á este trabajo, se trata aquí de una lesión absolutamente benigna y efímera, evolucionando casi por sí misma en el espacio de algunos días, como una verdadera afección aguda. Las recidivas son posibles, pero no parecen ser la regla. Nosotros no hemos tenido ocasión más que una vez de comprobar ese retorno perjudicial, y eso algunos meses después del primer ataque y sobre la amígdala opuesta.

Me creo relevado de insistir sobre el diagnóstico diferencial de esta clase de úlceras, después de lo que acabamos de decir; pero son tan mal conocidas aún y han sido tan frecuentemente englobadas bajo otras denominaciones, que no podemos dispensarnos de marcar su diferencia con el chancro amígdaliano y los gomos ulcerados de esta región.

En efecto: no puede establecerse el menor paralelo entre estas pérdidas de sustancia y la tuberculosis aguda de las amígdalas, porque estas dos clases de lesiones no tienen semejanza entre sí. Nada he visto en mi práctica, ni nada he encontrado en los trabajos publicados sobre estos diferentes asuntos, y en particular en la tesis de Barth (1), que se parezca, ni aun de lejos, á la afección que nos ocupa en este momento.

La ulceración lúpica (tuberculosis crónica) ofrece en algunos casos una cierta semejanza con la lesión que aquí describimos; pero aparte de que el lupus no se localiza en un punto preciso del tejido amígdalar, que los bordes son siempre más ó menos rojos é infiltrados, y los contornos de la pérdida de sustancia menos limpios, se halla esta última recubierta de botoncitos rosáceos, que se pierden poco á poco sobre los bordes. La marcha es lenta, insidiosa, y se hace por brotes sucesivos, y la curación siempre bastante larga, durando con frecuencia muchos meses. Además, el lupus *primitivo y aislado* de la amígdala es bastante raro, si se tienen en cuenta los hechos conocidos en la ciencia. Observo precisamente un caso en este momento—que será publicado por uno de mis alumnos en su tesis doctoral—que puede compararse con muchos casos inéditos de amígdalitis lagunar ulcerosa.

Por la misma razón elimino la idea de cancroide ú otro tumor maligno de la amígdala, cuyos caracteres macroscópicos, y sobre todo la evolución, no pueden compararse en nada con los de esta úlcera aguda.

Las amígdalitis de falsas membranas ó herpéticas y, en una palabra, las anginas inflamatorias agudas, tienen caracteres demasiado fijos para permitir confundirse con esta lesión permanente local, de la que referimos tantos ejemplos.

El chancro amígdaliano mismo, sobre el cual los profesores Four-

(1) "Thèse de Paris.,, 1880.

nier (1) y Dieulafoy (2) acaban recientemente de llamar la atención, y del cual se encontrarán numerosos ejemplos en la tesis de Pirauchan (3), no se parece, ni de lejos, á la ulceración simple, pues los signos de infección local son aquí más claros, todo el tejido amigdaliano está rojo y tumefacto, el velo del paladar y el pilar anterior participan muy frecuentemente del proceso infeccioso. La voz está velada y los ganglios submaxilares fuertemente infartados, con *todas las apariencias que los caracterizan en estos casos*. Por otra parte, el chancro de la amígdala dura bastante tiempo, frecuentemente muchas semanas; basta haber visto uno para no confundirlo con ninguna otra alteración de esta misma región, sin hablar de la evolución anterior de los accidentes sifilíticos, que en un caso dudoso pondrían la etiqueta verdadera á la lesión comprobada.

Paso en silencio las placas mucosas que aun en los fumadores son más difusas, más superficiales y tenaces, que la lesión observada en nuestros enfermos.

Los gomos ulcerados son quizá de todas las afecciones tonsilares las que podrían tener más semejanza con la afección que nos ocupa. En ella pensaba en otro tiempo, cuando conocía mal ó desconocía estas ulceraciones transitorias.

El goma ulcerado se presenta, en efecto, bajo la forma de una pérdida de sustancia, con un barniz amarillento, pegajoso, que deja debajo de él una superficie saniosa, rojiza y fungosa; pero la característica de la úlcera gomosa es no acantonarse en el centro del tejido tonsilar, sino al contrario, principia en general sobre sus bordes, delante ó detrás, abajo ó arriba, pero de tal suerte que invade con rapidez los pilares, el velo, la faringe ó la base de la lengua, para extenderse desde allí en longitud y profundidad (4). La sífilis terciaria de la garganta, abandonada á sí misma, gana en longitud y profundidad, produciendo vastos destrozos, que dejan detrás de sí las sinequias cicatriciales que todo el mundo conoce. Los bordes de la úlcera sifilítica son siempre más ó menos rojos, inflamados é infiltrados, lo que no existe nunca en las formas ulcerosas simples.

En mi opinión, estos caracteres distintivos, á los cuales se puede añadir la marcha más lenta, y por consecuencia la duración más larga del goma, son suficientes para el diagnóstico; sin hablar de la forma irregular y algunas veces de los antecedentes del enfermo, pueden fijar bastante la causa posible del mal. Otro elemento de diagnóstico

(1) "Bulletin Médical", 1895.

(2) "Sem. méd.", 1895.

(3) "Thèse de Paris", 1884.

(4) Véase el trabajo del Dr. Natier sobre los gomos de las amígdalas (loc. cit., números 3 y 4).

puede ser la edad: la úlcera gomosa es frecuente por encima de los treinta años, la amigdalitis lagunar de los dieciocho á los veinticinco años.

Por último, ésta principia como una angina à *frigore*; el goma procede más insidiosamente y con más lentitud.

III

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—La afección que nos ocupa parece que es más frecuente en primavera y otoño, y teniendo en cuenta mis observaciones, de los veinte á los treinta años.

Nunca la he encontrado entre los niños, que no hay razón para que fueran indemnes, ni aun en los adultos por encima de cuarenta años.

Esta rareza relativa á partir de esta edad, encuentra una explicación bastante natural en la transformación fibrosa que sufre el tejido de las amígdalas en esta época, lo cual las hace menos sensibles á las inflamaciones agudas.

Se verá más adelante que muchas de mis observaciones se refieren á estudiantes de Medicina de segundo y tercer año, lo cual es una mera coincidencia, á menos de admitir que su estancia en el hospital ó en atmósferas más ó menos infectadas pueda ser el origen de este proceso local, que se observa con preferencia en sujetos un poco débiles ó fatigados, á consecuencia del menor enfriamiento. Por esta razón hemos visto con bastante frecuencia, que esta inflamación local acompaña al brote de una muela del juicio al salir con dificultad del alvéolo. Otras veces es á consecuencia de una fatiga excesiva, ó aun de la gripe; y, cosa bastante extraordinaria (á lo menos en la apariencia), jamás ninguno de nuestros enfermos ha sido atacado dos veces de esta amigdalitis ulcerosa localizada.

Algunos de nuestros enfermos, pero no todos, ofrecían ese tipo de amígdalas, descrito con el nombre de lagunares; frecuentemente las lagunas eran numerosas y profundas sobre la amígdala opuesta, y las glándulas estaban desarrolladas hasta el punto de merecer el calificativo de hipertróficas. Mas también hemos encontrado estas lesiones en sujetos de tonsilas poco voluminosas, que apenas sobresalían de los pilares anteriores.

No es dudoso que sea de origen microbiano el proceso ulcerativo á que aludimos; no obstante, no se ha podido deducir la existencia de ningún microorganismo en los muchos cortes coloreados por el método de Gram y el de Waigett practicados en el laboratorio de Anatomía patológica de Burdeos.

Repetimos, pues, con los Sres. Legendre y A. P. Claisse (1): « Las amigdalitis, enfermedades siempre infecciosas, pueden estar bajo la dependencia de los microbios más diversos, pero el examen objetivo no permite, salvo quizá en la difteria, presumir en cada caso el agente patógeno (estreptococo, estafilococo, pneumococo) ».

Por otra parte, se sabe cuan difícil es algunas veces aislar en la boca los agentes patógenos que allí viven normalmente, y no parecen producir mal hasta que se presenta la ocasión de desarrollarse excesivamente, coincidiendo con la menor resistencia del sujeto ó con una irritación local variable.

Admitiendo, pues, la naturaleza microbiana de la úlcera amigdaliana, creemos que es necesario buscar la causa en la inflamación aguda de las criptas mismas, cuyos productos descamativos, demasiado rápidamente exudados, no pueden eliminarse á seguida fuera. De aquí resulta una excesiva dilatación de una ó muchas lagunas, cuyas paredes llegan así á romperse hasta el punto de confundirse en una sola cavidad anfractuosa, llena de detritus epidérmicos y de foliculos deformados, que desgastan á su vez bastante á prisa la capa de tejido sano que los separa del exterior, del mismo modo que lo haría un absceso, y una vez esta delgada membrana abierta, se constituye la úlcera crateriforme con sus bordes franjeados sin vestigio de verdadera inflamación difusa y sin gran aparato sintomático. Es, en suma, la exageración de lo que han estudiado los Sres. Jokolowski y Denochowski (de Varsovia) (2) (t. V. pág. 17-92) en sus trabajos sobre los procesos tonsilares inflamatorios con el nombre de *tonsilitis lagunar crónica descamativa exacerbada*. Estos autores describen la inflamación lagunar crónica y las materias caseosas que se forman en estos casos, recordando, en efecto, la existencia de esas pequeñas masas submucosas, que tienen el aspecto de abscesos enquistados y que no son otra cosa que despojos epiteliales sin glóbulos de pus (3). Estos mismos autores hablan también de ulceraciones, pero son para ellos simples pérdidas de sustancia situadas en el orificio de la cripta así abierta, y no vastas úlceras de fondo sanioso, semejando á primera vista verdaderos gomias ulcerados.

Fácil es ver que no se trata aquí de la angina lagunar estudiada por B. Fraenkel (4) y algunos meses más tarde por Seifert (5) porque la forma inflamatoria que discuten estos autores se aproxima más á

(1) Soc. Méd. de los Hosp. de París, 8 Enero 1892 y "Bull. méd.", 1892, pág. 26.

(2) "Archiv. de Laring.", etc. de Ruault y Luc. núm. 6, 1891 y núm. 1 y 2, 1892.

(3) V. comunic. de Brindel á la Soc. Anat. de Burdeos, 14 Abril 1895.

(4) "Berliner Klin. Wochenschr.", 1896.

(5) "Wiener. Méd. Wochenschr.", 1886, pág. 1.133.

la difteria, por lo que procuran diferenciarla de la inflamación tonsilar que llamaremos lagunar, á fin de establecer mejor su naturaleza, su origen y su marcha clínica.

IV

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Terminaremos esta exposición con el resultado del examen histológico, tal como se ha practicado en el laboratorio de Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de Burdeos:

«La porción ulcerada de la amígdala ha sido separada por la pinza cortante, fijada inmediatamente en el sublimado y después coloreada en masa con el picro-carmin é incluida en la parafina.

»Los cortes practicados horizontalmente se hicieron á la vez sobre lo que llamaremos el pedículo, es decir, sobre el punto en que se hizo el corte; sobre el epitelio vecino y sobre la parte ulcerada. Su periferia puede dividirse en cuatro segmentos; uno de ellos no nos ocupará, que es la línea del corte; de los otros tres, dos están provistos de epitelio de revestimiento; el tercero, comprendido entre los dos precedentes y diametralmente opuesto al primero, no es más que la ulceración misma de donde el epitelio ha desaparecido. El de revestimiento, sobre los dos segmentos que le lleva, está en vías manifiestas de proliferación, está quintuplicado, sextuplicado de espesor, pero no presenta una estructura igual en todas sus partes: de un lado penetra á gran profundidad por prolongaciones voluminosas cónicas, de vértice dirigido hacia la superficie de base redondeada, sumergiéndose en medio del tejido submucoso; en otro tiene un aspecto papilar de los más claros, nacido á expensas de las partes profundas de la capa epitelial; las papilas no se elevan de las capas superficiales formadas de células pavimentosas en número de 8 á 10 y dispuestas bajo forma estratificada. Estas células han conservado su núcleo. Las prolongaciones epiteliales interpapilares, desde luego formadas en su nacimiento de células más ó menos cúbicas y poliédricas, se hacen bien pronto más y más alargadas, dispuestas en su conjunto á la manera de un abanico, y llegando á formar por su capa más profunda una fila de células cilíndricas, comprimidas las unas contra las otras, y mucho más voluminosas que en estado normal, y que sirven de límite al epitelio en toda su extensión.

»Del lado opuesto no se encuentra este aspecto papilar. La capa epitelial no puede limitarse de un modo preciso y la fila de células cilíndricas normales no existe profundamente. Las células se colocan en series paralelas en la superficie, están menos coloreadas que el resto del corte, al menos en los dos tercios externos del espesor del revesti-

miento epitelial; pero han conservado su núcleo; forman una especie de estrato epidérmico, cuya coloración se acentúa poco á poco á medida que se aleja de la superficie y que se continúa casi insensiblemente con el tejido amigdaliano subyacente. Es posible, sin embargo, sospechar su límite, un poco ondulado, de una parte, por esta ligera diferencia de coloración, y por otra, por la desaparición progresiva de la estratificación (con un mayor aumento en la lente).

»Del lado del pedículo, esta capa epitelial se termina siguiendo una línea que continúa la dirección del tejido amigdaliano y del revestimiento epitelial opuesto. Del lado de la ulceración, la mitad superficial del epitelio desaparece bruscamente; la otra mitad va rápidamente disminuyendo para cesar bien pronto. Entre los dos segmentos provistos de epitelio se percibe una escotadura cóncava irregular, revestida aquí y allí por islotes de sustancia muy mal coloreada en la constitución, de lo que no se pueden reconocer formas celulares aun con grandes aumentos. Esta sustancia parece compuesta por una infinidad de pequeñas granulaciones muy débilmente coloreadas en rosa; en medio de esta masa granulosa se ve un gran núcleo redondo, salpicado acá y allá, muy fuertemente coloreado en rojo, perteneciendo á una célula cuyo protoplasma circunscribe al núcleo, pero está muy poco desarrollada.

»Los islotes granulosos están sobre todo dispuestos en la periferia, en pedazos; presentan prolongaciones hacia la parte profunda, en medio del tejido amigdaliano subyacente. Este ofrece á primera vista los caracteres del tejido amigdaliano normal; mas, sin embargo, difiere en tres puntos principales: *las células que le constituyen están prensadas las unas contra las otras*, mucho más que en las partes más lejanas de la superficie; *los folículos cerrados no se encuentran*; hay un tejido uniforme, infiltrado de núcleos redondos fuertemente coloreados; en fin, los vasos que sobre una amígdala sana son poco numerosos y apenas aparentes fuera de los surcos fibrosos que atraviesan alguna vez la amígdala cuando está hipertrofiada, están aquí muy dilatados y en gran número aun en medio del tejido amigdaliano propiamente dicho. No obstante, donde son más gruesos y numerosos hasta el punto de que en ciertos sitios dan al corte un aspecto angiomatoso, es inmediatamente por debajo del epitelio papilar, en el dermis de la mucosa.

»Entre los más voluminosos, algunos presentan una pequeña pared formada de un sencillo cordón de tejido conjuntivo infiltrado, de células redondas; los otros, grandes y pequeños, no tienen ninguna pared propia,

»En fin, más profundamente, yendo hacia el pedículo, cerca de un cuarto de milímetro de la superficie, el tejido amigdaliano recupera sus caracteres normales: muéstranse de nuevo los folículos cerrados, fácil-

mente cognoscibles y de dimensión bastante grande, y los vasos disminuyen de número y de volumen, mostrando así que toda señal de inflamación ha cesado á este nivel.»

La exposición que precede confirma, pues, en todas sus partes la evolución clínica que hemos expuesto más arriba. La anatomía patológica nos explica igualmente cómo se hace la reparación del tejido necrosado y la formación de la cicatriz aparente, que hemos encontrado en todos los casos.

V

TRATAMIENTO.—Seremos breves en el tratamiento, que nos parece que ante todo debe ser antiséptico, y por esta razón damos la preferencia al procedimiento de limpiar bien la superficie y la cavidad ulcerosa de todos los productos que contiene. Por la misma razón me parece útil un toque, ó más bien un raspado serio, hecho con el portalgodón empapado en una solución de cloruro de zinc al 1:20 ó al 1:30. Se podrá formularlo de la manera siguiente:

Cloruro de cocaína.....	0,30 á 0,50 gramos.
— de zinc.....	1 —
Glicerina pura.....	10 —
Agua destilada.....	15 á 20 —
Ácido clorhídrico.....	$\frac{1}{2}$ gota.

Hecho esto se hace gargarizar al enfermo muchas veces en el día con una disolución alcohólica (gargarismo boratado y bromurado, con glicerina neutra).

Al día siguiente se puede hacer un nuevo toque con el cloruro de zinc ó con la solución iodo-iodurada y fenicada ordinaria. La simple glicerina fenicada al 1:10 ó 1:15 constituye igualmente un excelente tópico.

Después, á medida que la úlcera se limpia y que la herida se cicatriza, se suprimen las embrocaciones, limitándose á los gargarismos alcoholizados. El *râclage* ó abrasión de la úlcera con la cucharilla, hecho al principio, me ha dado igualmente buenos resultados.

El objeto capital es hacer la higiene de la boca, higiene local á fin de impedir la contaminación de los puntos vecinos, como se produjo en uno de mis enfermos. Hay que recordar, en efecto, que la curación en el espacio de algunos días, es la regla en estos casos.

Es inútil añadir que si el enfermo es fumador, será mucho mejor abstenerse de fumar hasta después de la curación definitiva.

Observación V. *Úlcera.*—*Amigdalitis ulcerosa aguda de la amígdala izquierda* (redactada por el enfermo).—M. C., de veintiún años, estudiante de Medicina. «He sufrido siempre de la garganta — dice —

sobre todo durante el invierno; he tenido amigdalitis frecuentes y en el invierno último un catarro naso-faríngeo. En el mes de Abril me hice extirpar la amígdala derecha por cauterizaciones galvánicas sucesivas.

Desde este momento no recuerdo haber sufrido de la garganta hasta que hace tres semanas, hacia el fin del mes de Octubre, sentí una ligera molestia á la deglución. Pensé inmediatamente en una recidiva de la amigdalitis y no me alarmé; continué comiendo, bebiendo y fumando como de ordinario, y más quizá porque estaba en vacaciones. Al día siguiente me encontré la garganta seca y la molestia á la deglución aumentada, y entonces se me ocurrió la idea de mirar mi amígdala izquierda.

Me extrañó mucho ver sobre la parte ántero-externa una úlcera oval cuyo diámetro mayor tenía lo menos 2 centímetros, formando excavación, con bordes bien cortados y recubierta enteramente de una capa de sustancia blanca. Deseando darme cuenta de la adherencia de esta sustancia, me gargaricé inmediatamente dos ó tres veces, pero no se desprendió.

Sin saber verdaderamente la naturaleza de mi afección, no se me

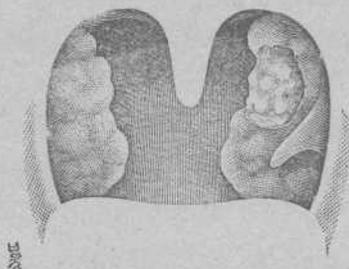


Fig. 13.

ocurrió la idea de la sífilis. No había visto, en efecto, en mí ni accidentes primitivos ni secundarios, y esta úlcera no podía ser más que terciaria. Por otra parte, tenía razones para no creer en la transmisión de la diátesis por herencia.

Permanecí cinco días sin enseñar á nadie la ulceración y continué durante este tiempo mi vida de vacaciones, no quedándome más que una molestia para tragar, sin verdadero dolor.

La incomodidad no persistió más que tres días, durante los cuales examinaba la úlcera, que no cambiaba de aspecto aunque la inflamación era menos fuerte. Debo hacer notar que nunca he tenido infartos ganglionares en esta región.

Algo inquieto con la persistencia del mal, consulté con un médico; pero no me animó mucho el verle dudar largo tiempo entre un accidente sífilítico y una afección catarral aguda. Sin decidirse y después de un examen minucioso, me aconsejó gargarizarme con líquidos anti-sépticos y que volviera dos días después para decidir su diagnóstico.

Hice lo que me había aconsejado y observé que poco á poco los bordes de la úlcera se hacían menos salientes, que comenzaba á eliminarse un poco de aquella sustancia blanquecina que la recubría. El día convenido volví á casa del médico, pero no habiéndole encontrado rogué al Dr. Moure que me examinase.

El diagnóstico fué decidido en seguida y con una seguridad que me complació, porque me sacaba de una duda poco agradable.

La idea del accidente sífilítico fué descartada. Mi amígdala fué embadurnada el mismo día con la tintura de iodo, y por consejo del señor Moure hice durante tres ó cuatro días gargarismos antisépticos. Poco á poco se eliminó aquella sustancia blanquecina, los bordes de la úlcera se hicieron más blandos, la inflamación desapareció completamente y vino la curación á los ocho días.

No obstante, la ulceración ha dejado vestigios, y sobre la amígdala existe una cavidad en forma de embudo, pero no diferenciándose en su aspecto del tejido tonsilar vecino.

Observación VI. *Úlceras de las dos amígdalas.*—M. X..., de veintidós años, estudiante de Medicina, nos dice que desde hace quince días, y sin que nada pueda explicarlo, ha observado que sus encías sangran muy fácilmente y con bastante abundancia cuando se lava los dientes.

Consultado un dentista, le recomienda limpiarse con un cepillo duro y tomar pastillas de clorato.

Algunos días después, el enfermo siente detrás de los molares, pero sobre todo en la parte inferior derecha, dolores bastantes vivos que persisten muchos días, incitándole á venir á nuestra consulta, en la cual le examinó el Sr. Brindel, no encontrando nada anormal. Los dolores provenían de la salida de una muela del juicio.

Sin embargo, como el enfermo estaba acatarrado hacía algunos días y temía tener algo en su garganta, se la examinó todos los días. Hace dos, ó sea el 1.º de Marzo, el enfermo observó en sus amígdalas, pero sobre todo en la derecha, una película blanca, que desprendió, poniendo al descubierto una pequeña úlcera. Esto le decidió á volver á la consulta. De modo que hacía dos ó tres días, lo más, que podían existir estas úlceras cuando separó la película.

En el momento en que este joven se presentó á mi examen, me afirmó no haber tenido nunca enfermedades venéreas, pero que tenía el que se tratara de accidentes sífilíticos.

Nunca ha sido susceptible de enfermar fácilmente de la garganta, y no recuerda haber sufrido de esta región más que una vez á los cinco años, época en la cual debieron creer que tenía difteria, porque hubo necesidad de numerosas cauterizaciones. Hace dos, sufrió una angina sencilla que curó rápidamente con gargarismos de agua boricada.

El sujeto, además, ha tenido ataques de reumatismo articular desde la edad de doce años, y uno de ellos hace dos cuando tuvo su angina.

Al examen de la faringe comprobé sobre la amígdala derecha, y en

pleno tejido glandular, hacia el tercio superior, una úlcera crateriforme del tamaño de media peseta.

Los bordes son rojizos, un poco irregulares, y el fondo grisáceo, pulposo. Una vez limpio con el porta-algodón, impregnado en solución iodo-iodurada ligera, aparece el fondo rosáceo y desigual; el resto de la amígdala está sano y apenas inflamado.

En el lado izquierdo, hacia el mismo nivel, se comprobó la existencia de una úlcera análoga, aunque quizá un poco menos extensa y más aproximada al pilar anterior, que recubre en parte la pérdida de sustancia, sin ofrecer, sin embargo, tumefacción aparente. La amígdala está algo voluminosa, y para ver bien el fondo de la úlcera es necesario deprimir fuertemente la lengua y hacer bascular la amígdala sobre sí misma, lo que se obtiene con facilidad llevando el depresor profundamente para levantar con él la glándula.

La mayor parte de las úlceras derecha é izquierda se cortó para su examen, deseoso nuestro estudiante de suministrarnos una nueva ocasión de poder estudiar sus tejidos patológicos.

Después de la operación el enfermo sufrió mucho, sobre todo del lado izquierdo, en donde el pilar había sido herido; los dolores se irradiaban hasta el oído izquierdo; los movimientos de deglución eran penosos, como sucede con bastante frecuencia en estos casos.

Después del tercer día, el enfermo nos visitó diariamente para que le diéramos unas pinceladas con el cloruro de zinc, y se gargarizaba en su casa con una disolución de bromuro de potasio, ácido fénico é infusión de altea. El día quinto las cicatrices estaban en vías de curación y el séptimo estaba completamente curado.

La afección había, pues, evolucionado simultáneamente en las dos amígdalas en el espacio de ocho ó diez días á lo sumo, puesto que el enfermo había asistido al comienzo de estas ulceraciones, que pudimos seguir paso á paso.

Observación VII. *Úlceras crateriformes de la amígdala izquierda.* Víctor C., de dieciocho años, domiciliado en Burdeos, se presenta en la clínica el 2 de Julio de 1894. Refiere que su amígdala se ha infartado hace ocho días y que se encuentra con dificultad para deglutir, sin haber sentido otros síntomas inflamatorios de la faringe. La voz es normal, el pulso y el apetito bastante buenos.

Al examen se encuentra una úlcera bien limitada en la parte anterior y media de la amígdala izquierda; tiene el aspecto de haber sido cortada y se desprende de ella una excrecencia carnosa de más de un centímetro de larga en forma de estalactita rojiza. Separamos ésta con la ayuda de unas pinzas y la capa pultácea que se encuentra sobre la amígdala que existe en pequeña cantidad. La úlcera que hemos dibujado y que reproducimos más abajo, tiene las dimensiones de media peseta, de forma ovalada en el sentido vertical. Y no hay tumefacción ni infiltración periférica, ni infartos ganglionares.

Se prescribe un gargarismo de bórax y bromuro.

El enfermo vuelve á la clínica el 5 de Julio; la inflamación ha disminuído considerablemente, y queda tan sólo un rodete grisáceo situado detrás del pilar anterior.

9 de Julio.—La ulceración se limpia.

15 de Julio.—La úlcera situada en la parte superior de la amígdala está curada. Desde hace dos ó tres días el enfermo se queja de molestias en la faringe de este lado, y se comprueba al examen en la parte anterior de la cara interna de la amígdala izquierda y por debajo de la primera una úlcera grisácea, crateriforme, redondeada, que mide cerca de medio centímetro de diámetro. Tiene el aspecto que la primera, sin

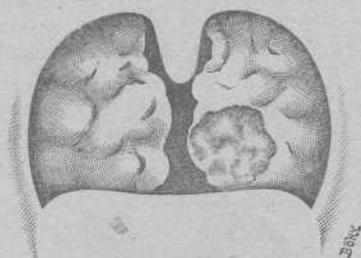


FIG. 14.

ofrecer, con la que está curada, la menor relación de continuidad.

Embrocación de cloruro de zinc al 1: 50. El enfermo continúa su gargarismo con bórax.

19 de Julio.—La úlcera de la parte inferior ha desaparecido casi enteramente.

23 de Julio.—La ulceración está completamente curada.

30 de Julio.—La curación se mantiene y se encuentra, en lugar de las dos úlceras, una excavación que marca de un modo indeleble la glándula que ha sido atacada. El resto de la amígdala no presenta señal de lesión lagunar ó caseosa.

Observación VIII. *Úlcera de la amígdala derecha.*—M. A., de veintisiete años, sin profesión, viene á consultarme el 13 de Octubre de 1894, quejándose desde hace seis ó siete días de una molestia para tragar y de un mal gusto de boca. Está bastante propenso á tener anginas agudas, y desde hace tiempo tiene—dice—la intención de desembarazarse de sus dos amígdalas, que son muy voluminosas y lagunares. Sin embargo, no recuerda haber tenido mal de garganta tan persistente como éste.

El examen exterior no presenta nada de particular, nada de tumefacción ganglionar ni de dolor al tacto. La inspección de la garganta me demuestra, desde luego, las dos amígdalas hipertrofiadas y, además,

sobre la base de la derecha, hacia la lengua, más bien sobre la cara interna, percibo una vasta úlcera crateriforme, redonda, teniendo lo menos la dimensión de media peseta. Los bordes están rojos, salientes é irregulares, sin que exista, sin embargo, infiltración periférica; el velo, la úvula y los pilares están sanos. El fondo de la úlcera es grisáceo, pulposo, y una vez limpio aparece rojo y muy anfractuoso; su profundidad es bastante grande para que el algodón desaparezca casi completamente en el fondo.

Embrocación de cloruro de zinc 1: 30; gargarismos iodados. Dos días después la úlcera comienza ya á limpiarse, el fondo es rosáceo, los bordes menos salientes; la cicatrización marcha con rapidez. Cuatro días más tarde, la úlcera está casi curada, sus bordes se cicatrizan con rara presteza, y cuando el enfermo vuelve á verme algunos días más tarde está completamente curado, y se ve en lugar de la úlcera una pérdida de sustancia hecha como con sacabocados, cuyos bordes están lisos y unidos.

Desde esta época el enfermo no ha tenido la menor molestia de este género, si bien aún conserva sus amígdalas, que ya no quiere se le extirpen.

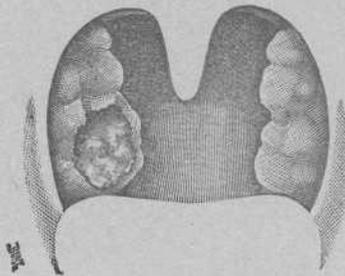


FIG. 15.

Referiremos, en fin, un último caso que hemos observado recientemente en la clínica de la Facultad de Medicina, en otro estudiante de Medicina que ha venido á consultarnos estos últimos días para una amigdalitis ulcerosa, análoga á las precedentes.

Observación IX. L. M., de veintitrés años, estudiante de Medicina, cuyos padres viven con buena salud. Es interesante señalar que su abuelo, muy propenso á anginas, sufrió en Montpellier, donde estaba estudiando Medicina, la amputación de la úvula y ablación de las amígdalas. Nada de antecedentes sífilíticos ni tuberculosos. Enfermedades anteriores: sarampión y anginas frecuentes, y algunas manifestaciones herpéticas sobre el pene sin relación con enfermedad sexual. A la edad de once años tuvo una angina grave, tratada por el Dr. Dudou, y que cedió al tratamiento; á los dieciséis nueva angina, durante una epide-

mía en un colegio de La Rochela. El Dr. Picher canterizó la amígdala izquierda, que no ha presentado desde entonces fenómenos inflamatorios. En el mes de Enero último, nueva angina. El Dr. Jagnet le aconseja abstenerse del tabaco, y la normalidad vuelve á los pocos días. Sin embargo, desde esta época queda la faringe muy rubicunda, fácilmente irritable por el tabaco ó por los alimentos, ó por el ejercicio del canto, que llega á ser imposible.

Hace doce días sintió una tarde algo de molestia á la deglución, y comprobó algo de infarto ganglionar en el lado derecho. Por entonces la muela del juicio del lado correspondiente brotaba al exterior, y la encía, traumatizada algo, era á la deglución asiento de un vivo dolor. Al día siguiente persistía la molestia, así como el infarto ganglionar, y, en fin, el tercer día, advertido por la fetidez del aliento é inquietado por la persistencia del dolor, examinó su garganta y vió que el surco buco-labial derecho, así como los dientes del mismo lado, estaban cubiertos por una capa con todos los caracteres de pus teñido de sangre, fétida y apergaminada, con partes más caseosas que líquidas, pareciéndose á la mucosa esfacelada. Por otra parte, la amígdala derecha, considerablemente aumentada de volumen, presentaba en su cara interna una superficie blanquecina, destacándose claramente de los tejidos adyacentes, que estaban muy rojos, superficie que era de forma elíptica, de eje mayor vertical, irregular, fungosa, con todos los caracteres de una parte de mucosa ulcerada.

El enfermo suspendió el uso del tabaco, y durante tres días alternó los gargarismos fenicados con los de clorato potásico.

El dolor se calmó, la fiebre del día anterior desapareció, pero la intumescencia ganglionar persistió. El enfermo ha esperado hasta su examen en la clínica, sin más tratamiento que los gargarismos fenicados. En este momento, es decir, el 22 de Abril, vi sobre la amígdala derecha, que está un poco rojiza, pero no tumefacta, una úlcera fungosa, de bordes cortados á pico, de fondo blanco, y que se dejaba penetrar fácilmente con el estilete revestido de algodón. Todo vestigio de adenitis ha desaparecido; el enfermo apenas se daría cuenta de su lesión si no hubiera visto su existencia.

El mismo día presenté el caso á la Sociedad de Anatomía de Bordeaux, é inmediatamente le apliqué una embrocación de cloruro de zinc, 1 : 30; después le prescribí un colutorio de bórax y bromuro, y supresión del tabaco y de todo irritante.

No es dudoso que, en este caso, la evolución del molar referido, el humo del tabaco y además el calor, fueran la causa de la duración, quizá un poco más larga, de esta úlcera, que el enfermo había observado, por casualidad, tres días después de su comienzo.

Como todos nuestros enfermos, curó rápidamente, y aún se ve la amplia cicatriz que ha sucedido á la pérdida de sustancia consecutiva á la necrobiosis de una parte de la amígdala. »

TUBERCULOSIS LARVADA DE LAS AMÍGDALAS

Tanto la forma aguda de la tuberculosis palato-faríngea, cuanto la crónica (úlceras únicas ó múltiples con infartos ganglionares), son bastante conocidas.

Además de estas formas clásicas, existe otra mucho más frecuente, que no es granulosa ni ulcerosa, y que ha sido perfectamente estudiada por el Dr. Dieulafoy, sobre cuyo asunto presentó una comunicación á la Academia de Medicina de París, en las sesiones de 30 de Abril y 7 de Mayo de 1895.

Está constituida en su esencia por hipertrofia simple ó adenoidea de las amígdalas, que se confunde con las formas triviales de tipo común.

Sucede á menudo, que las vegetaciones adenoideas y las hipertrofias de las amígdalas, consideradas como de carácter benigno, son de naturaleza tuberculosa.

Para demostrar este hecho, recogió el Dr. Dieulafoy un centenar de amígdalas y de vegetaciones adenoideas, que inoculó por fragmentos á conejillos de Indias.

En una primera serie de seis casos, los fragmentos de amígdalas hipertrofiadas produjeron chancros tuberculosos y tuberculosis generalizada consecutiva.

En otra segunda serie de tres casos, los detritus de vegetaciones adenoideas produjeron el mismo resultado. La serie tercera comprende dos casos, en los que hubo tuberculosis generalizada sin chancreo, consecutiva á la inoculación de amígdalas hipertrofiadas, y cuatro casos más, en los que el resultado fué idéntico con la inoculación de vegetaciones adenoideas.

Se inocularon 96 conejillos de Indias, 61 con fragmentos de amígdalas y 35 con fragmentos de tejido adenoideo. De los 61 de la serie primera obtuvo 8 tuberculosis (ó sea el 12 por 100). De los otros 35 padecieron tuberculosis 7 (ó sea el 20 por 100).

Es de suponer, para explicar la frecuencia de estas lesiones tuberculosas, que el bacilo de Koch, deglutido ó aspirado, se fija á menudo en el tejido linfoide, en particular en los individuos predispuestos, y ocasiona la sobreactividad formatriz, causa de la hipertrofia. Tal es la primera etapa de la tuberculosis larvada de las amígdalas.

En muchos casos queda todo reducido á esto: después de algunos meses ó años, predomina la reacción fagocitaria, la amígdala se hace fibrosa, el órgano disminuye de volumen y el individuo cura de este modo. Pero otras veces, bastante comunes, la enfermedad progresa, el bacilo, después de permanecer localizado algún tiempo en las amígdalas

las, penetra en la red linfática. Esta segunda etapa se caracteriza por infartos ganglionares en las regiones submaxilar y cervical. Desde este momento son posibles todas las modalidades, se afecta toda la cadena ganglionar ó la adenopatía se localiza en unos cuantos ganglios que suelen quedar pequeños, indolentes y móviles, ó bien dolorosos, gruesos é infartados.

Las adenopatías retroceden algunas veces y desaparecen; otras sufren ataques agudos congestivos susceptibles de terminar por supuración. Las infecciones secundarias suelen influir en la producción de estas complicaciones variadas.

En esta variedad de adenopatías tuberculosas se observa algunas veces que se afectan al fin los ganglios profundos de la región cervical. Esta generalización es en ciertos casos muy rápida, ó sigue una marcha lenta, y sufre de cuando en cuando detenciones largas, y algunas veces cura ó queda durante un tiempo indefinido en estado latente, y no se manifiesta sin el intermedio de una infección secundaria.

La llegada del bacilo á los pulmones constituye la tercera etapa de la tuberculosis amigdaliana. De ganglio en ganglio, de red en red, gana el bacilo la gran vena linfática ó el conducto torácico. De este modo llega á la circulación venosa cardiaca derecha, y por último, á los pulmones; queda constituida la tuberculosis pulmonar.

Unas veces se defiende el pulmón y responde al ataque del bacilo por hemoptisis, que llama el autor hemoptisis de defensa. Otras sigue su marcha la enfermedad y sobreviene la tuberculosis ordinaria.

En el tratamiento de esta tuberculosis larvada, lo primero que se ocurre emplear, son los medios profilácticos. ¿Cómo evitar el contagio del niño nacido de padres tuberculosos y predispuesto al desarrollo de tejido linfático exuberante?

Es necesario: 1.º, alejar lo más posible al niño del medio tuberculoso, y si es imposible, insistir en el uso de las escupideras con agua; 2.º, evitar en lo posible los alimentos capaces de propagar el virus, y sobre todo, la leche sin cocer y las carnes en salazón; 3.º, arreglar la higiene, porque la tuberculosis se desarrolla muchas veces á consecuencia de una infección secundaria.

Después de haber indicado el tratamiento profiláctico, se ocupa del curativo.

¿Qué debe hacerse en los casos de tuberculosis larvada de las amígdalas? se pregunta. Antes de estudiar este asunto, médico y quirúrgico a la vez, manifiesta que nuestros medios no son eficaces siempre. Llegará sin duda un día en que, provistos de un suero benéfico, lucharemos contra la infección tuberculosa, como luchamos hoy contra la difteria y empezamos á luchar contra la de estreptococos. Hasta entonces emplearemos los medios de que disponemos.

Principiemos por los medios. Éstos se refieren al tratamiento general, y tienen por objeto poner la economía en estado de defensa; la preparan para la lucha y la ayudan para salir muchas veces victoriosa. No conoce, dice, medicación alguna comparable á la que tiene por base principal una alimentación abundante en sustancias grasas y oleosas, aceite de hígado de bacalao, emulsiones, sardinas en aceite, atún, pasta de hígado graso, etc.

Los medios higiénicos son importantísimos en los casos de escrófulo-tuberculosis amigdaliana y ganglionar. Tiene una eficacia grandísima la atmósfera marina y la estancia en las costas. De 1.293 casos de infartos ganglionares, cervicales y maxilares, que ingresaron en el Hospital de Berck, en 900 se consiguió la curación.

Respecto al tratamiento quirúrgico, no se decide definitivamente por cuál convenga seguir, si la extirpación, cauterización ó destrucción de las amígdalas.

NEOPLASIAS BENIGNAS DE LAS AMÍGDALAS

Entre las neoplasias benignas de las amígdalas palatinas, y además de la pediculización ó pólipo ya estudiado anteriormente, mencionan ciertos autores, Lennox-Browne entre ellos, las *concreciones calcáreas*, desarrolladas en los folículos.

Se las ha considerado durante mucho tiempo como una modificación del producto de secreción del folículo; más tarde Gruening (1) las creyó de origen parasitario, estando constituidas preferentemente por el *leptothrix*, fundándose en que el examen microscópico y las reacciones químicas dan siempre resultados idénticos á los del análisis de las concreciones dentarias, y, por último, Lennox-Browne sostiene que si bien no se puede negar la influencia parasitaria, no es menos incontestable que existen en su composición *debris* epiteliales y moco.

En las sesiones del 28 de Mayo y 4 de Junio de 1895 presentaron á la Academia de Medicina de Paris los Dres. Combe y Dubousquet-Laborderie un cálculo de la amígdala, del tamaño de una nuez pequeña.

Según Berlioz, Galippe, Terrillon, etc., el núcleo central de estos cálculos es siempre un cuerpo extraño, alrededor del cual se fijan depósitos de moco, filamentos de *leptothrix buccalis*, sales de cal, de magnesia, etc. El corte de estos cálculos deja al descubierto el punto central, que en el caso de que se trata era una de esas pequeñas masas caseosas, parecidas á un grano de arroz, que se forman en las criptas de la amígdala y exhalan un olor fétido.

(1) Gruening, "Archives of Laryngology", London, 1882, tomo III, pág. 196.

El análisis del cálculo, según el Dr. Berlioz, era el siguiente:

Agua.	3,94	gramos.
Sustancias orgánicas.	15	—
Fosfato de cal.	48,76	—
— de magnesia.	22,84	—
Carbonato de cal.	5	—
Indicios de hierro.		

Estos cálculos se asemejan por completo á los rinolitos, y unas veces producen accidentes graves, y en otros hay tolerancia completa. Las amigdalitis de repetición son debidas casi siempre á la existencia de estas masas caseosas en las criptas.

Los *síntomas* que producen son los de un *cuerpo extraño* que determina y sostiene además un estado inflamatorio crónico de la glándula, y ocasiona la fetidez del aliento.

Su figura varía con el fólculo donde se produce y crece.

El *tratamiento* consiste en el uso de colutorios antisépticos, y la extracción, bien sola ó con resto de amígdala.

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LAS AMÍGDALAS

Los tumores malignos son extraordinariamente raros en esta región. Por mi parte, jamás los he visto *primitivamente* manifestados en la amígdala. Siempre han sido por invasión de partes vecinas.

Lennox-Browne dice haber observado tan sólo 12 casos en veinte años, dando una proporción de 1 entre 5.000 enfermos de la garganta.

Sostiene este autor que el cáncer de la amígdala es siempre primitivo. En cambio, Mandl (1) opina lo contrario, esto es, que resulta secundario, por propagación de uno de la base de la lengua ú otra cualquiera parte próxima.

Las manifestaciones neoplásicas malignas que con más frecuencia se observan en la amígdala palatina, son el escirro ó el encefaloide (Lennox-Browne), el linfo-sarcoma y el epitelioma.

Los *síntomas* que determinan, salvo los propios que pueden referirse á la región, son los que apreciamos por cáncer en cualquiera otra mucosa de la economía.

Á menudo, al principio de la afección, es apenas sensible el aumento de volumen de la amígdala, y casi no se puede limitar el órgano, por la infiltración de los tejidos que la rodean. Los síntomas generales y la historia de la enfermedad nos pondrán mejor sobre la pista que los objetivos y locales.

Como en cualquier otra enfermedad inflamatoria de la amígdala, la voz está más ó menos ronca, la fonación y la respiración más ó

(1) Mandl, "Malad. du larynx", Paris, 1872.

menos alterada, la deglución dolorosa, y los sentidos del gusto y olfato más ó menos afectados.

Al examen advertimos enrojecimiento, aumento de volumen, ulceración ó modificaciones en la secreción.

El dolor suele ser *más vivo* que en las formas inflamatorias comunes, con irradiaciones hacia los oídos, garganta ó nuca.

Cuando las irradiaciones dolorosas hacia el oído son de alguna intensidad, se acompañan de sordera ó ruidos.

El sarcoma amigdaliano presenta, por lo general, un tinte rojo-oscuro, de aspecto lívido; infiltración muy extensa y pequeñas superficies ulceradas.

El epiteloma, coloración más pálida y secreción de un líquido espeso, sanioso y fétido, distinto del cáseum característico de la inflamación folicular crónica simple. Esta secreción, cuando es abundante, se escapa por la boca ó sale por las fosas nasales.

El estado general no tarda en alterarse, dificultándose la nutrición y sobreviniendo el enflaquecimiento caquéctico.

Lo importante en el *diagnóstico* es diferenciar el cáncer, de las manifestaciones de la sífilis en las amígdalas.

Nada más claro que el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades, formulado por Lennox Browne:

SÍFILIS

SINTOMAS FUNCIONALES. — Deglución, á veces difícil, pero nunca imposible, aun cuando acompañada en ocasiones de salida de los líquidos por las fosas nasales. Sensación penosa, desagradable, más bien que verdadero dolor. Desaparición de los dolores con el reposo.

SIGNOS FÍSICOS. — En el periodo secundario lo más común es observar placas mucosas. En el terciario, úlceras *rotidas* ú horadadas. Suele haber escaso infarto ganglionar concomitante y no se acompaña de dolores.

Las hemorragias son raras.

El enflaquecimiento, cuando existe, se explica por una alimentación insuficiente.

El *tratamiento* apropiado da excelentes resultados.

CÁNCER

SINTOMAS FUNCIONALES. — La disfagia es el primer sintoma, y el más acentuado. Aumenta rápidamente en intensidad, hasta hacerse imposible.

Casi siempre hay dolores agudos lancinantes.

SIGNOS FÍSICOS. — Cualquiera que sea la variedad del cáncer, reviste siempre la forma neoplásica y adquiere un volumen sumamente considerable antes de ulcerarse. Los ganglios vecinos se infiltran con rapidez y se ponen más duros y dolorosos que el mismo tejido enfermo.

Las hemorragias son frecuentes.

El enflaquecimiento es rápido y comienza antes de que sea muy intensa la disfagia. Continúa aun cuando mejoren los síntomas locales.

El *tratamiento*, sea el que quiera, es siempre ineficaz en absoluto.

El *tratamiento* tiene que ser sintomático, procurando aliviar y disminuir los sufrimientos al enfermo.

La resección parcial ó total de la amígdala, mediante la guillotina ó la galvanocautia, así como la resección parcial del maxilar inferior, no siempre dan resultados *radicales*.

Puede recomendarse, como tratamiento paliativo, toques con el iodo, iodoformo, iodol (iodol ó iodoformo, 4 gramos; éter, 30), que si bien es menos activo que el iodoformo, en cambio no tiene tan mal olor; cloruro de zinc (cloruro de zinc, 50 centigramos á 1 $\frac{1}{2}$ gramos; hidrociorato de morfina, 40 centigramos; glicerina y agua destilada, de cada cosa, 15 gramos), y al exterior, y como calmante, el cloral ó la belladona.

También, y con este mismo último objeto, son convenientes los toques con la solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 5 y hasta al 10 por 100, ó las inyecciones hipodérmicas de cocaína y morfina.

Contra la salivación exagerada, el mentol; y para los dolores auriculares los tópicos calmantes en el conducto auditivo externo.]—DOCTOR C. COMPAIRD.

[Afecciones de la faringe propiamente dicha.

ANEMIA DE LA FARINGE

El estado anémico de la pared posterior de la faringe, traducido por los signos objetivos de palidez y decoloración de dicha membrana, sólo se observa por regla general en los procesos morbosos debilitantes y en los estados hidrohémicos avanzados.

Así, pues, se la encontrará en la tisis, clorosis, paludismo, en los caquéticos y en los que han sufrido grandes pérdidas de sangre.

Como quiera que siempre se halla ligada á una enfermedad general debilitante, deberá instituirse el *tratamiento* de la enfermedad que la origina

HIPERHEMIA DE LA FARINGE

Varias son las causas que pueden determinar el estado hiperhémico de la faringe. Así, la hiperhemia *pasiva* se produce por la dificultad en la circulación cerebral al centro cardíaco. La *activa* obedece á catarros de las fosas nasales ó de la misma faringe y aun del estómago, ó bien por acción mecánica, determinada por la impresión del aire frío ó caliente, del humo del cigarro, etc.

Ciertas mujeres presentan el aspecto hiperhémico de la faringe en cada período menstrual, y en determinados casos dicha congestión termina por originar una angina que se repite mensualmente.

Asimismo son frecuentes en los artríticos en general, y en los gotosos en particular.

Según Ruault, se la observa también bastante á menudo en los dispépticos, preferentemente en los que padecen de atonía ó dilatación estomacal, y en los que sufren de estreñimiento habitual y demás trastornos gastro-intestinales.

Acompañase la congestión pasajera, de alteraciones secretorias consistentes en exageración de la secreción del moco. El enfermo advierte una sensación de calor y picor en la garganta, acompañada de necesidad de expulsar el moco allí detenido. Lo mismo el aire al respirar que los alimentos en el acto de la deglución, les causan impresión molesta. La duración de tales trastornos locales varía según la causa-productora; así, en los dispépticos suele significarse más constantemente después de la comida, durando todo el período de la digestión, y en ciertas mujeres persiste durante los dos ó tres días que preceden al período menstrual.

Tales hiperhemias vienen á constituir una de las causas más abonadas de ciertas formas de faringitis y aun de rinitis crónica, por extenderse el estado congestivo hasta las fosas nasales.

El tratamiento deberá dirigirse á combatir el momento etiológico del trastorno que estudiamos.

VARICES DE LA FARINGE

Obsérvanse más á menudo, en todos aquellos casos en que existe un obstáculo al libre deflujo de la sangre desde la cabeza al corazón. Sin embargo, la riqueza circulatoria de la faringe y las frecuentes irritaciones á que se expone este órgano, hacen observar en ella muchas veces varicosidades bastante parecidas á las del varicocele.

Farlow, de Boston (1), ha referido cinco casos de dilataciones arteriales visibles sobre la pared posterior de la faringe, cuyas pulsaciones se advertían á simple vista, y cuya anomalía anatómica de las faríngeas ascendentes se destacaba tanto más, por radicar sobre una mucosa atrófica.

También Norris Wolfenden, de Londres (2), hace mención de un caso de *angioma* del tamaño de un huevo de gallina, situado en la parte posterior lateral de la faringe, acompañado de numerosas venas varicosas superficiales.

(1) "Annales des mal. de l'oreille, du larynx,, etc. Febrero, 1887.

(2) "British Medical Journal,, Junio de 1887.

El *tratamiento* de las varices faríngeas voluminosas es negativo, á menos que se quiera emplear procedimientos quirúrgicos para destruir-las, en cuyo caso echaremos mano de la galvanocaustia, del nitrato ácido de mercurio ó del bisturí. Thomas es partidario del nitrato ácido de mercurio llevado con un estilete de aluminio, recubierto con algodón en rama.

EDEMAS FARÍNGEOS

Además de los conocidos edemas faríngeos debidos á obstáculos en la circulación venosa, y de los asociados á las inflamaciones, preferentemente á las de origen flegmonoso, encuéntranse en ciertas enfermedades en que la crisis sanguínea se halla profundamente alterada.

Suelen observarse, por ejemplo, en los atacados de enfermedad de Bright, en cuyo caso alcanza su invasión hasta la laringe, y según Fauvel, aparecen antes que los demás síntomas característicos de aquella enfermedad.

Á juicio del Dr. Garel, se observan algunas veces en enfermos que se quejan de una afección laringea, ligerísima en apariencia, ó una verdadera faringitis como signo de la diabetes ó de la albuminuria.

Los trastornos funcionales consisten en dificultad, en una especie de tirantez en el cuello, y en disfagia. Al examinar las fauces se nota rubicundez de los pilares, del velo palatino y de la parte posterior de la faringe. La mucosa no solo está enrojecida, sino hinchada, y muchas veces cubierta de una capa de moco más ó menos viscoso. Este estado particular de la mucosa exige el análisis inmediato de la orina, porque la mayor parte de las veces contiene azúcar ó albúmina. Fundándose sólo en el examen de las fauces, es imposible afirmar de antemano la existencia de la diabetes ó de la albuminuria. La mayoría de estos enfermos sólo presentan síntomas generales insignificantes. En 1882 atribuyó Joal á la faringitis seca el mismo valor semeiológico, pero manifestó que, de ocho casos, en siete no se encuentra en la orina albúmina ni azúcar. En la forma hiperhémica es, por el contrario, excepcional no encontrarlas. Además, como dice Lori, la angina seca es, al parecer, un estado más avanzado de la faringitis hiperhémica.

El referido Dr. Garel cita veintiún casos de esta forma de angina, diez veces con diabetes y once con albuminuria. En tres de ellos se sucedían alternativamente la albúmina y el azúcar.

Los Dres. Bazin y Hardy afirman la posibilidad de presentarse en la faringe la urticaria edematosa, manifestándose con picor excesivo en los sitios edematosos, trastornos digestivos, orinas escasas y la dificultad respiratoria y á la deglución consiguientes.

Aparte del tratamiento general oportuno serán convenientes las es-carificaciones en los puntos edematosos, la aplicación de sanguijuelas ó de revulsivos en la región anterior del cuello, etc.

FARINGORRAGIA

Las hemorragias de la faringe son raras á no producirse por traumatismos accidentales ú operatorios, por tumores ulcerados, escorbuto, hemofilia, púrpura y algunas otras enfermedades infecciosas.

Cartaz (1) las ha visto originadas como consecuencia de congestiones faríngeas, de esfuerzos en el vómito y la tos, en las personas atacadas de mucosidades faríngeas ó de la base de la lengua.

En los niños suelen observarse estas faringorragias, cuando tienen vegetaciones adenoides.

Las hemorragias de la faringe nasal son, por lo tanto, las más frecuentes, mostrándose sobre todo durante la noche por un derrame de saliva sanguínea, ó de mucosidades en las fosas nasales mezcladas con sangre. Pocas veces llegan á constituir en estos individuos verdaderas pérdidas de sangre, por su cantidad.

Cuando estas hemorragias no reconocen un origen general, se las podrá combatir mediante el ácido tánico ó el percloruro de hierro (1 por 10 de glicerina), ó con la esencia de trementina aplicada tópicamente. Cuando la sangre procede de la faringe bucal y se puede determinar con exactitud el punto hemorrágico, será conveniente destruirlo con la galvanocaustia ó mediante toques con líquidos hemostáticos. Si la superficie sangrante radica en la cavidad naso-faríngea, habrá que recurrir á las pulverizaciones y á las irrigaciones endonasales con dichos líquidos, y si no bastasen, al taponamiento posterior.

FARINGITIS CATARRAL AGUDA

La faringitis catarral aguda es una afección muy frecuente, que suele terminar por la resolución, á menos que radique en sujetos débiles ó que subsista una causa predisponente, en cuyo caso se repite con mucha frecuencia, hasta constituir la forma crónica.

Los bruscos cambios de temperatura, enfriamientos, estímulos locales intensos (canto, palabra forzada, etc.), entre las causas de índole local, y ciertos estados epidémicos, como la *grippe*, constituyen la ordinaria etiología de este proceso morboso.

Además, es indudable que existe una gran predisposición á contraerla en los individuos escrofulosos, en los sífilíticos, en los sujetos

(1) "British Med. Jour.", 1858.

á padecimientos hidrohémicos y caquéuticos, así como en todos aquellos que, teniendo parcial ó totalmente obstruidas sus fosas nasales, se ven obligados á respirar por la boca.

SÍNTOMAS. — Entre los generales sobresale la fiebre más ó menos intensa, laxitud general, cefalalgia, dolores vagos diseminados en todo el cuerpo. Á éstos acompañan sed, sequedad en las fauces y dificultad al tragar, á causa de no obedecer como en el estado fisiológico, en la deglución, los constrictores de la faringe.

Á veces no queda localizado este proceso flogístico á la faringe, y entonces, según que se extienda á las fosas nasales ó hacia la laringe, así los síntomas se acentúan por parte de uno ú otro órgano, traduciéndose por estornudos y mayor obstrucción nasal, ó por picor, tos quintosa y ronquera, cuando es el órgano de la fonación el atacado.

Á la inspección se observa la faringe de un color sonrosado, vivo, con algunas varicosidades en su superficie y mayor ó menor cantidad de secreción mucosa, blanca y consistente, según que se trate del principio de la enfermedad ó de un período más avanzado. Por regla general, participan del proceso morbosos catarral la úvula y los pilares, y en ocasiones hasta las tonsilas.

El *diagnóstico* es fácil y el *pronóstico* benigno, y respecto del *tratamiento*, basta consignar que se combate fácilmente con los sudoríficos (povos de Dower, etc.), toques á la faringe con una solución hidroalcohólica débil de cocaína al 2 por 100, gargarismos astringentes ó con las pastillas de cocaína, de bórax ó de cloro-borato de sosa y cocaína.

Unna prefiere en estos casos los toques de ictiol 10 gramos, aceite de ricino 20, alcohol rectificado 100, ó las pulverizaciones de ictiol puro 5 gramos, alcohol y éter sulfúrico, de cada cosa 50.

Por mi parte elijo, por los excelentes resultados obtenidos en mi práctica, las pulverizaciones faringeadas con una disolución acuosa de antipirina al 3 por 100, á las que añado 5 decigramos de clorhidrato de cocaína, ó los toques con la vaselina ictiolada al 1 por 100.

FARINGITIS CATARRAL CRÓNICA

Puede revestir dos formas distintas: ó el catarro crónico simple, ó la forma llamada faringitis granulosa.

En el catarro crónico simple se presenta la mucosa con una coloración más intensa que de ordinario, y á veces como en la forma aguda. El éxtasis venoso suele ser mayor hacia la cavidad nasofaríngea, por ser más abundantes los plexos venosos. La secreción está aumentada, siendo en los casos leves una mucosidad límpida y clara,

que lubrica la faringe, al paso que en los avanzados es densa y hasta conglutinosa.

En la forma granulosa, predomina el elemento hipertrófico sobre el inflamatorio. La hipertrofia en los elementos glandulares de la faringe altera la calidad y cantidad de la secreción, haciéndola tenaz, escasa, de color verde ó moreno y sumamente pegajosa y adherente, hasta llegar á constituir en ocasiones verdaderas costras blandas. Cuando la hipertrofia se limita á sólo las glándulas, pero conservando éstas su forma, constituye la faringitis folicular; y si sobreviene la deformidad y crecimiento de estas mismas, uniéndose en grupos más ó menos confluentes, constituye el tracoma de la faringe ó verdadera faringitis granulosa.

El excesivo desarrollo de estas hipertrofias glandulares y su anti-güedad, las hace aparecer bajo la forma de pequeños adenomas, constituyendo lo que se conoce con el nombre de faringitis poliadenomatosa.

Cuando resaltan ó prevalecen estas verdaderas foliculosis en las regiones laterales de la faringe, inmediatamente por detrás de los pilares posteriores, ó bien forman un cordón desigual y abultado, ó un repliegue simulando un tercer pilar engrosado cual un cordón enrojecido, tenemos lo que Schmidt y Hering han descrito con el nombre de *faringitis hipertrófica lateral* ó simplemente *faringitis lateral*.

Con todos estos estados pueden coincidir la hipertrofia de los pilares y de las amígdalas, el prolapso ó el edema de la úvula, ó la tumefacción de las glándulas foliculares de la lengua.

ETIOLOGÍA. — La escrofulosis, la gota y el reumatismo, constituyen causas predisponentes de todas estas formas morbosas. Green dice que la herencia juega un papel importante en su producción, y que la mayoría de los casos se encuentra entre los veinticinco y treinta años. Por mi parte, lo tengo observado hasta en muchachos de quince años, si bien debo advertir que las observaciones que pudiese citar recaen en individuos escrofulosos y fumadores. En la edad adulta, la enfermedad es más frecuente en los hombres que en las mujeres, sin duda por estar más expuestos á las causas excitantes.

Actúan como causas locales los polvos irritantes, el humo del tabaco, sobre todo en los que tienen costumbre de tragar el humo, y el abuso de los alcohólicos. El contacto repetido del aire con la mucosa bucofaringea, constituye también una causa que favorece el desarrollo de las faringitis crónicas, por cuya razón se la observa más frecuentemente en las personas que están obligadas á cantar ó á hablar en público.

La influencia de los afectos nasales sobre el desarrollo de las faringitis crónicas, está perfecta y completamente demostrada en la clínica. En efecto: lo mismo que se trate de vicios de conformación, tales como

las estenosis congénitas, y desviaciones y engrosamientos del tabique, como que exista una rinitis hipertrófica que obstruya la función respiratoria de las fosas nasales, obligando á los enfermos á sustituirla por la respiración bucal, constituirán un inminente peligro y una causa abonada á contraer y á mantener esta enfermedad, porque la corriente de aire inspirada, sobre no tamizarse del polvo y micro-organismos que lleva en suspensión, penetrará fría y en cantidad immoderada y de golpe.

También podemos considerar como causa determinante, los repetidos ataques de amigdalitis.

SÍNTOMAS.—La voz suele estar ronca ó afónica, y con frecuencia desigual, debido á un defecto de coordinación en los músculos de la laringe, y á congestión de las cuerdas vocales, y más á menudo á un espasmo faríngeo y á cierto grado de irritación periférica del nervio laringeo superior. La tos acostumbra á ser algún tanto frecuente y fatigosa, acompañándose de expectoración de pequeñas masas de moco espeso y glutinoso. El enfermo tiene frecuente necesidad de tragar, á causa de la presencia de estas mucosidades, que hacen el papel de verdaderos cuerpos extraños. La deglución de los líquidos calientes suele ser algo molesta; el gusto y el olfato, así como la respiración, no acostumbran á sufrir alteraciones sino muy raras veces; en cambio el oído se afecta á menudo por consecuencia de la secreción viscosa abundante que se congutina alrededor de los orificios faríngeos de la trompa de Eustaquio, y también por extenderse el proceso inflamatorio al oído medio.

Como signos físicos, advertimos en primer término la coloración de la mucosa, que está siempre más ó menos congestionada en mayor ó menor extensión.

Presenta asimismo la mucosa su red capilar fuertemente inyectada, acompañándose en ocasiones de infiltración del tejido submucoso.

En la forma granulosa, está la pared posterior de la faringe desigual, con varicosidades á los lados, con los pilares, tanto anteriores como posteriores, enrojecidos, y se presentan las glándulas hipertrofiadas bajo el aspecto de pequeñas eminencias rojas, rosa pálido ó amarillas y semitransparentes. En los intervalos que separan estas elevaciones, se ve la saliva ó las mucosidades muy adherentes.

En la forma seca ó atrófica aparece toda la pared posterior de la faringe perfectamente lisa é igual, recubierta de una película delgada muy adherente, brillante y de una coloración más ó menos oscura.

En los individuos sometidos á la acción constante de ciertas atmósferas pulverulentas, se ven en su faringe restos de polvo, como carbón, etc.

Á veces se observan sobre la úvula pequeñas granulaciones trans-

parentes, semejantes á granulaciones tuberculosas, y que no son más que glándulas que retienen el producto de secreción.

La secreción de las glándulas se halla alterada en su cantidad y calidad, predominando, por regla general, el producto espeso y glutinoso al líquido y abundante.

Á todos estos síntomas enumerados debemos añadir la coexistencia de alteraciones digestivas, preferentemente la dispepsia, la cual más bien debe considerarse como un efecto que como una causa, debida probablemente á la ingestión de mucosidades abundantes y alteradas.

El pronóstico no es desfavorable en cuanto á la economía general del enfermo, pero sí en lo que hace á la curabilidad del proceso morbo local que estudiamos, por resistirse á toda clase de tratamientos.

TRATAMIENTO. — Sin olvidar el tratamiento general adecuado á cada individuo y á la enfermedad constitucional predominante, convendrá excitar las secreciones del tubo digestivo mediante el empleo de purgantes salinos, los tónicos y las aguas minerales, arsenicales y sulfurosas.

Localmente se han recomendado infinidad de sustancias. Morell-Mackenzie aplicaba en la forma hipertrófica, preferentemente sobre cada granulación, la pasta de Londres, no tocando en el mismo día sino dos ó tres glándulas, y en ciertos casos un solo punto.

He aquí la manera de proceder: después de haber reducido la preparación á una papilla espesa, se tritura el polvo con cierta cantidad de agua y se aplica un poco de cáustico sobre el punto que se quiere por medio de la espátula faríngea. El enfermo, después de la aplicación, deberá gargarizar y lavarse la garganta con agua fresca, para quitar todas las partículas de cáustico que pudieran quedar adherentes á la parte tocada, y continuando el empleo de la pasta de Londres hasta que las granulaciones estén todas destruidas. Ordinariamente, una aplicación de pasta basta para destruir una granulación, restituyendo la mucosa al estado sano; pero si la elevación es considerable ó si hay muchos puntos elevados separadamente, se deberá hacer un cierto número de aplicaciones, pero advirtiendo que no se debe abusar de este medio por el peligro de producir una inflamación considerable. En el intervalo se usarán con ventaja remedios más suaves, como los toques de percloruro de hierro ó de cloruro de zinc; y cuando la garganta esté muy irritada, bien por la enfermedad ó por la acción de los cáusticos, darán buenos resultados las inhalaciones de benjuí ó de lúpulo.

Otros autores dan la preferencia á la tintura de iodo diluida en dos partes de glicerina, sobre el sulfato de cobre, cloruro de zinc ó nitrato de plata.

El bismuto, los calomelanos, el sulfato de zinc, el precipitado rojo, el acetato de plomo y otra infinidad de medicamentos, incluso el ácido crómico entre los cáusticos medicinales, se han instituido inútilmente contra esta rebelde enfermedad. Por mi parte, ni aun el raspado con la cucharilla cortante, seguido de la aplicación de estos diferentes remedios, me da verdaderos resultados satisfactorios. Únicamente la galvanocaustia, destruyendo las granulaciones y los pequeños vasos que serpentean á su alrededor con objeto de disminuir su riego y conseguir la atrofia á pequeños territorios, acompañándola de embrocaciones modificadoras de la secreción, á la vez que antisépticas, como el aceite de almendras dulces mentolado al 10 por 100, ó la vaselina líquida ietiolada al 1 por 100, unida á gargarismos ó irrigaciones nasales con solución templada de bicarbonato de sosa al 5 por 100, y el uso moderado de las pastillas de cloroborato de sosa, mentol y cocaína, es con lo que obtengo mejores éxitos.

En la forma exudativa simple suele bastar, por regla general, el raspado, seguido de toques con glicerina iodada al 4 por 100.

Conviene siempre investigar el estado de las fosas nasales para combatir la alteración que ofrezcan, al mismo tiempo que se desarrolla el plan terapéutico local de la faringitis.

Como tratamiento higiénico prohibiremos el uso de las bebidas alcohólicas, del tabaco, etc., que influyen en la producción ó sostenimiento de la faringitis, y recomendaremos la respiración por las fosas nasales y hablar poco.

FARINGITIS HERPÉTICA

La faringe puede ser el asiento de una erupción vesiculosa de curso agudo, análoga á la que tiene lugar sobre la piel.

Según Massei, reconoce la angina herpética, entre los principales factores, la acción del frío; se halla ligada á la diátesis herpética, y se presenta mas á menudo en los países fríos y húmedos, y sobre todo, en las estaciones en que con mas facilidad cambia el tiempo.

Hállanse más predisuestas las mujeres, los niños y las personas débiles; y puede producirse por consecuencia de emociones morales, trastornos uterinos ó estímulos locales.

SÍNTOMAS. — El herpes de la faringe va siempre precedido de síntomas prodrómicos, tales como malestar general y fiebre. Durante un período, que varía entre algunas horas y dos ó tres días, el enfermo experimenta una sensación de dolor y de calor en la garganta, que aumenta mucho en el momento de la deglución; en otros casos, la afección local determina una salivación considerable. La enfermedad tiene

una marcha aguda, y después de una duración de cuatro ó cinco días, los síntomas subjetivos disminuyen de intensidad; en el espacio de dos semanas, los órganos vuelven á su estado normal.

Al principio de la afección se ve, inspeccionando la faringe, un número variable de vesículas blancuzcas, opalinas, aisladas, confluentes, y que ocupan generalmente el velo del paladar, los pilares de las amígdalas (1), apareciendo un punto negro en el vértice de cada vesícula; la membrana mucosa que forma la base de la vesícula ó grupo de vesículas, está siempre inflamada, roja y tumefacta, y su número varía mucho según los casos. Alguna vez se ven solamente una ó dos, mientras que en los casos más graves están tan cerca las unas de las otras, que se hacen confluentes; y como ha hecho notar Steven von Smith, el velo del paladar está en ocasiones sembrado de pequeñas vesículas del tamaño de la cabeza de un alfiler, hasta el punto que parece haber sido salpicado con polvos blancos.

Las vesículas tienen una duración efímera, variando su existencia entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas. La terminación del periodo vesicular se efectúa, bien por reabsorción, ora por ulceración determinada con la rotura de las vesículas, y la cual sólo tarda en cicatrizarse uno ó dos días; ya, en fin, por ulceración más grave y recubierta de falsas membranas semejantes á las diftericas, y que, por lo tanto, se hacen más rebeldes al tratamiento.

DIAGNÓSTICO. — Fácil en el período vesicular. Difícil en el ulcerativo; puede confundirse con la difteria. Según Peter, sólo puede deducirse el diagnóstico del herpes faríngeo en este período, de la existencia de uno ó de dos fenómenos, que son: 1.º, la presencia, en medio de las placas de la exudación, de pequeñas úlceras, iguales á las que siguen comúnmente á la rotura de vesículas; 2.º, la aparición de pequeños puntos aislados de falsas membranas, cuya transparencia indica su reciente formación, mientras que su volumen y su forma circular conducen al observador á sospechar la existencia anterior de una vesícula.

La coincidencia de otras manifestaciones herpéticas en diferentes puntos del organismo, *sólo nos servirá de dato probable*.

Sólo es grave el *pronóstico*, cuando se manifiesta la enfermedad en el curso de una epidemia de difteria, pues entonces su carácter benigno se transformará en maligno.

TRATAMIENTO. — En el primer período, ó febril, los sudoríficos y febrífugos. Obra bien, sobre todo en los niños, el acónito en tintura.

(1) "De Pherpes guttural., etc, etc., "Union médicale., 1866, t. XXX.

La administración del arsénico al interior le produjo á Morell-Mackenzie la curación pronta y radical de un niño afecto de esta dolencia.

Contra el dolor local de la garganta, los narcóticos, y también las embrocaciones de cocaína y antipirina, que resultan buenos analgésicos.

En el último período de la afección, cuando las placas de exudación se desprenden, la fetidez del aliento reclama el empleo de agentes antisépticos, bien en gárgaras, pulverizaciones, embrocaciones, etcétera. Entre éstos, prefiere Mackenzie el permanganato de potasa en disolución (4 gotas por 30 gramos de agua).

FARINGITIS REUMÁTICA Y GOTOSA

Resulta poco menos que imposible separar y diferenciar, sin tener en cuenta los antecedentes patológicos del individuo, las faringitis de índole reumática de las gotosas.

De todos modos, según Morell-Mackenzie y Massei, se caracteriza la *angina reumática* por un enrojecimiento difuso de la faringe y velo palatino con prolapso y edema de la úvula, recayendo en individuos reumáticos expuestos á las influencias atmosféricas.

Comienza con intensa disfagia, acompañada de dolores reumáticos al cuello, espalda y otras partes del cuerpo. Suele durar de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, para desaparecer tales molestias de la garganta y presentarse, en cambio, en escena los fenómenos generales de un reumatismo subagudo.

De una manera análoga se presenta, en los individuos que padecen de gota, la llamada *angina gotosa*.

Sin embargo, Prosser James insiste en afirmar que, en estos casos, esta faringitis se distingue por su cronicidad.

Tanto en la forma reumática cuanto en la gotosa, el *tratamiento* es sencillísimo. Localmente, gargarismos emolientes y analgésicos, pulverizaciones sedantes é isquemiantes y cataplasmas templadas alrededor del cuello. Al interior, los alcalinos, ioduros, salicilatos, benzoato de litina, etc., según la indicación de cada caso en particular.

FARINGITIS SUPURADA. — ANGINA NOSOCOMIAL

Con estos dos apelativos se designa una forma de faringitis aguda que suele presentarse en los individuos que se hallan expuestos directamente á las malas condiciones higiénicas de medio ambiente y de alimentación, como hospitales, salas de disección, minas, etc.

Suele presentarse á veces, también, en el curso de la viruela, del

tifus y de la fiebre tifoidea, pero nunca se la ha visto aparecer en la sífilis y en la tuberculosis.

Störck (1) ha descrito con el nombre de *blenorrea crónica* una enfermedad endémica en Polonia, en las regiones de la Galitzia y la Valaquia, que no es otra cosa que la enfermedad que estudiamos.

Comienza por las fosas nasales y la naso-faringe, revistiendo el aspecto del ozena de la sífilis hereditaria, para extenderse progresivamente á la faringe y laringe, y en algunos casos hasta la tráquea y sus bronquios. El proceso inflamatorio es de tipo flegmonoso, produciéndose una secreción moco-purulenta que sirve de vehículo probable al agente infeccioso, dando al conjunto de la afección un aspecto algún tanto parecido al de la angina sífilítica secundaria, pero que se diferencia de ésta en que las ulceraciones no son ni profundas ni extensas, y en que el tratamiento específico no produce resultados.

SÍNTOMAS. — Caracterízase preferentemente en que no se limita el proceso al dermis mucoso, sino que invade los tejidos submucosos, teniendo gran tendencia á supurar y á extenderse por las aponeurosis profundas del cuello y del esófago, y aun de la laringe, exponiéndolo al enfermo á la consiguiente sofocación. Como la terminación ordinaria es la supuración, suelen presentarse hemorragias graves, que ponen en peligro la vida del enfermo.

En todos los casos las amígdalas están considerablemente infartadas, así como todo el tejido conjuntivo periamigdaliano, distinguiéndose de la amigdalitis común en su intensidad y en que es siempre bilateral. Los ganglios del cuello están aumentados de volumen y dolorosos, hasta el punto de impedir los movimientos de la cabeza.

Comienza por término general por escalofríos, malestar, cefalalgia, elevación de la temperatura (que en ocasiones llega hasta determinar delirio), y dificultad al tragar. La mucosa faríngea se halla roja, tumefacta y seca y con mucosidades espesas y adherentes. Cuando la enfermedad se halla en un período más adelantado, se advierten síntomas locales y generales de la formación del pus.

PRONÓSTICO. — Grave, por el peligro de que se extienda la enfermedad á la laringe y determine la sofocación consiguiente, ó porque se produzca la septicemia, abertura del esófago ó hemorragias por ulceración de los grandes troncos vasculares del cuello.

La duración de la enfermedad suele ser de tres á quince días.

La convalecencia es siempre larga y acostumbra á complicarse con parálisis temporal de los músculos de la faringe, velo del paladar y del istmo de las fauces y otros diferentes accidentes.

(1) Störck, "Krankheiten des Kehlkopfes", pág. 166. Stuttgart, 1880.

TRATAMIENTO. — Conviene recurrir, al interior, á la medicación tónica (hierro, clorato de potasa, quinina, etc.), y á los estimulantes á fin de ayudar al tratamiento local.

Uno de los remedios locales más importantes es el frío, en aplicación externa, bien mediante el aparato de Leiter, ora por medio de trocitos de hielo introducidos en la boca, paños ó esponjas mojadas en agua fría y renovadas con frecuencia, etc.

Cuando esto no bastase y el afecto siguiera su curso hacia la formación del pus, convendrá practicar incisiones, que, siguiendo los consejos de Störck, Fränkel y Schech, deben ser amplias, no sólo con objeto de dar más fácil salida á la colección, sino para disminuir la tensión de los tejidos infartados y combatir de este modo la inflamación.

Si el edema concomitante de la laringe determina la dispnea exagerada, habrá que recurrir á la traqueotomía á fin de salvar al enfermo de una muerte cierta. Pero si, como ocurre á veces, el obstáculo á la respiración depende de la hipertrofia de las amígdalas, habrá que comenzar por practicar la extirpación de estos órganos, aun cuando se encuentren algo inflamadas, y, por lo tanto, congestionadas.

En los individuos que, habiendo padecido esta enfermedad, se hallen sometidos á sus causas productoras y se hallen afectados de rinitis hipertrófica, convendrá tratar esta última, con objeto de prevenirles de nuevos ataques de angina nosocomial.

FARINGITIS FLEGMONOSA Ó ABSCESO RETROFARÍNGEO

La inflamación catarral de la faringe, que tantas veces termina por resolución, puede en ocasiones agravarse, extenderse y terminar por supuración. La participación inflamatoria del tejido submucoso constituye la llamada faringitis flegmonosa, cuya terminación constante es el acúmulo del pus (*flemón y absceso faríngeo*). Verdad es que el acúmulo del pus en este sitio puede depender de lesiones más profundas y de tejidos diversos, pero los caracteres clínicos y la forma morbosa son siempre los mismos.

Á Abercrombie corresponde el mérito de haber hecho su estudio en 1819.

CARACTERES ANATÓMICOS. — El absceso (abstracción hecha de los que son pequeños como guisantes y se observan en los adultos á consecuencia de los catarros) se desarrolla en la pared posterior de la faringe, en la porción oral, ó bien en las inmediaciones de la laringe.

La riqueza de ganglios y la especial disposición de los linfáticos, explican su origen en algunos puntos, que en otros está representado

por el periostio de las vértebras cervicales, en contacto directo con la tercera capa de la faringe.

Cuando el absceso reside en la porción más baja de ésta, es frecuente la infiltración edematosa de los ligamentos ariepiglóticos. Su volumen es variable; en ocasiones se ve toda la pared posterior igualmente tumefacta, saliente, roja, pero el pus se encuentra siempre en el tejido celular submucoso y perifaríngeo; si dura algún tiempo, el pus, después de haber seguido la vena de los músculos recto y largo del cuello, atraviesa la aponeurosis que lo cubre, aparece en el tejido celular retrofaríngeo, y levanta y adelgaza la pared faríngea.

El absceso *idiopático* se forma con rapidez (dos ó más días), mientras que el *sintomático* tiene desarrollo más lento. Tenemos, pues, dos formas de absceso retrofaríngeo, que también puede ser *agudo y crónico*. Desde el punto de vista anatómico, estos abscesos se distinguen, según su asiento, en *retrofaríngeos, laterofaríngeos y anterofaríngeos*.

CAUSAS. — El absceso retrofaríngeo se observa en los adultos, pero tiene su mayor frecuencia en los niños y aun en los de pecho. El sexo no presenta disposición especial, pero si el temperamento linfático y la constitución escrofulosa.

El absceso agudo puede depender de una angina, del cateterismo de las trompas, de heridas y contusiones, de quemaduras, de estrecheces esofágicas y laringeas. Aun el mismo absceso idiopático es, según Massei, un absceso secundario á la linfadenitis retrofaríngea, que invade los ganglios cervicales profundos superiores. Gillette ha descrito, al nivel del axis, dos ganglios detrás de la faringe, oblongos como almendras en sentido vertical, y en los cuales suelen tener origen los abscesos idiopáticos (Weil, Bokai, Kohts, Kormann, Herz, Schmitz, Bresgen, Mardvel). Las anomalías constitucionales desempeñan importante papel en la etiología: no pocas veces el absceso coincide con afecciones flogísticas de la nariz y de la faringe, con eczemas de la cara y de la nuca. Massei ha visto estos abscesos en el curso de la escarlatina ó á consecuencia de la difteria; también puede depender de cuerpos extraños detenidos en la faringe. El absceso crónico depende con frecuencia de espondilitis cervical (absceso sintomático), de caries y necrosis de la apófisis basilar.

SÍNTOMAS. — Los síntomas del absceso se distinguen en *funcionales* y *físicos*. Los locales sólo adquieren importancia cuando la afección es bastante avanzada; el que llama inmediatamente la atención es la *disfagia* por obstáculo mecánico, pero no es un síntoma constante; al mismo tiempo puede existir *dispnca*, sobre todo si el absceso comprime la laringe ó va seguido de edema de la glotis. La respiración es casi

siempre estertorosa; se hace estridulosa si se halla interesada la laringe. Se observa una especie de *tos* que recuerda la que tiene por objeto arrojar un cuerpo extraño de la garganta, y que es más frecuente cuando la laringe encuentra algún obstáculo á su funcionamiento. La voz es apagada y carece de resonancia nasal. Todo esfuerzo de fonación ó de deglución resulta molesto. Un sintoma patognomónico de lesión concomitante de la columna vertebral consiste en el dolor que despiertan los menores movimientos de la cabeza sobre la columna; si el absceso reside al nivel de los cuerpos de las vértebras, el enfermo tendrá su cabeza derecha é inmóvil, é inclinada hacia el lado opuesto á la lesión si ésta reside en las partes laterales. En los niños, no es raro observar al mismo tiempo convulsiones.

Corresponde hablar ahora de los *sintomas físicos*. Iluminando bien el fondo de la boca, se observa una tumefacción considerable; en el adulto podrá emplearse el espejo laringeo para completar el diagnóstico. La exploración con el dedo índice revelará la consistencia elástica pastosa del tumor, ó bien se podrá comprobar, por la fluctuación, la presencia del pus. Esta es una exploración que nunca debe descuidarse, y no hay necesidad, para ello, de recurrir al cloroformo.

PRONÓSTICO. — Es muy grave cuando existe caries vertebral; sin embargo, no son raros los casos de curación. Hay que tener en cuenta, en los niños, la posibilidad de muerte repentina por irrupción del pus á la tráquea durante el sueño. Los casos más favorables son aquellos en los cuales, hecho á su tiempo el diagnóstico, se ha podido intervenir con oportunidad y energía.

TRATAMIENTO. — Las principales indicaciones pueden compendiarse en estos términos, según Massei: 1.º impedir ó limitar, en tiempo oportuno, la formación del pus; 2.º favorecer su salida una vez se haya formado; 3.º abrir el absceso lo más pronto posible.

Á la primera indicación corresponde el hielo, la vejiga de nieve alrededor del cuello, ó trocitos de nieve introducidos en la boca. Á la segunda se refieren las cataplasmas tibias y los gargarismos emolientes; el carbonato neutro de sosa, en loción templada, tiene fama de favorecer la supuración. Por último, la tercera indicación se cumple con la incisión; no merecen gran fe los eméticos, por más que aún se les aconseja rutinariamente en los niños.

Es menester precisar el diagnóstico, y si todo indica que la gran cantidad de pus hace temer la supuración, se tomarán las debidas precauciones para combatir ó prevenir el accidente.

Los bisturís que mejor sirven para abrir esos abscesos son los llamados *faringotomos*. Si el absceso tiene su asiento en la parte más

alta de la faringe, puede bastar un bisturí recto (cubierto con tela ó diaquilón); deprimiendo la lengua con el dedo índice de la mano izquierda (lo cual vale más que una espátula en estos casos), se introduce en el tumor, teniendo siempre cuidado de llevar el corte hacia la parte media para respetar los gruesos vasos de las partes laterales del cuello. Si el absceso es profundo conviene abrirlo, utilizando como guía el laringoscopio. El faringotomo de Störck, por su excelente curva, es magnífico, pero también convienen los escarificadores ó lancetas laríngeas de Mackenzie ó de Mandl.

La *uña* del índice, recomendada por algunos para abrir el absceso, no siempre basta; los *trócares* pueden dar buen resultado si se hace inclinar hacia adelante la cabeza del paciente después de abierto el absceso. Convendrá recurrir, durante más ó menos tiempo, á la alimentación artificial, sobre todo si se ha producido una comunicación fistulosa con la laringe. Se administrará al interior el ioduro de hierro, el aceite de hígado de bacalao y los tónicos; naturalmente, se combatirá cada diátesis con una medicación apropiada.

FARINGITIS TRAUMÁTICA

Con este nombre se designa la inflamación de la mucosa, que es directa consecuencia de los estímulos que obran sobre ella.

El artículo más notable acerca de esta enfermedad se encuentra en la obra de Mackenzie y puede ser considerado como tipo.

CAUSAS. — Es frecuente en los niños y en los climas del Norte, por un mecanismo que recuerda el de la epiglottitis y el del edema laríngeo. En los países septentrionales, en que el té es una bebida habitual, y el receptáculo que lo contiene se encuentra siempre en la mesa de las personas menos acomodadas, sucede muchas veces que los niños acercan sus labios al pico de la tetera, y, haciendo una inspiración, ponen en contacto de la pared posterior de la faringe, de la epiglotis y aun de la laringe, vapores acuosos ó agua hirviendo; resulta entonces una quemadura más ó menos extensa.

Lo mismo que el vapor acuoso y el agua hirviendo, obran los líquidos corrosivos tragados por los suicidas ó en casos de funestos accidentes; entonces, la faringitis puede ser parte del grave proceso que se extiende á las vías respiratorias. El aire muy caliente ó las llamas pueden producir, asimismo, la faringitis traumática en las personas sorprendidas por un incendio ó en las que acuden á socorrerías. Cuando el agua hirviendo ó los líquidos corrosivos no salen por la nariz, no participa en el proceso la cavidad naso-faríngea, pero sí en el caso contrario.

SÍNTOMAS. — Son los de una inflamación intensa, que llega hasta la supuración y gangrena y se revela quizá en los tejidos externos del cuello. Rara vez es circunscrita la faringitis.

Las sustancias corrosivas, aunque de indole diversa, producen casi los mismos efectos. Por eso dice Mackenzie que, sin el análisis químico de los materiales contenidos en el estómago, no suele ser fácil averiguar el agente productor en cada caso particular.

He aquí los caracteres que encontró el Dr. Mirell - Mackenzie, con las diferentes sustancias tóxicas :

Con el *ácido sulfúrico*, la mucosa oral y faringea ofrece aspecto apergaminado ó parece sembrada de polvillos de *arrow-root*. Cuando el líquido ha estado poco tiempo en contacto de las primeras vías, la mucosa presenta gran analogía con el aspecto de la cauterización hecha con el nitrato de plata: tumefacción edematosa, escaras relucientes y tiernas. De trecho en trecho, la membrana parece más oscura, destacándose algunas estrias.

Del mismo modo obra el *ácido nítrico*, pero el dolor es más inmediato y el color blanquecino de la mucosa se convierte en amarillento, sobre todo en las amígdalas. La escara amarillenta que se forma muy pronto es característica del ácido crómico, el cual provoca poco dolor.

Faringe muy inflamada, superficie de la lengua reducida á una pulpa, son signos bastante concluyentes en favor del *ácido clorhídrico*.

El *ácido oxálico* hace que la mucosa se torne blanca y blanda; los vasillos están llenos de sangre oscura. Viene pronto una parálisis del corazón por acción general.

El *ácido fénico* arruga, blanquea y endurece la mucosa.

La *potasa* y la *sosa cáusticas* producen efectos análogos: la mucosa reblandecida, inflamada, desprendida quizá, ofrece muchas manchas de color de chocolate. La mucosa sangra al menor contacto y puede desprenderse por colgajos. La acción del *amontaco cáustico* es muy parecida; pero el dolor es inmediato y más intenso. La mucosa está oscura.

El *fósforo* obra como irritante general y provoca una gran rubicundez de las fauces, con aliento característico de olor de ajo.

El *tártaro emético* produce hiperestesia de la mucosa bucal y faringea, con costras semejantes á las aftas, primero blancas y después pardas ó negras.

El *cloruro de zinc*, enérgico corrosivo, vuelve blanca y gruesa la mucosa y tiene gran tendencia á la destrucción de los tejidos.

Por la acción del *sublimado corrosivo*, la mucosa se torna blanca y se arruga.

Irritante general, pero menos corrosivo, es el *arsénico*, que tarda en manifestar sus síntomas tóxicos.

El *nitrate de plata* es un poderoso irritante local; produce manchas blanquecinas (escaras) que se destacan en medio de la mucosa.

La tintura alcohólica de *percloruro de hierro* produce inflamación y tumefacción de la mucosa, acompañada de molestos síntomas urinarios.

Otras sustancias (*nitrate de potasa, oxalato de potasa, sales de plomo, zinc*) producen la faringitis si se toman á altas dosis.

PRONÓSTICO.—Para formularle, hay que tener en cuenta dos cosas: los efectos locales y los generales. Los primeros se miden por la extensión y gravedad del mal, por su difusión á la laringe y al esófago, y también por la posibilidad de la *restitutio ad integrum* de los tejidos afectos. Este juicio servirá de guía al médico para decidir una intervención más ó menos activa.

TRATAMIENTO.—Sólo puede hablarse aquí del directo para combatir la faringitis; los verdaderos antídotos son objeto de la toxicología; por otra parte, la rápida acción de estos agentes morbosos paraliza el efecto benéfico que se podría esperar de la virtud neutralizante del contraveneno.

Calmar la parte: he aquí una indicación sintomática, pero culminante, que puede llenarse, según los casos, por la vía hipodérmica, por la boca, ó por medio de insuflaciones, utilizando el opio y sus derivados. El hielo, haciendo que el enfermo chupe algunos trocitos ó aplicado al exterior bajo la forma de cataplasmas, tiene asimismo sus indicaciones como calmante y también como el mejor de los antiflogísticos cuando, aumentando el edema, amenaza la laringo-estenosis. Las indicaciones de la cocaína son demasiado conocidas para que necesitemos recomendarlas en estas circunstancias. Hay que usar disoluciones concentradas (10 al 20 por 100).

El mismo estado de la garganta no permite el uso de los gargarismos, y por eso se recurre á las inhalaciones, pulverizaciones y toques con sustancias emolientes.

Un obstáculo serio puede constituirlo la alimentación, no sólo por la disfagia, sino también por los peligros que lleva consigo la introducción de una sonda esofágica á través de tejidos maltratados, que acaso caen en pedazos. Se procurará sostener las fuerzas por medio de inyecciones en el recto y sobre todo con el enterocisma, ó bien se intentará la introducción de las pequeñas sondas anejas al aparato de Dujardín - Beaumetz.

FARINGITIS TÓXICA

Corresponde hablar ahora de otra clase de inflamaciones, en las cuales la causa no obra de un modo directo, sino por medio de la sangre.

Una faringitis producida por quemadura con el ácido sulfúrico, podría muy bien llamarse *faringitis tóxica*; sin embargo, para distinguir el diverso modo de acción local y general, se prefiere llamar a la primera *faringitis traumática* y a la otra *faringitis tóxica*.

Como ejemplo de éstas, pueden citarse las producidas por el mercurio, el antimonio, el yoduro de potasio y el arsénico.

MERCURIO. — Nadie ignora que uno de los efectos del mercurialismo (que suele verse en los sujetos que abusaron de él por padecer sífilis, en los laboratorios, en las minas, etc.) es la inflamación de la membrana faríngea, especialmente de la porción oral, con participación de la mucosa bucal y lingual (estomatitis). Los síntomas principales son la rubicundez de las partes, ulceraciones grisáceas superficiales y fétidas, disfagia, etc.; síntomas que no bastarían para formular el diagnóstico si no se tuvieran en cuenta los antecedentes del caso.

El tratamiento consistirá en sustraer al individuo de la acción maléfica que ha producido la afección, gargarismos astringentes, uso interno y local del clorato de potasa. Si el sujeto es fumador, hay que prohibirle que continúe, pues en la mayor parte de los casos la acción estimulante del tabaco sostiene la lesión y se opone al benéfico influjo de los medicamentos: también se evitarán los alimentos y bebidas irritantes.

ANTIMONIO. — Si a un sujeto se le administra, durante algunos días, cierta dosis de tartrato de antimonio, no tardan en sobrevenir fenómenos irritativos de la mucosa faríngea, que al principio se reducen a sensación de calor y tensión dolorosa en la garganta y disfagia. Después, la faringe ofrece los fenómenos más salientes de la inflamación y hay aftas ulceradas. Sin embargo, tales síntomas se disipan cuando se suspende la administración del medicamento que los había producido.

Los gargarismos astringentes (alumbre, sulfato de zinc, ácido clorhídrico a pequenísimas dosis) aceleran la curación.

YODURO DE POTASIO. — La predilección que este cuerpo tiene por el istmo de las fauces es tan conocida como la del mercurio, siendo un y otro sustancias que con mucha frecuencia se usan en la práctica. En

cuanto al ioduro, sus efectos se extienden hasta la mucosa nasal y conjuntival. La susceptibilidad de ciertos individuos es tan extraordinaria, que bastan dosis pequeñísimas de ioduro.

Los síntomas son los de un coriza, con necesidad continua de soñarse, sensación de tensión, aspereza en la garganta, sabor metálico. Á veces hay salivación y cierta dificultad para tragar. La rubicundez es superficial y poco marcada: basta suspender el uso del ioduro ó disminuir la dosis para que desaparezcan esos efectos, los cuales se manifiestan de nuevo cuando se vuelve á administrar el medicamento.

El *arsénico*, el *cobre*, el *plomo*, el *zinc* y sus sales, lo mismo que las de otros metales, aun á pequeñas dosis, es decir, administradas con fines terapéuticos, ofrecen mayor ó menor tendencia á provocar hiperhemias ó ligeras inflamaciones de las superficies mucosas, entre ellas la de la garganta.

Muchos vegetales de la familia de las *solanáceas* (á su cabeza la belladona) y de las *euforbiáceas*, atacan la garganta si se administran á cierta dosis. Por eso, fundándose en el principio del *similia similibus curantur*, la homeopatía colocó la belladona en lugar eminente entre los medicamentos contra la angina. Lo mismo puede decirse del estramonio y del opio.

Los efectos de la belladona son los de una pura y simple irritación de la mucosa faríngea, á la cual se une la famosa dilatación de la pupila y algún fenómeno cerebral.

El *tratamiento* debe ser general y local: éste, compuesto de gargarismos emolientes (malvabisco, malvabisco y leche); aquél, de excitantes, y, sobre todo, fuertes infusiones de café.

FARINGITIS DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otro género de venenos, virus específicos de las enfermedades exantemáticas y contagiosas, microbios patógenos, pueden determinar lesiones de la faringe.

Estas son las faringitis secundarias ó por enfermedades infecciosas. En realidad, las alteraciones se limitan muy pocas veces á la faringe, pues las más graves y polimorfos se ven también en la laringe; sin embargo, no está de más estudiarlas aquí.

ESCARLATINA. — La gran predilección que presenta la escarlatina por la mucosa faríngea y del istmo de las fauces, es conocida ya hace mucho tiempo. Trousseau insistió en este punto, haciendo observar que la escarlatina es enfermedad principalmente anginosa. La lesión faríngea adquiere á veces tanto valor, en un caso de diagnóstico dudoso, que puede ser la única expresión de esa enfermedad exantemática.

Las lesiones son variadas; en la forma leve y simple apenas se observa cierta rubicundez, que coincide con ligera dificultad para tragar. Otras veces la alteración gutural puede ser muy marcada (*escarlatina anginosa*); entonces la membrana adquiere un intenso color rojo, que tiende al oscuro y pasa al azulado. Hay también inflamación en las amígdalas, glándulas submaxilares y parótidas; hasta el tejido celular de la región externa sufre un intenso flemón, que termina por supuración.

Hacia el tercero ó cuarto día, la exfoliación epitelial es considerable; entonces aparecen manchas blanquecinas, parecidas á las que caracterizan el herpes faríngeo, y que los franceses llaman *angina pultácea*. De aquí resultan abrasiones que nunca son profundas y que curan con facilidad. El edema de las partes, que en ocasiones se presenta, ha hecho admitir una forma erisipelatosa.

La inflamación flegmonosa, si llega á desarrollarse, sigue todas sus fases; el absceso formado suele abrirse al exterior, hacia el ángulo maxilar, y aun mucho más abajo, hacia la región clavicular. Ahora bien; esos abscesos, rebeldes quizá, acompañados de fiebre, pueden hacer difícil y peligrosa la convalecencia, por el marasmo á que dan lugar.

Es muy raro, casi excepcional, que haya difusión á la laringe y que aumente la disfagia, haciéndose la voz ronca y la respiración laboriosa. Puede decirse que la escarlatina prefiere tanto la faringe, como el sarampión la laringe.

Al lado de esta forma, que puede ser grave, pero no *maligna*, debe indicarse la posibilidad de una forma diftérica, llamada *difteria secundaria*. La angina diftérica, secundaria á la escarlatina, es la complicación que da mayor perversidad á la afección, máxime cuando no suele aparecer en los primeros días, sino en un período ulterior.

Cuando parece que va á declinar la enfermedad, hacia el noveno día (Mackenzie) ó un poco antes (Massei), quizá antes de que se disipe el exantema, aparecen síntomas de grave difteria faríngea y tonsilar, ó naso-faríngea, con infarto glandular, olor fétido, tendencia á difundirse á la laringe. Massei, que ha podido ver numerosos casos de esta índole, dice que en ciertas epidemias los síntomas no son tan tumultuarios ni la forma tan tardía, mientras que en otros se presentan desde luego con caracteres de gravedad.

Se han visto casos de gangrena acompañados de síntomas de colapso general; pulso débil y fino, palidez y frialdad de la piel, coma. El proceso necrótico puede llegar á abrir vasos de cierto calibre, sobreviniendo una hemorragia que apresure la terminación fatal. Es fácil que el exudado membraniforme y la gangrena se difundan á la nariz, á la membrana de Schneider, etc., y entonces se ve salir por las narices un

líquido fétido, acre, irritante, que excoria el labio superior. En cuanto á la difusión hacia la laringe, aunque rara, no es imposible.

Por lo dicho se comprende cuál debe ser el pronóstico en estos casos: benigno en la forma simple, gravísimo en la gangrena.

Las indicaciones terapéuticas son bastante limitadas. Emolientes en las formas eritematosas simples; antiflogísticos fuertes cuando la inflamación es más pronunciada; antisépticos en los casos graves y siempre que amenace la gangrena.

SARAMPIÓN. — Conocida es la preferencia que esta enfermedad tiene por la laringe y las lesiones á que puede dar lugar en dicha región.

En cambio, las lesiones faríngeas tienen muy poco interés y se limitan á una simple y leve hiperemia. Ésta suele aparecer al mismo tiempo que el exantema cutáneo (tercero al quinto día), y sólo en muy pocas ocasiones se observan falsas membranas y gangrena después de haber cesado la enfermedad.

No merece, pues, descripción una manifestación tan leve, que tampoco reclama tratamiento especial.

VIRUELA. — En la faringe pueden verse pústulas variólicas, que, agrupadas de un modo más ó menos compacto, son análogas á las pústulas cutáneas.

Aparecen del tercero al sexto día de la erupción, aunque, según Massei, pueden preceder á ésta, por lo cual dicho autor recomienda el examen de las fauces siempre que se sospeche una enfermedad infecciosa.

Los síntomas que entonces se manifiestan guardan proporción con el número de las pústulas é intensidad de la erupción. Se reducen á dos: dolor al tragar y marcado ptialismo.

Si la forma de la viruela es fétida, las pústulas de la garganta participan del mismo carácter y provocan necrosis y fetidez del aliento. Puede sobrevenir también una complicación diftérica. Si la laringe está también comprometida, la disfagia se agrava y se manifiestan síntomas dispneicos, que llegan hasta la sofocación.

Convendrán los gargarismos emolientes en las formas leves, los desinfectantes en las graves. el tratamiento propio de la difteria si llega á presentarse esa complicación, etc.

FIEBRE TIFOIDEA. — Las lesiones faríngeas son, en el tifus abdominal, menos constantes que las de la porción inferior de las vías respiratorias.

Comúnmente se trata de un *eritema* difuso de la mucosa bucal, que se anuncia por molestia y verdadero dolor al tragar. La curación es espontánea.

INTERMITENTE.— Es todavía dudoso en la Ciencia que pueda admitirse una forma especial, descrita por Peter y Deenos, la cual revestiría los mismos caracteres de periodicidad que la fiebre intermitente, y cedería, como ella, á la quinina.

AFTAS DE LA FARINGE

Las aftas tienen gran predilección por la mucosa oral, lingual ó del istmo de las fauces. Se han visto también en la faringe, en el esófago y en la laringe.

Tienen las *aftas* una etiología común; prefieren á los niños de pocos años, y aun en el período de la dentición á los que sufren perturbaciones gástricas, los débiles, los marasmáticos. Son más frecuentes en las estaciones y países húmedos, especialmente en otoño y á veces coincidiendo con exantemas agudos.

No todos los autores están de acuerdo respecto á la génesis de las aftas. Worms y otros dicen que se trata de una verdadera foliculitis ulcerante, con formación de materia pultácea, en medio de la cual el microscopio descubre glóbulos semejantes á los de la leche, pero más grandes y diáfanos. Según Mackenzie, se encuentra en gran cantidad el *oidium albicans*, atraído por el proceso morbozo. Fränkel supone que en las aftas están comprendidos todos los elementos calificativos de la pseudo-membrana fibrinosa, y, por esto, el proceso debe ser considerado como pseudo-diftérico (en el sentido que lo hace Weigert), es decir, caracterizado por la necrosis por coagulación en las células epiteliales y por la presencia de muchos leucocitos y fibrina.

Las aftas tienen en la faringe su aspecto característico; puntos gruesos como cabezas de alfiler, de color blanco-amarillento, aislados ó agrupados, más ó menos confluentes, que asumen dos aspectos: el *vascular*, semejante á pápulas levantadas, ó el *ulceroso*, en el que una pequeña depresión central aparece rodeada por una aureola rosácea. Si confluyen muchas aftas, la mucosa parece espolvoreada con harina, ó como cubierta por un exudado membraniforme.

Otras erupciones se ven en los labios, carrillos, velo del paladar, etcétera.

Los *síntomas* funcionales consisten en dolor y molestia en la garganta, y son más pronunciados cuando las aftas ulcerosas se extienden á lo largo del esófago. Á menudo hay fiebre, y en los niños, como síntomas concomitantes, diarrea, flatulencia y cólicos.

DIAGNÓSTICO.— En la forma confluyente, las aftas podrían confundirse con la difteria; pero prestando atención á los caracteres del exudado, se evita fácilmente el error.

PRONÓSTICO. — Es el de las aftas en general; sólo grave en los casos de difusión al esófago ó cuando son expresión de una caquexia.

TRATAMIENTO. — Regularizar la alimentación, y en los niños de pecho limitarla á la leche materna; esta es la indicación clásica. Los medicamentos que gozan más fama son: el agua de cal, los carbonatos alcalinos y el clorato de potasa (al interior 20 centigramos cada cuatro horas). El bórax en polvo, mezclado con azúcar, es un excelente tópico, mientras que en el período ulcerativo están indicadas las soluciones cáusticas. Según Worms, el éter sulfúrico, que disuelve la materia pultácea, merece ser colocado entre los mejores medicamentos locales.

MUGUET DE LA FARINGE

Los puntitos blancos aislados ó las manchas blancas adherentes á la mucosa, característica del muguet, sólo se observan por excepción y accesoriamente en la mucosa de la faringe. En cambio, el muguet prefiere la mucosa palatina, tonsilar, lingual y oral. Puede explicarse, con Gubler, la rareza del hecho, invocando una noción fisiológica, á saber: que las regiones más expuestas al aire que se inspira, son las que se desecan más fácilmente; y como la acidez de los líquidos parece condición esencial para la germinación del *oidium albicans*, faltando la secreción, queda suprimido un factor etiológico interesante, ó, por lo menos, la manifestación será menos intensa y más caduca.

Son buenos medicamentos para combatir el muguet: el bórax, el agua de cal, el ácido fénico, etc.

DIPTERIA DE LA FARINGE

La difteria puede invadir la pared posterior de la faringe; pero no es éste su sitio predilecto, ni primitiva ni consecutivamente.

En cambio, son frecuentes las manifestaciones de esa enfermedad en las fosas nasales, toda la cavidad naso-faríngea, y algunas veces la membrana de Schneider.

No creo pertinente hablar aquí de esa grave é importante localización, porque no se ajustaría al plan de esta obra. La difteria elige, como sitio predilecto, las amígdalas, y entonces representa, sin duda, un estado morbozo general. Remito al lector á las monografías y tratados acerca de la difteria, además de que también la estudia el autor en las partes correspondientes á la laringe y fosas nasales, en los que encontrará expuesto cuanto concierne á su difusión por la nariz y la cavidad naso-faríngea, que representa una complicación grave é importante, ó el punto de partida de tan terrible enfermedad.

GANGRENA DE LA FARINGE

Se sabe desde tiempo há que la mucosa de la faringe puede sufrir una mortificación independiente de cualquier otra enfermedad. Á medida que avanzó el estudio detallado de las afecciones de la garganta, se concedió á la gangrena un carácter autónomo; se distinguió esta forma de la difteria; y la antigua denominación de *cynanche maligne*, que comprendía múltiples y diversos procesos morbosos, se reservó para designar esa forma necrósica perfectamente deslindada. Puede decirse, por lo tanto, que la gangrena de la faringe tiene sus períodos históricos, y que hoy poseemos la última palabra de la Ciencia acerca del mismo, gracias á los trabajos de Gubler y Trousseau.

La gangrena de la faringe reconoce como causa culminante y principal una intoxicación sanguínea. Se ha visto en la faringitis herpética y en la diftérica. La enfermedad predomina en los adultos, pero también suele observarse en niños menores de cinco años (Rilliet y Barthez). Conviene no confundir los casos primitivos con los consecutivos á la escarlatina ó al sarampión.

La enfermedad, análoga á la estomatitis gangrenosa, puede extenderse á los carrillos y á los labios por una parte, á la faringe y la tráquea, los pulmones y el esófago, por otra; lo cual significa (Massei) que tiene más tendencia á descender que á salir, por lo cual la cavidad naso-faríngea representa una localización rara.

En la forma circunscrita se ven manchas necrósicas, de forma oval ó redonda; de pocos milímetros á 15 ó más de diámetro; color oscuro ó negruzco, que es más marcado cuando se hace el *examen post mortem*; tienen bordes cortados á pico, exhalan olor nauseabundo característico, y en los límites entre el tejido sano y el enfermo, el color es amarillo-oscuro.

Se encuentra esfacelada la mucosa y la submucosa: la capa muscular, empapada, reblandecida, parece que no toma parte en el proceso morbozo. Una vez desprendida la escara, la pérdida de sustancia aparece cubierta por una delgada falsa membrana.

En la forma difusa, las placas se extienden, confluyen, y de este modo el proceso se generaliza, aumentando la exhalación pútrida y difundiéndose por las mencionadas partes del trayecto respiratorio y del digestivo.

SÍNTOMAS. — Faltan los prodromos, dominando la escena los síntomas adinámicos: á veces abren la escena una alta fiebre y otros signos de violenta inflamación; en ocasiones, se anuncia desde el principio la disfagia y no tarda en aparecer la gangrena, que progresa

con rapidez. En pocos días la faringe cae mortificada, y si continúan los fenómenos febriles, dominan la depresión y la adinamia, que se hacen mayores por la dificultad de nutrir al enfermo. Pulso pequeño y tardo, lo mismo que los sístoles cardíacos, palidez de la cara, mucho frío. Gubler vió una vez descender los sístoles á quince por minuto. Los ganglios cervicales pueden estar hinchados ó no.

El sujeto, pensando siempre en la gravedad de su estado, tiene aspecto semejante al de las enfermedades por intoxicación aguda y de carácter adinámico (como el cólera), y muere de debilidad, generalmente por síncope.

Si se desarrollan lesiones de las vísceras torácicas y abdominales, puede haber coma. Las manifestaciones más salientes de esta difusión son las hemoptisis (por el pulmón) y la diarrea (por el tubo digestivo).

Tanto la sangre como los excrementos, revelan la alteración de la crisis. La tendencia á las hemorragias se revela asimismo por estomatorragias, epistaxis, enterorragias y sufusiones, que no ceden al tratamiento.

Á estos síntomas se une el olor nauseabundo intenso, que sólo falta en los casos en que el proceso está muy limitado; diplopía, flebitis de las venas superficiales, síntomas de infiltración laríngea que conducen á la asfixia. Mackenzie ha descrito perfectamente esa triste escena.

Por el examen directo no puede preverse el síndrome que va á desarrollarse; pero pronto se hacen evidentes las manchas necrósicas, con tendencia á la propagación.

DIAGNÓSTICO. — La enfermedad, con sus rasgos característicos, no admite errores; tan marcado es el olor, que el que ha visto un solo caso de gangrena faríngea, no lo olvida jamás.

Sin embargo, hay que distinguirla de la difteria, con la cual se confundió durante mucho tiempo, y que tiene de común con la gangrena la fetidez del aliento, los síntomas adinámicos y el aspecto local. En efecto: existe fetidez en las formas graves de angina diftérica, cuando sale por la nariz y la boca un líquido serosanguinolento que demuestra el esfacelo de los tejidos, debido al proceso anterior. Pero la observación precisa y los antecedentes nos dirán que se trata de placas diftéricas y no de escaras; que la enfermedad comenzó de otro modo; que tuvo su asiento en las amígdalas y no en la faringe. Además, el exudado diftérico tiene color blanquecino y sólo se hace oscuro en el trayecto sucesivo; forma prominencia en los tejidos, mientras que las manchas necrósicas son profundas. Por último, el estado de los ganglios submaxilares y cervicales completará el diagnóstico.

PRONÓSTICO. — Por lo dicho se comprende que es gravísimo. Sin embargo, Trousseau, Musset y Mackenzie, citan casos de curación: la extensión de la enfermedad y la rapidez con que progresa ayudarán a formar ese juicio.

TRATAMIENTO. — Recordando el concepto patogénico de la gangrena, se comprende desde luego que la medicación local es de orden secundario, y que las principales indicaciones generales en que debe inspirarse el médico son la tónica y la excitante.

En Inglaterra tiene fama el percloruro de hierro unido a la quina y a sus sales. Massei prefiere los fenatos y la valeriana, la serpentaria y todos los buenos excitantes y antisépticos.

No menos interesante es la dietética: caldos concentrados, huevos, vino generoso; y la higiene: aire puro, limpieza, evitar aglomeraciones, etc.

Aunque la gangrena local es expresión de alteración crásica, no por eso se la debe abandonar a sí misma; antes al contrario, el médico cumplirá un sagrado deber combatiendo el estado local y oponiéndose a la reinfección.

Además de los cáusticos (el ácido clorhídrico concentrado fué prescrito por médicos eminentes para favorecer el desprendimiento de la escara) están indicados los antisépticos, y a la cabeza de todos ellos el sublimado, el ácido fénico y el iodoformo.

ERISPELA DE LA FARINGE

Nadie ignora que la erisipela, ese proceso de carácter eminentemente difusivo, puede extenderse desde la piel a las mucosas limítrofes, y viceversa. Para explicar este hecho, no se necesita recurrir a las hipótesis de repercusión y metástasis; basta invocar la analogía de funciones y estructura entre la piel y las membranas mucosas.

Así, se ve con frecuencia que desde la nariz se propaga la erisipela a la piel de la cara, y en el tratamiento de ésta, hay que tener en cuenta, principalmente, el punto de partida.

Si una erisipela de la cara llega a invadir la faringe, con más facilidad podrá extenderse a la laringe: así se explica la frecuencia con que la enfermedad es faringo-laríngea.

Todo esto era conocido ya, primero por Hipócrates, luego por Fabricio de Acquapendente y por los grandes médicos de los siglos XVII y XVIII; pero Cornil (1862) dedicó una excelente monografía a tan interesante asunto.

La erisipela nasal y faringo-laríngea, puede ser primitiva ó consecutiva a una erisipela de la cara, que se difunde por la boca, nariz y

oído. La forma anginosa que acompaña á la escarlatina puede revestir carácter erisipelatoso, y Massei vió un caso en que probablemente esa localización era la única expresión de una escarlatina larvada, maligna.

Reconoce las mismas causas que la erisipela común en los tegumentos externos; reviste, como ella, la forma epidémica, endémica ó esporádica, y se ha observado con más frecuencia en el período medio de la vida y en el sexo femenino.

SÍNTOMAS. — Varían según que participe ó no la laringe. En la forma limitada á la nariz, nada de particular; en la de la faringe, la afección puede ser consecutiva á la erisipela de la cara ó primaria; su aparición va precedida de notable elevación termométrica (40° C.), que puede durar varios días. De una estadística de 18 casos recogidos por Cornil, resulta que la erisipela apareció dos veces al mismo tiempo en la cara y en la faringe, 7 en la faringe solamente y 9 á consecuencia de la erisipela facial.

En todas las observaciones se puede ver que la inflamación progresaba por continuidad de tejido. Gull cita casos en que se transmitió por los conductos auditivo y lagrimal.

Sea como quiera, cuando la erisipela ha invadido la faringe, el primer síntoma necesario y saliente es la disfagia, con turgencia de los ganglios linfáticos limítrofes que participan en el proceso. De aquí resulta dificultad para abrir la boca y ptialismo por participación de las glándulas salivales.

Una de las terminaciones más temibles es la gangrena; entonces los síntomas generales se agravan y la fiebre ofrece carácter tifoideo con tendencia al colapso fatal.

Por lo dicho se comprende que el resultado de la inspección directa variará según la fase en que se encuentre el proceso: desde la rubicundez intensa de la parte con tumefacción de la membrana, puede llegarse á las flictenas y á la necrosis, que son las tres formas admitidas por Cornil. El edema de los casos eritematosos permite ver la faringe reluciente, como barnizada; la difusión á los pilares y al paladar es cosa frecuente y natural.

Los síntomas generales y locales aumentan de intensidad si la erisipela pasa á la forma flictenoidea. Las ampollitas, del tamaño de una lenteja, pero que pueden llegar á tener el de una cereza, se forman en pocas horas, llenándose de serosidad, de pus ó de sangre. Á juzgar por el aspecto de la parte, podría pensarse entonces en una angina herpética; sin embargo, al disminuir y ser reabsorbido el exudado, estas flictenas dejan costras amarillentas de tejido fácilmente dislocable, que acaso son expulsadas con los esfuerzos de la deglución ó de

tos. Se realiza, pues, una verdadera descamación, que deja la mucosa tumefacta y llena de arborizaciones vasculares. Con este proceso de reparación coincide la resolución; pero también puede ocurrir lo contrario, es decir, que haya necrosis parcial de la mucosa y submucosa, por aumento de la inflamación.

El olor especial, el aspecto oscuro, pultáceo, de los puntos mortificados, caracterizan esta forma, que también puede curar, aunque rara vez. Mackenzie observó varios accesos consecutivos.

La propagación á la laringe es fácil y frecuente, sin que por eso quepa negar que, estando sana la faringe, puede haber erisipela primitiva de la laringe. Á los síntomas ya descritos se unen entonces los de una laringitis flegmonosa, es decir, dolor, disfgaia, afonía y dispnea.

DIAGNÓSTICO.— El diagnóstico de la forma primitiva es tan difícil, como fácil el de la secundaria. Si falta la manifestación cutánea, la erisipela de la faringe puede confundirse con todas las inflamaciones graves de dicho órgano y también con la forma herpética. El edema pronunciado, la fiebre alta, la adinamia, la participación de la epiglottis, constituyen otros datos que el médico puede utilizar para formular su criterio.

PRONÓSTICO.— Hay que tener en cuenta tres cosas: el carácter de la enfermedad, su forma y su extensión. El aforismo de Hipócrates, según el cual «la erisipela que se propaga del interior al exterior es síntoma favorable, y viceversa», resulta aquí plenamente confirmado.

Respecto á la forma, se comprende desde luego que la flictenoidea y la gangrenosa son más graves; y que, una vez atacada la laringe, los peligros de la sofocación agravan el pronóstico. No hay que olvidar tampoco que la propagación puede llegar á los bronquios, pulmones y tubo digestivo, y que, aunque la enfermedad esté relativamente localizada, se puede morir de adinamia.

TRATAMIENTO.— Debe ser general y local. Aquél, dirigido á mantener las fuerzas del enfermo y oponerse á la infección; éste, á moderar el proceso inflamatorio y modificar el necrósico. Además de una dieta reparadora, se recomendará el percloruro de hierro, la quina y los excitantes, en tiempo oportuno.

El tratamiento tópicó contra la localización faríngea será estrozos de hielo para chupar continuamente, pulverizaciones con disolución de sublimado al 1 por 1.000.

El clorato de potasa, el ácido salicílico ó fénico, el permanganato de potasa en la forma gangrenosa, son poderosos auxiliares. También convendrán las cataplasmas frías al cuello, las escarificaciones cuando amenaza la dispnea y hasta la traqueotomía.

SÍFILIS SECUNDARIA DE LA FARINGE. — ULCERACIONES SIFILÍTICAS

Las manifestaciones sifilíticas que sobrevienen en el curso de la sífilis secundaria (un año próximamente después del accidente primitivo), no son, en realidad, ulceraciones, aunque á menudo existen ligeras erosiones de la membrana mucosa. Casi todos los autores se hallan de acuerdo en considerar estas lesiones como una manifestación de la infección general. Pero Kaposi admite que la ancha pápula sifilítica y el condiloma pueden infectar por contacto, es decir, reproducirse por inoculación, y provocar en el sujeto infectado la aparición de los síntomas de la sífilis secundaria. Cree también Kaposi (*Syphilis der Nase und Angrenzenders Schleimharte*, Viena, 1875) que muchos niños son contagiados por las nodrizas que en sus pechos tienen pápulas sifilíticas, aunque tales casos se consideren como de sífilis hereditaria. Lennox-Browne vió esta lesión en el istmo de las fauces, en un enfermo que positivamente no había sido contagiado por el coito; pero que estuvo expuesto á la infección por el contacto de los labios con la vulva de una mujer sifilítica: no recordaba haber tenido el accidente primitivo. El mismo autor asistió á una señorita en quien era imposible sospechar siquiera una diátesis adquirida, y que había pasado de la edad de las manifestaciones sifilíticas hereditarias. El diagnóstico sólo se fundó en el aspecto de las lesiones y pudo ser confirmado por el Dr. Lefferts (de Nueva York) y por J. Hutchinson.

Las manifestaciones faríngeas de la sífilis secundaria aparecen, ora bajo la forma de placas eritematosas, congestionadas, simétricas, con infiltración submucosa; ora de tubérculos mucosos con exudados ó de condilomas: todas las lesiones pueden tener su asiento en los pilares del istmo de las fauces, en las amígdalas, en el velo del paladar, en la úvula, lo mismo que en la cavidad bucal y en los bordes y punta de la lengua. La lesión puede extenderse desde los pilares y zona nasofaríngea á la trompa de Eustaquio, y aun al orificio anterior de las fosas nasales; pero rara vez invade la pared posterior de la faringe.

Estas placas aparecen en la faringe bajo la forma de manchas circunscritas ó semilunares de color rojo vivo, que se desprenden del resto de la mucosa normal ó ligeramente congestionada; el centro de estas manchas tiene color blanco opalino y como barnizado. Con el tiempo, este barniz opalino se engruesa, adquiere color grisáceo y aparece como achagrinado. Cuando las placas mucosas tienen su asiento en las amígdalas, son menos marcados esos caracteres, porque se desarrolla en dichos órganos una hipertrofia inflamatoria acompañada de secreción especial, que enmascara el aspecto de la lesión sifilítica. Quitando

la capa epitelial que cubre esas placas mucosas, se ven erosiones ó fisuras verticales y muy superficiales.

SÍNTOMAS. — Los síntomas subjetivos de la sífilis secundaria de la faringe son poco marcados y apenas difieren de los de una simple angina. La sensación principal consiste en ligera irritación y dolor al tragar, y, sin embargo, estos síntomas varían mucho de intensidad en los diversos individuos.

El diagnóstico de las manifestaciones faríngeas de la sífilis secundaria se funda, sobre todo, en el aspecto de las lesiones. Merecen especial mención la simetría y el aspecto eritematoso de las placas mucosas: por simetría no debe entenderse una disposición semejante en las dos mitades de la faringe, sino un dibujo geométrico propio de cada placa.

Un carácter particular de esta afección, cuando se la examina al principio, es la dificultad que existe para ver bien las partes congestionadas: para que resalten más, conviene practicar ligeros contactos en los puntos enfermos con el dedo ó con un pincel; ocurre entonces algo análogo á lo que sucede en ciertas erupciones de la piel, que aparecen mejor frotando ésta ligeramente.

El diagnóstico se encontrará confirmado por la coexistencia de una erupción escamosa ó de una roseola en la piel. No es raro que esta forma de angina vaya acompañada de ligero movimiento febril. Las manifestaciones sífilíticas secundarias en la faringe suelen presentarse entre la sexta semana y el sexto mes siguientes al accidente primitivo.

Es siempre favorable el pronóstico cuando puede confiarse que el enfermo siga su método con perseverancia. La única complicación que puede temerse consiste en la extensión del proceso morboso á la laringe, de donde resulta una ronquera tenaz y difícil de curar.

El tratamiento puede ser *general* y *local*. Hay autores que creen que cuanto mayor intensidad presentan los accidentes secundarios, menos expuesto está el enfermo á graves complicaciones consecutivas. Por lo que concierne á la faringe y la laringe, esta inmunidad ulterior está en razón directa del cuidado con que se ha seguido el tratamiento desde el principio. Deberán coincidir un tratamiento local y un tratamiento hidrargírico que nunca llegue hasta la salivación, recomendando al enfermo que se frote bien los dientes después de cada comida, y que use un colutorio deterativo. Entre las preparaciones hidrargíricas, Lennox-Browne prefiere los calomelanos compuestos, á la dosis de 30 centigramos, dos ó tres veces por día. Según dicho autor, puede darse diariamente una pastilla que contenga 30 centigramos de sustancia activa. En los casos rebeldes convendrán también las fricciones mercuriales. Esta opinión es la de la mayor parte de los especialistas; sin em-

bargo, Morell-Mackenzie ha llegado á decir que *las afecciones sífilíticas secundarias de la faringe no reclaman tratamiento general*, y afirma asimismo que «la falta de todo tratamiento mercurial no expone al enfermo á las recidivas», porque «rara vez ha visto accidentes terciarios de la garganta en individuos en quienes se habían combatido las manifestaciones precoces por un tratamiento únicamente local».

En ciertos casos, los enfermos soportan mal el tratamiento específico; cuando así sucede, es porque padecen también escrófula ó tuberculosis, y habrá que administrar al mismo tiempo el yoduro de hierro ó de sodio y el aceite de hígado de bacalao.

El tratamiento local consistirá esencialmente en aplicaciones frecuentes, cáusticas ó resolutivas, que se limitarán exactamente á las superficies enfermas. Á veces conviene el yodo ó el sulfato de cobre; se ha preconizado asimismo el yodoformo; pero este medicamento no ofrece ventajas bastante notables para compensar sus efectos nauseosos y su olor insoportable. Algunos recomiendan el iodol, que aunque algo menos activo, es inodoro. Se continuará viendo al enfermo una ó dos veces por semana, aun después que parezcan curadas por completo todas las placas mucosas, y se intervendrá con energía á la menor reaparición del mal. Acaso convenga reemplazar el nitrato de plata por el yodo y el ácido fénico, como tópico, cuando existan fisuras ó erosiones de la dermis mucosa, ó en los casos raros en que esta angina sífilítica secundaria va acompañada de mayor ó menor dolor. Cuando hay dolores de oídos y más ó menos sordera, recomienda Lennox-Browne el empleo de las inhalaciones, y si las mucosidades de las fosas nasales tienden á desecarse y formar costras, se recurrirá á las aplicaciones emolientes y á las duchas nasales.

Conviene advertir que nunca deben practicarse ciertas operaciones, como la ablación de las amígdalas ó la amputación de una úvula proclidente, en el curso de las manifestaciones secundarias, porque se reproduciría la afección en la superficie de la herida.

Respecto al régimen, será calmante; se evitarán todas las causas capaces de producir una inflamación catarral. Convendrán los baños calientes jabonosos y los baños de vapor, para facilitar la eliminación del mercurio. Se proibirá el tabaco y se aconsejarán todas las reglas que tiendan á evitar el contagio.

SÍFILIS TERCIARIA

La sífilis terciaria de la faringe, que puede sobrevenir entre el segundo y quinto año, hasta una época variable, se halla caracterizada por una verdadera pérdida de sustancia, y resulta siempre, según las teorías modernas, de la degeneración de un goma. Á menudo existe

una sola ulceración; pero otras veces hay varias. Al principio, esta ulceración se limita generalmente á los pilares y ocupa sobre todo las inmediaciones de la lengua, ó bien la úvula y el velo palatino. Este último órgano, en virtud de su estructura particular, opone muy poca resistencia al proceso ulcerativo. Así, se observa á menudo en la cara bucal una tumefacción roja, anfractuosa, que no tarda en terminar por perforación. Ocurre á veces que en estos casos la ulceración ha comenzado por la cara superior y sería posible detener su marcha, utilizando la rinoscopia posterior. En ocasiones se ven también ulceraciones que ocupan la línea media, ora en el punto de unión de la bóveda y velo palatinos, ora en la bóveda misma, mucho más hacia delante é inmediatamente por detrás de los incisivos superiores.

Es raro que en la pared posterior de la faringe se vean lesiones terciarias antes de los cinco años siguientes al accidente primitivo; sin embargo, Lennox-Browne ha visto casos en que sólo transcurrieron tres años. Una vez declarada la ulceración, se extiende con rapidez, y su producto secretorio, compuesto sobre todo de detritus epiteliales y pus, es esencialmente séptico. Los bordes de la úlcera, cualquiera que sea su disposición, aparecen rodeados por una areola de color rojo-oscuro, que debe atribuirse probablemente á la extravasación de la materia colorante de la sangre por compresión de los pequeños vasos. Las ulceraciones de la misma índole que se observan en la lengua, suelen estar situadas en la línea media y revisten el aspecto de fisuras verticales. Á medida que se afirma la curación, la úlcera toma aspecto azulado y lustroso particular. Muchas veces, los enfermos de sífilis secundaria y terciaria dicen que les parece que su lengua aumenta de volumen, y, en efecto, examinando ese órgano se encuentran en él impresiones dentarias y hasta ulceraciones, debidas á la presencia de dientes cariados que hieren la lengua.

Los *síntomas subjetivos* son quizá poco aparentes, cuando sólo están interesados los pilares, porque el dolor es casi nulo. Sin embargo, si existe una perforación del velo palatino ó una ulceración en la úvula, resulta ante todo una modificación de la voz, debida á la persistencia de la comunicación, durante la fonación, entre la cavidad bucal y la naso-faríngea.

Por las mismas razones es difícil la deglución de los líquidos, pues tienden á volver á pasar por la nariz. Si la ulceración está en la pared posterior de la faringe, puede extenderse por arriba hacia la cavidad posterior de las fosas nasales y por abajo hacia la epiglotis, ocasionando estragos considerables.

Respecto al *diagnóstico*, el cáncer es la única enfermedad que puede confundirse con la ulceración sífilítica terciaria.

La sífilis se distingue por la historia del enfermo, por el infarto

ganglionar post-cervical, por la falta de induración de la glándula parótida ó submaxilar, por el poco dolor y sobre todo por el resultado de la intervención terapéutica, verdadera piedra de toque de la sífilis.

El *pronóstico* es siempre favorable, á pesar de las malas condiciones en que á veces se encuentra el enfermo, siempre que éste siga con constancia las prescripciones médicas. La coincidencia de la diátesis escrofulosa constituye una seria complicación. También hay que tener en cuenta, en el pronóstico, el peligro posible de hemorragias, de caries óseas más ó menos extensas, de cicatrizaciones viciosas que produzcan adherencias, estenosis, estrecheces en diversos puntos de los órganos comprometidos. Estas adherencias pueden dar lugar á deformidades muy raras.

El *tratamiento* puede ser *general* y *local*. En el período de ulceración se dará ioduro de potasio á la dosis de 15 á 60 centigramos. Pero hay que tener en cuenta la susceptibilidad medicamentosa de los enfermos, que es muy variable; tanto más cuanto que, como ha demostrado Hutchinson, pequeñas dosis bastan á veces para producir el efecto necesario en enfermos que no soportan este medicamento. Cuando la administración del amoniaco ó de la tintura de nuez vómica no baste para impedir el coriza característico, se reemplazará el ioduro de potasio por el ioduro de sodio, á dosis algo menores, porque el peso atómico del sodio es superior al del potasio. Por lo demás, las sales de sosa suelen tener una acción menos depresiva que las sales de potasa. Una vez disipados los accidentes agudos, es absolutamente indispensable prescribir, como tónico y como medicación profiláctica, el uso prolongado de pequeñas dosis de percloruro, de biioduro, de protoioduro ó de bicianuro de mercurio.

Respecto al tratamiento local, hasta hace algunos años era práctica corriente tratar estas úlceras sífilíticas terciarias tocándolas diariamente con nitrato de plata, nitrato ó cianuro de mercurio, ó con sulfato de cobre; pero muchos autores han visto que el galvanocauterio tiene la enorme ventaja de producir curaciones mucho más rápidas, con menos dolor y menos probabilidades de recidiva. Cualquiera que sea el agente cáustico á que se recurra, hay que comenzar por limpiar bien las superficies ulceradas de todas las mucosidades y pus que las cubren. Los gargarismos con permanganato de potasa, clorato de potasa y el ácido fénico servirán para ese objeto.

El tratamiento local se continuará con la misma persistencia que en las formas secundarias de la sífilis, porque el éxito depende tanto de la perseverancia del enfermo cuanto de la energía del médico.

Como queda dicho, el dolor no es uno de los síntomas comunes de la sífilis terciaria de la faringe. Por este motivo, aparte de los casos de perforación del velo palatino, que dificultan la deglución de las bebi-

das, no hay que prescribir un régimen especial, salvo la prohibición de los condimentos y alimentos cargados de especias.

El trabajo reparador que marca la curación de estas úlceras faríngeas se verifica por una exudación plástica abundante, á la cual sucede una cicatriz, que puede deformar y estrechar la faringe, reclamando quizá en lo porvenir una intervención quirúrgica. Al efecto, nunca debe cortarse un colgajo de tejido, por pequeño que sea, y por poco sólida que parezca su adherencia. ¡Quién sabe el importante papel que podrá desempeñar después ese trozo de tejido, en el trabajo de reparación general!

Cuando se establece una adherencia cicatricial entre el velo del paladar y la pared posterior de la faringe ó los pilares, sobreviene cierta dificultad en la respiración nasal, el sentido del olfato está más ó menos perdido, el enfermo encuentra gran dificultad para tener limpias sus vías nasales, y de aquí resulta un sonido de voz característico muy desagradable.

Á veces se toman por neoplasmas fragmentos de tejido que el trabajo ulcerativo ha respetado, y en los que se nota una hipertrofia más ó menos considerable.

En ciertos casos en que ha habido pérdida de sustancia considerable del paladar ó del velo, el enfermo se ve obligado á llevar un obturador.

Siempre se encuentra, en el punto correspondiente á la ulceración curada, una cicatriz estrellada más ó menos distinta y que ayuda mucho al diagnóstico de las afecciones laringeas posibles, de la misma índole, que sobrevendrán más tarde.

ÚLCERAS SIFILÍTICAS CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

Esta afección puede sobrevenir poco tiempo después del nacimiento, y en todo caso suele manifestarse antes de la pubertad.

J. Mackenzie, en un interesante trabajo acerca de este punto, dice que en la mitad próximamente de los casos, la enfermedad aparece en el primer año, y en un tercio de aquéllos, en los seis primeros meses.

Lennox-Browne ha encontrado esta afección en adultos de toda edad; pero rara vez ha visto placas mucosas simétricas de la faringe en individuos con sífilis congénita. Las lesiones faríngeas más comunes eran ulcerosas; pero también encontró dicho autor en aquellos niños manifestaciones diatélicas de la piel, de la córnea, etc., propias, sin duda, del período secundario.

Según J. Mackenzie, las ulceraciones profundas pueden aparecer en un punto cualquiera de la faringe, si bien el sitio de elección es el

paladar óseo. Cuando ocupan la cara postero-superior del paladar, tienden á invadir el velo y extenderse hacia la naso-faringe y las fosas nasales. También se han visto estas lesiones, por orden de frecuencia, en los pilares, la naso-faringe, la pared posterior de la faringe, las fosas nasales, el tabique de la nariz, la lengua, y, por último, las encías. Un signo característico de este género de ulceración consiste en que elige principalmente la línea media y tiende á invadir los huesos, produciendo la caries y la necrosis. Los destrozos que resultan de este trabajo ulcerativo recuerdan los que se ven en los enfermos de sífilis terciaria. Rara vez se halla comprometido el esófago.

Un punto clínico muy interesante, acerca del cual se han ocupado mucho los sífilografos, es la influencia que ejercen las enfermedades infecciosas propias de la infancia sobre la evolución de la sífilis hereditaria. Browne afirma: 1.º, que la sífilis congénita no confiere la inmunidad contra las enfermedades infecciosas agudas, pero, en igualdad de circunstancias, las imprime un carácter especial de benignidad y corta duración; 2.º, que ciertas enfermedades agudas, caracterizadas por un exantema, como por ejemplo el sarampión y la escarlatina, favorecen la desaparición, al menos momentánea, de las manifestaciones faríngeas ú otras. Desgraciadamente, por lo que concierne á la difteria, si esta afección se declara en el periodo de estado de las ulceraciones sífilíticas, el enfermito sucumbe rápidamente, y la preexistencia de la sífilis favorece la formación de las falsas membranas.

Entre los *síntomas objetivos* que acompañan á esta ulceración, merecen ser citados la dificultad de la respiración nasal (con imposibilidad de tomar el pecho), coriza, excoriación y ulceraciones de la piel, de las alas de la nariz y de los labios.

El *pronóstico* dependerá mucho de la edad del enfermito: cuanto más joven sea éste, más grave resultará el pronóstico, pudiendo decirse que es fatal durante el primer año. Los pocos que sobreviven suelen quedar con deformidades ó estigmas indelebles en el paladar, la nariz y la superficie cutánea.

La mayor parte de los casos de sordera en la sífilis congénita son debidos, probablemente, á la extensión de la afección al oído interno. Sin embargo, tiende á demostrar la experiencia que muchas veces la sordera más marcada es la que acompaña á los desórdenes del oído medio: por eso, las inhalaciones, las insuflaciones de Politzer y otros tratamientos del oído medio, bastan para curar esta sordera.

El *tratamiento general* deberá inspirarse en las mismas reglas que en la sífilis terciaria, siempre que las circunstancias lo permitan. Como los niños soportan el mercurio mejor que los adultos, podrá administrarse á dosis relativamente mayores.

La mejor forma que puede adoptarse es la de *hydrargyrum cum creta*. También se podrá acudir á ligeras fricciones. Si el niño tiene más de dos ó tres años, se podrá prescribir el ioduro de sodio y el ioduro de hierro.

Como *tratamiento local*, aconsejan los autores las duchas nasales, dos ó tres veces al día, sobre todo antes de mamar. Los mejores tópicos serán las disoluciones con clorato de potasa, bórax, etc.; algunos autores aconsejan una pomada de eucalipto y vaselina, ó bien iodol ó ácido bórico mezclados con pomada de óxido rojo de mercurio, en la proporción de 1 á 16 partes. Browne dice que nunca ha empleado el nitrato de plata en los individuos muy jóvenes; en primer lugar, porque en dos ocasiones vió sobrevenir manchas indelebles, y en segundo, porque el nitrato de plata aplicado localmente aumenta la tendencia á la hiperplasia, que, por lo demás, existe en todas las ulceraciones específicas.

La alimentación de los niños sifilíticos desempeña importante papel. Cohen insiste en la necesidad de dar al enfermito una buena nodriza, aunque en ocasiones podrá continuar lactando la misma nodriza sifilítica, siempre que se la someta á un tratamiento mercurial. Si el niño no puede mamar, se le alimentará con una cuchara, vigilando la calidad y cantidad de la leche que se le dé.

Desde el punto de vista higiénico, hay que rodear al niño sifilítico de todas las precauciones necesarias: cubrirle bien, bañarle á menudo y proporcionarle una atmósfera sana.

ÚLCERAS ESCROFULOSAS DE LA FARINGE

Isambert y otros autores describen la faringitis escrofulosa como una forma completamente distinta; pero Browne dice no haber visto nunca ningún caso de ese género sin que el enfermo padeciera al mismo tiempo una de las dos diátesis, sifilítica ó tuberculosa. Añade Browne que muchos pretendidos casos de escrófula de la faringe deben atribuirse al lupus, y la misma opinión profesan también Schech, E. Wagner y J. Mackenzie. Este último autor afirma que no hay motivo para admitir la existencia de la escrófula ulcerosa de la faringe.

Sea como quiera, la forma que algunos designan con el nombre de faringitis escrofulosa es la de un engrosamiento inflamatorio de los pilares, de las vías naso-faríngeas, del tabique, de las glándulas de la bóveda faríngea y de las amígdalas, con infarto de los ganglios linfáticos inmediatos. Á veces se ve también la necrosis de las conchas.

Si es cierto que la sífilis no puede producir por transmisión más que la sífilis misma, no lo es menos que, cuando esta afección se declara en un individuo escrofuloso, va acompañada de algunos síntomas

nuevos. En estos casos las manifestaciones comienzan, al parecer, en los ganglios, que al principio se hipertrofian y á veces parece que se ulceran. Estas úlceras son, primero superficiales é indolentes; pero no tardan en hacerse más profundas, y entonces resultan todos los síntomas de una úlcera sifilítica complicados con otros diferentes. Respecto al tratamiento, es frecuente ver que la afección no cede ante la medicación específica de la escrófula ó de la sífilis. Por eso dice Paget: «Creo que puede llamarse *híbrida* la afección que se presenta en un sujeto escrofuloso que ha adquirido la sífilis; es, cuando menos, una enfermedad compleja, y creo que la sífilis adquirida por un escrofuloso producirá, en el período terciario, síntomas que difícilmente se distinguirán de la escrófula, porque se encontrarán unidos los signos característicos de ambas enfermedades, y habrá que combinar los dos tratamientos — el de la escrófula y el de la sífilis — para obtener un resultado satisfactorio.»

Browne aconseja en estos casos la administración combinada del ioduro de potasio y el de hierro, una buena alimentación, el aire libre y el aceite de hígado de bacalao fosforado. También convendrá la permanencia en las playas, los baños de mar, y el empleo externo é interno de las aguas bromoiodadas de Kreuznach y de Challes.

El galvanocauterio presta grandes servicios para la destrucción de estas ulceraciones.

ÚLCERAS TUBERCULOSAS DE LA BOCA, DEL ISTMO DE LAS FAUCES Y DE LA FARINGE

A Isambert y á Fränkel se debe principalmente una descripción exacta de esta afección tan poco común.

Las ulceraciones específicas de la tuberculosis son mucho más raras en la boca y en la faringe que en la laringe. Pero en cuanto á su frecuencia relativa, no están de acuerdo los autores. Heinze sólo ha visto 14 veces la tuberculosis de la faringe entre 1.226 casos de tuberculosis pulmonar. Casi la misma cifra, ó sea el 1 por 100, consignan Guttman y Lublinski. Willigh, en cambio, no vió más que 1 caso entre 1.317 observaciones de tuberculosis pulmonar. Browne dice que su experiencia personal le ha dado resultados que se aproximan á los de Guttman y Lublinski. Puede admitirse que las manifestaciones tuberculosas de la laringe se encuentran en el 25 ó 30 por 100 de los casos de tuberculosis.

En otro tiempo había una gran tendencia á considerar como sifilíticas todas las ulceraciones de esta región; pero hoy no sucede lo mismo. Es poco probable que la lesión pase inadvertida para el especialista, en primer lugar, porque el dolor agudo que experimentan los

enfermos llama forzosamente la atención, y en segundo, porque esta complicación faríngea es uno de los accidentes tardíos de la tuberculosis.

Isambert cita el caso de un niño de cuatro años y medio, que presentaba los signos objetivos característicos de la tuberculosis faríngea sin ningún síntoma pulmonar. Fränkel refiere también observaciones en apoyo de su teoría, que consiste en considerar la tuberculosis miliar de la faringe como una manifestación que puede sobrevenir bruscamente en sujetos que gozan, al parecer, buena salud; sin embargo, los ejemplos que cita ese autor no parecen muy concluyentes. Bosworth cree asimismo que esta afección es á menudo primitiva.

Es difícil, pues, establecer la etiología exacta, precisa, de esta forma de la afección; lo único que puede afirmarse es que invade principalmente á los individuos debilitados. Su aparición, como manifestación primitiva de la diátesis tuberculosa, es algo discutible, aunque no hay razón para negar que pueda existir con igual razón que la laringitis tuberculosa primitiva. Sin embargo, todos los argumentos, en pro ó en contra, deben inclinarse ante el hecho de que no se ha registrado ningún caso de muerte por esta enfermedad sin que los pulmones estuvieran más ó menos comprometidos. Browne y Schech admiten que sólo es *aparente* el comienzo de la afección por la faringe; en otros términos, que existen otras lesiones tuberculosas anteriores á las de la faringe, aunque nuestros medios de investigación no permitan reconocerlas.

Los *síntomas* pueden ser funcionales ó subjetivos y objetivos. Á menos que existan lesiones concomitantes de la laringe, la voz no suele ofrecer gran alteración; tan sólo se articula en ocasiones con cierta dificultad, y hasta puede ser nasal; entonces es siempre dolorosa. El síntoma principal consiste en un dolor intenso durante la *deglución* de la saliva y de los alimentos. Este dolor se extiende hasta el oído, como en el cáncer, sirviendo de intermedio el nervio de Jacobson. Los sufrimientos son atroces, más violentos que en ninguna otra afección de la garganta, y los enfermos pasan hambre y sed por miedo á ellos. Los sentidos del gusto y del olfato están comprometidos muchas veces; el aliento presenta una fetidez característica.

El aspecto de las ulceraciones tuberculosas de la lengua y faringe no suele dar lugar á duda. Dichas ulceraciones ofrecen una forma irregularmente lenticular, con bordes mal definidos, llenos de erosiones, ligeramente tumefactos, de color amarillo claro, con aureola ligeramente inflamatoria. El fondo de la ulceración, poco hundida, aparece cubierto de granulaciones muy pequeñas ó excrecencias verrugosas de color rosa claro, cubiertas de pus más ó menos abundante. El velo del paladar está con frecuencia engrosado y la úvula aumentada de volumen, hipertrofiada, en virtud de una infiltración submucosa de

materia tuberculosa; en cambio, otras veces se ven estas partes anémicas y como atrofiadas. Por lo general, la mucosa de la cavidad bucal y del paladar presenta un color gris claro, como en la tisis laringea. No es raro encontrar, sobre todo cerca de las ulceraciones, puntitos grisáceos que quizá son origen de aquélla. Se han citado casos de tuberculosis de la amígdala faríngea y de otras porciones de la nasofaringe, y también de otitis supurada, debida probablemente á la extensión del proceso morboso á lo largo de la trompa de Eustaquio. Los violentos dolores de oídos son un síntoma constante, por decirlo así, en la tuberculosis faríngea, cualquiera que sea su forma. Es muy frecuente la tuberculosis de la amígdala como complicación, á menudo inadvertida, de la tuberculosis pulmonar. Cree Strassmann que, en estos casos, los síntomas son negativos.

El *diagnóstico* es siempre fácil: basta pensar en la enfermedad, porque la única afección con la cual podría confundirse es la sífilis terciaria, y se distinguirán con facilidad teniendo en cuenta los siguientes datos, que indica Bosworth:

Úlceras sifilíticas.

Excavación profunda.
Granulaciones raras, pero muy inflamatorias.
Aureola rojo-oscura.
Bordes cortados á pico.
Limite de demarcación limpio.

Secreción purulenta amarilla, abundante.
Marcha invasora en profundidad.

Sin fiebre.

Úlceras tuberculosas.

Sin excavación aparente.
Granulaciones abundantes, pero indolentes.
Aureola poco marcada.
Bordes irregulares; mal definidos.
Limite de demarcación poco evidente.
Secreción moco-purulenta, grisácea, rara.
Extensión superficial y en anchura.

Mucha fiebre.

Á estos caracteres distintivos locales habrá que añadir el enflaquecimiento más ó menos marcado y los antecedentes personales y hereditarios. Por otra parte, en la tuberculosis, los ganglios submaxilares, parotídeos y cervicales, lo mismo profundos que superficiales, están hipertrofiados y dolorosos, cosa que no sucede en la sífilis: no hay, en los casos de tuberculosis, ese infarto ganglionar cervical posterior, tan común en la sífilis secundaria, y que rara vez es doloroso.

Respecto al *pronóstico*, las lesiones tuberculosas de la faringe deben alarmarnos, porque permiten sospechar otras lesiones semejantes del pulmón y de la faringe: la faringe, por lo tanto, no hace más que participar de la fatalidad que caracteriza la invasión tuberculosa del conducto alimenticio. Puede preverse una terminación fatal, aunque los síntomas pulmonares ó laringeos sean todavía poco avanzados, si bien el desenlace se hace esperar más ó menos tiempo. La gravedad

del pronóstico está en razón directa de la disfagia y, por consiguiente, de la alimentación.

TRATAMIENTO. — Nunca será más que paliativo. Las indicaciones que debe proponerse son: 1.º, luchar contra la caquexia tuberculosa; 2.º, exigir en lo posible el reposo absoluto del órgano; 3.º, aliviar la disfagia; 4.º, vigilar la alimentación; 5.º, curar las ulceraciones. Para responder sucesivamente á cada una de estas indicaciones, aconseja Lennox-Browne lo siguiente:

1.º Los hipofosfitos y los extractos de malta, que facilitan la asimilación de la carne y de las sustancias amiláceas; son más útiles en la tuberculosis faríngea que en la laríngea. Á estas dos sustancias podrá añadirse el aceite de hígado de bacalao; pero no todos los enfermos lo soportan bien.

2.º La supresión del uso de la palabra es tan necesaria en las lesiones del paladar y de la lengua, como en las de la laringe. Cuando la disfagia es excesiva, cabe pensar en el uso de la sonda esofágica ó en la alimentación por el recto. Ocurre á veces que, al cabo de algunos días de este tratamiento, puede comenzar de nuevo la alimentación por la boca. No hay que olvidar que la introducción de la sonda esofágica es muy dolorosa y que hay que untar previamente las superficies enfermas con una disolución de cocaína al 4 ó 5 por 100. Beverley Robinson recomienda mucho lavar el estómago con una disolución alcalina tibia, siempre que haya inapetencia ó repugnancia por los alimentos. Dice también el mismo autor que en muchos casos es inútil introducir la sonda más allá del esófago. Por lo demás, estas sondas deben ser de pequeño calibre.

3.º Uno de los mejores medios para aliviar en lo posible la disfagia, consiste en administrar los alimentos bajo una forma semi-líquida.

4.º Como tipo de este género de alimento, puede citarse la *leche de gallina*, ó bien una yema de huevo crudo, que no sólo constituye un alimento nutritivo, sino que obra también como tópico emoliente. Las ostras, las cremas, las papillas espesas llenan el mismo objeto. Los alimentos fríos son mejor soportados que los calientes, en términos que algunos enfermos creen encontrar alivio chupando trocitos de hielo: sea como quiera, hay que administrar los alimentos á una temperatura tibia.

Como agente terapéutico destinado á combatir los dolores, merece citarse la aplicación (precisamente antes de comer) de una disolución de cocaína al 5 ó 10 por 100: éste parece ser el mejor de los tópicos, desde luego preferible á la glicerina morfínada que recomienda Isambert y que hasta llega á producir dolor si se aplica pura. Las aplicacio-

nes exteriores sobre el cuello, frías ó calientes, con el aparato de Leiter, provocarán á menudo un notable alivio. Otros tópicos que podrán aplicarse á la piel del cuello consisten en una mezcla de belladona y cloroformo, ó de cloral y alcanfor. Finalmente, se podrá prescribir como bebida el agua de cebada ó agua y leche con una pequeña cantidad de morfina: tomada á sorbos, calmará á la vez los dolores y la tos.

¿Pueden curar estas ulceraciones por procedimientos operatorios? Browne dice haber obtenido resultados negativos de los toques con sales de zinc ó de cobre. Krause (de Berlín) y otros han aconsejado mucho la aplicación del ácido láctico, después de haber raspado las granulaciones con la cucharilla. Rosemberg preconiza el mentol. Browne dice haber obtenido tan buenos resultados con el galvanocauterio, que no vacila en recomendarlo en los casos imperiosos, máxime cuando, gracias á la cocaína, su aplicación es poco molesta. El dolor consecutivo es también insignificante, porque el galvanocauterio posee un poder curativo y antiséptico de que carece el cauterio actual.

Convendrá asimismo el uso de un respirador oronasal, en el que se colocará una mezcla antiséptica cualquiera; servirá á la vez para neutralizar el olor fétido del aliento y para calmar la tos en los casos de invasión tuberculosa de la laringe y de los pulmones.

TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA DE LA FARINGE

Existe otra forma de tuberculosis de la faringe, estudiada por vez primera por Isambert, en 1871, y á la cual dió el nombre de *tuberculosis miliar aguda de la faringe*. El Dr. Aigre (traductor de la edición francesa de la notable obra del Dr. Lennox-Browne) presentó en 1890 á la Sociedad médica de los Hospitales de París una interesante Memoria, fundada en tres observaciones de esta afección.

De dicho trabajo están tomadas las siguientes líneas:

ETIOLOGÍA.—La edad adulta parece más predispuesta que la infancia, y sobre todo que la vejez; y los hombres más que las mujeres. Las lesiones faríngeas dependen de una autoinfección por los esputos, ó constituyen simplemente una de las numerosas manifestaciones de la diátesis tuberculosa.

SINTOMATOLOGÍA.—Lo que ésta presenta de más interesante es el conjunto de los signos objetivos y el aspecto especial que reviste la lesión. Isambert le describe así: «Presencia, en las mallas mismas de la mucosa, de un abundante semillero de granulaciones grises, semi-

transparentes, análogas por su aspecto y volumen á los granos de sémola ó á las anginas pultáceas, pero con la diferencia de que éstas se pueden separar fácilmente con el depresor de la lengua, y dejan ver una mucosa subyacente inflamada, mientras que las granulaciones que estamos describiendo se adhieren á la mucosa, son realmente subyacentes al epitelio y sangran con facilidad al menor contacto.»

El *infarto ganglionar* puede existir, pero no es constante.

El *dolor á la deglución*, síntoma funcional predominante, casi patognomónico de la enfermedad, es también el primero que se presenta y no desaparece nunca.

Este dolor es el que obliga á los enfermos á buscar al médico; es más ó menos permanente, pero presenta violentas exacerbaciones que corresponden al momento de la deglución.

La *salivación* es casi siempre muy abundante; se debe más bien á una exageración de la secreción refleja que á la disfagia, aunque es más marcada cuando existe mayor dificultad para tragar.

Las *irradiaciones dolorosas á los oídos*, ¿deben ser atribuidas, como quieren Traube y Henri Barth, á la presencia de ulceraciones en la proximidad del orificio de la trompa de Eustaquio, ó bien se las puede considerar, según hace Fränkel, como resultado de una sensación refleja transmitida por el ramo de Jacobson y el glosso faríngeo? Aigre (*loc. cit.*) se resuelve por la primera de estas hipótesis. «En efecto, dice, uno soló de los tres enfermos que sirvieron de base á mi comunicación, no tuvo nunca dolores de oídos, y en él la lesión faríngea era muy limitada y no se extendía más allá del borde libre del velo palatino. Los otros dos pacientes no experimentaron estos dolores de oídos hasta el fin de la enfermedad, y su aparición coincidió exactamente con la invasión de las paredes laterales de la faringe. Verdad es que no pudimos comprobar *de visu* la ulceración del orificio de la trompa, porque en este momento era muy dolorosa la introducción del espejo laríngeo; pero la coincidencia de la aparición de esos dolores con la del semillero blanquecino á los lados de la faringe, constituye una presunción fundada. Lo mismo puede decirse de la *sordera*. Sólo dos de mis enfermos se quejaban de no oír tan bien, y esta dureza de oído coincidió con la aparición de los dolores.»

CURSO. — El de la tuberculosis miliar de la faringe presenta una uniformidad desesperante. Gouguenheim presentó á la Sociedad de los Hospitales de París el caso de un enfermo que se restableció después de la excisión de la úvula infiltrada en su mitad inferior.

¿Cómo sobreviene la muerte? Aigre difiere de la opinión de Isambert. Ninguno de sus enfermos sufrió esas horribles torturas de hambre de que habla este autor; dos de ellos se alimentaban bastante bien:

verdad es que sólo ingerían leche y otros alimentos análogos, pero lo hacían en cantidad suficiente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Los puntos más interesantes de la enfermedad han sido estudiados por Letulle.

El epitelio pavimentoso de la mucosa falta en muchos puntos, y el corion mucoso aparece al descubierto, exulcerado y considerablemente engrosado. Esta tumefacción de la mucosa faríngea reconoce por causa una *inflamación subaguda tuberculosa* de las más notables. Las mallas fibrosas del dermis están infiltradas de elementos embrionarios, agrupados alrededor de un número considerable de puntos centrales, que son verdaderos folículos tuberculosos. Se ven en ellas una ó muchas células gigantes características, en el interior de las cuales, el método de Koch permite percibir algunos bacilos tuberculosos raros.

La infiltración embrionaria se irradia alrededor de estas masas de células gigantes, é invade más ó menos los órganos situados en la región submucosa (glándulas arracimadas, fibras musculares, vasos y nervios). Por lo general, no se ven indicios de degeneración caseosa de las masas foliculares.

Se trata, pues, de una faringitis tuberculosa subaguda, acaso aguda, y difusa por la totalidad del espesor de la mucosa faríngea. Desde el punto de vista histológico, puede llamarse este proceso *infiltración tuberculosa aguda exulcerosa*, sin tendencia manifiesta á la caseificación de las capas tuberculosas infiltradas.

La mejor prueba que puede darse en favor de esta explicación, se encuentra en el estado del tejido reticulado que constituye las amígdalas.

En todo el espesor del dermis, así tuberculizado é inflamado, apenas puede reconocerse la estructura fundamental de la membrana, pues los elementos embrionarios disocian las mallas fibrosas y ocultan los vasos; sólo las células gigantes se destacan sobre la masa embrionaria, siendo fácilmente reconocibles por su brillo (picrocarmin), por su forma y por la riqueza de su corona nuclear.

Las capas submucosas no ofrecen menor interés. Las glándulas arracimadas, que en gran número de puntos cubren la mucosa faríngea, presentan una enorme dilatación de sus conductos excretores. Los acini glandulares parecen poco alterados, aunque sus epitelios claros se ven desviados y aplanados. De trecho en trecho, las capas de células embrionarias aparecen infiltradas en el tejido conjuntivo interglandular; sin embargo, en alguno de sus puntos no se encuentran folículos tuberculosos característicos, ni tampoco bacilos de Koch, mientras que el interior de los acini suele estar lleno de micro-organismos (*coccus* y *bacillus*).

Otras veces el proceso de inflamación intersticial ha disociado de tal modo los fondos de saco glandulares, llenando los espacios con mallas fibroideas ó elementos embrionarios, que parece ha desaparecido toda la glándula.

Esta perturbación glandular no es siempre total: en ocasiones sólo se trata de una porción circunscrita ó bastante extensa de una glándula acinosa, que sufre así una especie de atelectasia parcial.

Los vasos arteriales y venosos submucosos aparecen á primera vista poco alterados. Sin embargo, algunas arteriolas están rodeadas de anchos manguitos embrionarios y ofrecen quizá un ligero estrechamiento de su calibre. En cambio, los espacios linfáticos intermusculares aparecen ampliamente infiltrados de elementos embrionarios, sin que un examen atento permita reconocer masas caseosas ó células gigantes, ni tampoco bacilos de Koch.

En cuanto á los haces musculares, están siempre muy bien conservados, excepto en algunos puntos.

Los filetes nerviosos parecen también un punto de concentración para los islotes embrionarios que les forman gruesos manguitos periféricos, sin destruir la cohesión de los filetes nerviosos reunidos en haces. Los detalles que preceden tienen importancia real, desde el punto de vista de la fisiología patológica de la faringe. Las lesiones de la mucosa, seguramente tuberculosas, como lo demuestran la presencia de los bacilos de Koch y la aglomeración de células gigantes en medio de los tejidos inflamados, contrastan con la extraordinaria rareza de los gérmenes patógenos específicos, demostrada por la técnica más meticulosa. En cambio, la multiplicidad de los micro-organismos más diversos en el seno de la mucosa enferma tiene, al parecer, valor patogénico capital. Bajo una influencia morbígena, difícil de determinar, pero probablemente compleja, se ha desarrollado la tuberculosis en una mucosa buco-faríngea muy vulnerable, quizá adulterada ya por cultivos sucesivos de gérmenes patógenos llevados á la boca por el aire ó los alimentos.

Este proceso cooperativo de los gérmenes específicos y los de otra índole no tiene nada de extraordinario: se observa á cada paso, no sólo en las diversas localizaciones de la tuberculosis aguda ó crónica, sino también en multitud de enfermedades infecciosas.

TRATAMIENTO.— La enfermedad que nos ocupa reclama una intervención terapéutica enérgica: así, la termocauterización profunda y repetida ha dado resultados satisfactorios. Á esto se limita, por lo demás, el tratamiento general; se han ensayado, sin ninguna ventaja, las insuflaciones de iodoformo, las de ácido bórico, etc.

En cuanto al *tratamiento general*, puede decirse que es nulo, porque

hay que luchar con la dificultad de la deglución, y, por consiguiente, la imposibilidad de ingerir alimentos, que acaso sirvieran para detener el proceso tuberculoso. Tendremos que contentarnos, pues, con un *tratamiento paliativo*. La alimentación con leche y otras sustancias líquidas, acaso las lavativas nutritivas y los toques frecuentes (cuatro ó cinco veces al día) con una disolución glicerizada de morfina (1 por 25) ó de cocaína (1 por 50), ó ambas combinadas: á esto se reduce la terapéutica de la tuberculosis miliar aguda de la faringe.

LUPUS Y LEPROSA DE LA FARINGE

La primera de estas afecciones, cuando se presenta en la garganta, está tan íntimamente relacionada con un estado patológico semejante de la laringe, que no merece aquí descripción especial.

La *lepra* de la faringe es muy rara en nuestros climas. Sin embargo, Browne pudo ver algunos casos que le enseñó Dickson en el Hospital de Cape-Town, en la colonia del Cabo de Buena Esperanza. Su descripción es semejante á la del lupus, y hay también dos signos distintivos, á saber: las manifestaciones cutáneas primitivas y una persistencia de cicatrices indelebiles en pos de la curación. En los grados avanzados de la enfermedad, el pronóstico es esencialmente funesto.

Recomiendo la lectura de la nota adicional al capítulo *Lepra de la laringe* por ser un precioso y extenso trabajo sobre esta enfermedad, en las primeras vías respiratorias, debido al Dr. Sota y Lastra.

NEUROSIS DE LA FARINGE Y DEL ISTMO DE LAS FAUCES

No es raro encontrar afecciones nerviosas del velo palatino y de la faringe, que á menudo se presentan bajo la forma de síntomas concomitantes ó de complicaciones de enfermedades diversas de estos puntos. Pueden dividirse estas neurosis en *sensitivas* y *motrices*.

1. — PERTURBACIONES SENSITIVAS

La *anestesia* de la mucosa faríngea se ve algunas veces en el *tifus* y en el *cólera*, lo mismo que en la *parálisis* y en ciertas formas de *locura*. Según investigaciones de Crichton y de Lennox-Browne, entre 50 enfermos de enajenación mental parecía que la excitabilidad refleja de la faringe estaba disminuída desde el principio mismo de la enfermedad, aun antes de que aparecieran las perturbaciones motrices. La anestesia de la faringe se observa también á veces en el curso de la *epilepsia*, como consecuencia de una parálisis del neumo-gástrico ó del glosso-faríngeo.

En todos estos casos, la neurosis es de origen central. Entre las de origen periférico, las más comunes son las parálisis que siguen á la difteria y las que se observan á consecuencia de las cicatrizaciones sífilíticas. Las cicatrices del lupus y de la lepra conservan, según parece, su sensibilidad. El histerismo es también causa frecuente de anestesia faríngea. Por último, se puede provocar artificialmente esta pérdida de sensibilidad por la acción del hielo ó del frío intenso y de ciertos medicamentos, como el cloroformo, los bromuros de potasio, de sodio y de amonio, la morfina y sobre todos la cocaína.

La hiperestesia de la faringe no existe, propiamente hablando, como verdadera enfermedad; pero no es raro encontrar una sensibilidad exagerada de esta región, debida á la proximidad de la úvula ó á cualquiera otra causa de irritación. En ciertos casos de faringitis aguda, puede observarse también una sensibilidad exagerada, debida á la irritación refleja; y ésta es también una de las dificultades más frecuentes del examen laringoscópico.

La *parestesia* ó sensibilidad anormal de la faringe es muy común. Browne, aunque disintiendo de muchos autores, cree que esa perturbación de la sensibilidad es siempre sintomática de una afección que, por lo demás, puede pasar inadvertida más ó menos tiempo. Las sensaciones que los enfermos acusan las más de las veces son de calor, pinchazos, peso, hinchazón, presencia de un cuerpo extraño (bolo histerico). Como conclusión de numerosas investigaciones hechas de acuerdo con Dundas Grant, cree el Dr. Browne que los casos puramente histericos son muy raros. Dichos observadores presentaron comunicaciones acerca de este punto al Congreso internacional de Laringología de Milán (1880) y á la Sociedad médica de Filadelfia (1887).

He aquí, por orden de frecuencia, los estados patológicos que suelen encontrarse en esos casos de pretendido *histerismo*:

1.º *Varices de la base de la lengua*. — Estas varices dependen: 1.º, de una neurosis general ó local y debida á menudo en la mujer á la menorragia ó á la amenorrea; 2.º, en el hombre, del alcoholismo. Por lo demás, es frecuente ver en estos casos, como síntoma concomitante, varicoceles ó varices de los miembros inferiores. Para ver bien esas varices de la lengua, hay que levantar el espejo laringoscópico todo lo posible. Según Dickson, el estado varicoso de las venas ranina y lingual, situadas debajo de la lengua, constituye un síntoma de cierto valor para el diagnóstico de las lesiones hemorrágicas del cerebro y de la debilidad cardíaca.

2.º *La hipertrofia de la amígdala lingual*, á menudo debida á la dispepsia, y que puede producir lo que Cohen llama *engarzamiento* ó *engatillamiento* de la epiglotis.

3.º Conviene citar asimismo el *aumento de volumen* y la *sensibilidad*

exagerada de la *glándula tiroides*. En estas circunstancias, puede percibirse, por la simple palpación de la región, un estremecimiento venoso particular.

La causa primera de esta hipertrofia del tejido linfoide de la base de la lengua es, al parecer, la misma que para el tejido glandular de la faringe y del istmo de las fauces, á saber: la introducción de microorganismos en los líquidos de la boca, y los fenómenos que resultan de su reproducción. Browne dice haber visto, en ciertos casos de angina reumática ó septicémica, una obstrucción completa de las lagunas de la base de la lengua, recordando con bastante exactitud lo que se ve á menudo en las amígdalas del istmo de las fauces y que se ha descrito con los nombres de inflamación foliular ó angina ulcerosa.

Es indudable que todas estas sensaciones anormales son más comunes en la mujer que en el hombre; pero no por eso hay que considerarlas siempre como resultado de un estado hipocondríaco ó como fantasía de la imaginación.

El *sabor de sangre* en la boca, al despertar, es otro síntoma que algunos autores colocan entre las sensaciones anormales; pero no falta quien cree que en estos casos existe siempre una pequeña ruptura venosa, que tiene quizá su punto de partida en las varicosidades que acabamos de describir.

Consiste el *tratamiento* en modificar la naturaleza de las secreciones bucales y en destruir los tejidos exuberantes, bien con el galvanocauterio (es preferible que tenga la punta de porcelana), bien con el asa galvánica. El nitrato de plata es un cáustico insuficiente, y el ácido crómico resulta peligroso en estos casos.

2. — NEURALGIA DE LA FARINGE

La neuralgia de la faringe puede sobrevenir bajo la influencia de las mismas causas que en cualquier otro punto del cuerpo, y cede mejor á un tratamiento general que al local. Es una afección rara; sin embargo, he visto casos en que el dolor característico era muy intenso, remitente y análogo á la neuralgia del quinto par ó del ciático, pero sin síntomas visibles de inflamación; se llegó por exclusión á diagnosticar esas neuralgias, y el tratamiento vino á comprobar ese juicio.

Como todas estas afecciones nerviosas, las neuralgias son más comunes en la mujer que en el hombre; á menudo están relacionadas con la menorragia ó la amenorrea.

Respecto al *tratamiento*, en las diversas formas de neurosis se procurará, ante todo, suprimir la causa. En ciertos casos de anestesia muy

marcada será preciso recurrir á la alimentación artificial para evitar el paso de los alimentos á las vías aéreas. Los principales agentes terapéuticos á que puede recurrirse son la faradización, las inyecciones subcutáneas de estriquina, el hierro, la quina y los tónicos. Las fricciones y el masaje pueden ser también muy útiles.

En los casos en que la hiperestesia impide el examen laringoscópico, bastará suprimir la causa del mal, cuando resida, por ejemplo, en la prociencia de la úvula, ó bien practicar toques anestésicos con líquidos medicinales, entre ellos la cocaína.

El tratamiento de la parestesia depende, indudablemente, del diagnóstico. Si se observa un estado varicoso de la lengua, se destruirá el tejido enfermo con el galvanocauterio, utilizando antes la cocaína. Si el médico no tiene á su disposición una pila, preferirá el nitrato ácido de mercurio. Á veces, si hay mala dentadura, convendrá llamar al dentista, no sólo para obtener un alivio inmediato, sino también para evitar el peligro posible de modificación maligna de la superficie de ulceración. Otras veces darán buenos resultados las inyecciones subcutáneas de estriquina, la faradización con un electrodo introducido en el esófago, etc.

3. — PARÁLISIS MOTRICES

El *espasmo* de la faringe, que en realidad constituye una neurosis motriz, no es á menudo más que un sintoma subjetivo. Se observa, en grados diversos, en el curso de las *faringitis agudas* simples y en la *hidrofobia*. Una forma más benigna de espasmo resulta á veces de la masticación incompleta por falta de dientes. Se distinguirá el simple espasmo de una estrechez orgánica, porque en el primer caso sólo existe una dificultad mayor ó menor para deglutir, independiente de la naturaleza sólida ó líquida de los alimentos, y no imposibilidad absoluta, como en el segundo caso. Un sintoma diferencial de esta forma de disfagia (Browne) consiste en la atrofia más ó menos marcada de los músculos masticadores, fácil de apreciar por la exploración, colocando de plano la mano sobre los músculos maséteros y temporales. No sucede lo mismo en la estrechez orgánica con conservación de los dientes, y, por lo tanto, de la masticación. En ocasiones se podrá completar el diagnóstico con la sonda esofágica ó con el mismo dedo. La *faringitis crónica* se complica también á veces con espasmo; pero éste es, sobre todo, frecuente en los casos de *bolo histérico*.

La *parálisis motriz* de la faringe suele ser de origen central y reconoce por causa las lesiones del cerebro ó del neumo-gástrico. Cuando es de origen periférico, sucede á menudo á las diversas enfermedades por extenuación, y, sobre todo, á la difteria. La paresia y la parálisis

del velo palatino están relacionadas muchas veces con la procidencia de la lengua ó con la inflamación catarral aguda de los pilares.

El *pronóstico* de estas parálisis es favorable, salvo los casos de origen central.

En cuanto al *tratamiento*, en los casos de parálisis de origen periférico se recurrirá á los tónicos generales, lo mismo que á la aplicación local de la faradización, las inyecciones hipodérmicas de estriénina y la alimentación con sustancias semiliquidas.

NEOPLASMAS DE LA FARINGE

Los tumores faríngeos observados y estudiados hasta hoy son: papilomas, fibromas, lipomas, sarcomas y carcinomas.

Los más frecuentes son los *papilomas*. De volumen variable, pero nunca mayor que el de una cereza, se les ha visto en los pilares, en las amígdalas y en la pared posterior de la faringe. Luschka, Sommerbrodt y Mackenzie han referido casos de este género. Massei dice haber visto varios papilomas de los pilares y de las amígdalas y uno solo de la faringe.

Los *fibromas* pertenecen ya al grupo de las excepciones. El Museo del Real Colegio de Cirujanos de Londres conserva dos ejemplos de tumores fibroides pedunculados (Mackenzie). Uno de ellos, semejante á un pólipo mucoso nasal, estaba implantado detrás de la amígdala por un fino pedículo; tenía 7 centímetros de largo y 2 de ancho. El otro, de forma esférica, irregular, mucho mayor, cubierto por la mucosa ulcerada en algunos puntos, inserto á la faringe por un pedículo. Ambos fueron extirpados durante la vida. Voltolini refiere un caso de pequeño fibroma. Massei vió un enorme fibroma de la pared posterior y lateral de la faringe, implantado en el mismo límite esofágico, del tamaño de un huevo de gallina, regular en sus contornos, casi redondo; aparecía en la parte alta de la faringe cuando el enfermo hacia esfuerzos para vomitar ó toser.

Los *lipomas* pueden adquirir considerable volumen, según lo demuestra una observación de Barnard Holt. Se trataba de un neoplasma de más de 27 centímetros de largo, que partiendo de la epiglotis y faringe, colgaba dentro del esófago. El enfermo, de ochenta años, sólo se sofocaba al vomitar: murió repentinamente mientras fumaba.

Fischer ha referido un caso de *sarcoma* que se extendía desde la base del cráneo al cartilago cricoides; y Massei describe en su obra otra rara observación de *sarcoma melanósico*. «Tratábase de un individuo robusto y joven, que algunos meses antes de venir á mi consulta había ido á la clínica de cierto eminente cirujano, con un pequeño tumor, bien limitado, de la pared posterior de la faringe. Dicho operador

extirpó el neoplasma por la torsión. Observado por mí algunos meses después de la operación, toda la pared posterior de la porción oral de la faringe y el pilar posterior derecho habían perdido su aspecto normal. Aquella parte presentaba los caracteres de un pulmón congestionado. Su color rojo se había tornado lívido, con manchas claras, blanquecinas en algunos puntos, oscuras en otros. El examen rinoscópico y el laringoscópico demostraron que el pulmón se extendía hacia arriba y hacia abajo. Sangraba al menor contacto, era indolente, acompañado de infartos ganglionares y producía algunas molestias al tragar. Excindidos varios trocitos de la parte más prominente, hacia el pilar posterior de la derecha, fueron sometidos á detenido examen histológico, y el profesor Armani me dijo que se trataba de un sarcoma fuso-celular, rico en pigmento. Otro caso de sarcoma parvicelular fué operado por mí. El individuo era sífilítico, con manifestaciones laringeas. Ante nuestros ojos, mientras curaba la lesión sífilítica, se desarrolló en la faringe un tumor como una almendra, que se ulceró y fué enucleado casi espontáneamente la primera vez; pero después, al reproducirse, mató en poco tiempo á aquel infeliz.»

Los puntos de origen de los tumores que nos ocupan son, según Busch, la mucosa, el tejido conjuntivo, los ganglios linfáticos, y el periostio.

El *carcinoma primario* ha sido observado en la pared de la faringe y en las amígdalas. Raro en la boca, suele, en cambio, desarrollarse en la pared posterior, desde donde invade fácilmente la laringe. Aunque se han visto casos de epiteloma, la forma que predomina es la de escirro. Massei dice que en toda su práctica ha visto cuatro ó cinco veces el escirro de las amígdalas, dos el encefaloide y tres el epiteloma de la faringe. La masa de nueva formación, dura, más ó menos extensa, con límites poco marcados, puede estar cubierta por una mucosa íntegra. Con el tiempo, aumentan la dureza y la extensión, y sobreviene la fase ulcerante. La superficie rojiza ó gris, según los casos, está cubierta de sanies, la cual se acumula en las anfractuosidades que dejan entre sí las vegetaciones fungosas procedentes del foco ulcerante. Las abundantes comunicaciones con los linfáticos del cuello dan lugar á una tumefacción ganglionar, especialmente de los ganglios submaxilares.

Cuando la neoplasia se extiende, en términos que está interesada toda la cavidad naso-faríngea y hasta la laringe, no es posible determinar con exactitud el punto de origen.

En la porción laringea de la faringe predomina el epiteloma, de color blanco grisáceo. Por el examen laringoscópico se ven, al nivel de los aritenoides, numerosas vegetaciones, en torno de las cuales la mucosa está enrojecida é hinchada. Algunas veces su punto de partida es la fosa innominada, no siendo raro que esté comprometida la laringe,

aunque la lesión respete los ganglios cervicales. El epiteloma de la faringe presenta en ocasiones la forma superficial, que se llama cicatrizante. Uno de los casos vistos por Massei era de este género: tratabase de un viejo pero robusto calabrés, en quien la curación de los puntos ulcerados hizo pensar á dicho autor en la existencia de la sífilis.

SÍNTOMAS. — La sintomatología, por el lado práctico, justifica la distinción entre los tumores benignos y malignos. En general, puede afirmarse que mientras los papilomas y los fibromas, los lipomas y hasta los sarcomas, cuando permanecen dentro de ciertos límites, sólo producen molestias puramente locales, el escirro y el epiteloma pueden repercutir en toda la economía.

El sitio del neoplasma y su volumen explican la existencia de ciertos trastornos funcionales y la falta de otros.

Si el tumor es pedunculado, voluminoso, en términos que con los movimientos de la faringe llega á obstruir la laringe (como en el caso antes citado de lipoma) sobrevienen accesos de sofocación, los cuales se repiten con forma accasional. No es necesario para esto que el tumor sea perfectamente pediculado: basta que crezca mucho y sea movable. El timbre de la voz se hace *nasal*, cuando el neoplasma voluminoso intercepta la libre comunicación con la cavidad nasofaríngea.

Por el contrario, los tumores pequeños, insertos sobre el velo, las amígdalas ó la pared posterior de la faringe, permanecen mucho tiempo inadvertidos, silenciosos, hasta que un día llegan á molestar al paciente y entonces son ya voluminosos y perfectamente formados.

Puede suceder asimismo que el enfermo experimente sensaciones subjetivas indeterminadas y se vea molestado por la tos: dos hechos que, sin la inspección directa, no harían pensar en un tumor y que se explican muy bien por razones mecánicas. Basta para producir la tos que el tumor se alargue hasta tocar la laringe ó esté suspendido por delgado pedículo.

No sucede esto cuando los neoplasmas siguen una evolución rápida. Las molestias locales provocadas por el tejido de nueva formación se unen, en las fases ulcerantes, á ciertos síntomas graves. Téngase en cuenta una paradoja que entonces se observa: la úlcera, destruyendo el tejido neoplásico, crea fenómenos nuevos; pero al mismo tiempo modera los antiguos.

Uno de los síntomas más evidentes es el *dolor*, que ofrece el carácter de verdadera neuralgia, y se exacerba cuando el enfermo quiere deglutir, difundiéndose casi siempre por los oídos.

La expectoración se hace abundante, pútrida, el aliento exhala olor fétido. El infarto creciente de las partes infiltradas dificulta la

respiración, sobre todo la nasal. La voz se hace *gruesa*; la articulación de los sonidos, indistinta; la resonancia, nasal.

Los síntomas se modifican, acentuándose algunos, desapareciendo otros. Cuando el carcinoma, por ejemplo, tiene su asiento en la porción laríngea de la faringe, con difusión á la laringe, hay laringo-estenosis y grave disfagia; pero si esto no sucede, aunque haya sido atacada la porción más baja, los síntomas se confunden con los del carcinoma esofágico, y la disfagia no alcanza proporciones tan extraordinarias como en el caso precedente.

Los síntomas generales son los de la caquexia progresiva, que aumenta por las pérdidas de sangre y por la difícil alimentación.

Los ganglios del cuello se hinchan, á veces en grado notable, y esto, unido al infarto de los tejidos, al acúmulo de las secreciones densas, fétidas y tenaces, condena á tan desgraciados enfermos al mutismo y á la inacción.

DIAGNÓSTICO. — No es menester discutir el valor de la exploración directa, completada con el examen rinoscópico y laringoscópico, para formar idea exacta de la extensión ó limitación del proceso. Tales síntomas son comunes á muchas enfermedades; fundar en ellos el diagnóstico podría dar lugar á muchos errores. La sífilis gomosa puede confundirse con los neoplasmas malignos: Massei creyó que se trataba de un goma, cuando en realidad el enfermo en cuestión padecía un sarcoma; y otra vez el epitelioma cicatricial le hizo temer la sífilis. Mackenzie advierte que los carcinomas enquistados pueden confundirse con el fibroma, y que sólo el tiempo asegura el diagnóstico.

PRONÓSTICO. — Variará según la naturaleza del neoplasma, y por lo que se refiere á la duración, según los síntomas más urgentes, es decir, la dispnea y la disfagia, por razones que no hay que enumerar siquiera.

TRATAMIENTO. — Extirpar el neoplasma constituye la indicación más racional. La operación es fácil y suele ir seguida de éxito felicísimo cuando el tumor es pequeño y de índole benigna; en el caso contrario, se suele reproducir. Puede hacerse la torsión en el tumor, excindirlo, extirparlo con el asa simple ó candente; puede pensarse en cauterizar su base, ó en destruirlo con el galvanocauterio ó las pastas cáusticas. En suma, á los tumores de la faringe pueden aplicarse las mismas reglas terapéuticas que á los tumores en general. Si el tumor, aunque benigno, es voluminoso, vascular ó implantado sobre ancha base, la operación resulta más complicada: la hemorragia y los peligros de la sofocación son dos hechos que entonces deben temerse. Para evitar la

primera, servirá la pericia del operador, la lentitud y la prudencia; para prevenir la segunda, sirve la traqueotomía.

La resección de la faringe, en los casos de neoplasma de curso rápido, es operación que, con el desarrollo moderno de la cirugía, se ha intentado ya varias veces como medio radical. Las grandes operaciones colman siempre de justa admiración al que las hace, pero no siempre satisfacen todas las exigencias científicas. Por desgracia, cuando la infiltración del tejido no permite establecer límites evidentes, se observa la reproducción, á pesar de la mayor habilidad del cirujano. Por eso cree Massei que antes de empuñar el bisturí debemos estar muy convencidos de sus positivas ventajas.

Entre los medios *paliativos* merecen mención la *traqueotomía* y la *alimentación artificial*; la primera cuando hay peligro de sofocación, la segunda en los casos de disfagia. ¿Es preferible la sonda esofágica ó el enteroclima? La respuesta variará en cada caso particular. Se preferirá la sonda, si es posible introducirla sin grandes obstáculos. El aparato de Dujardin-Beaumez es muy útil en ocasiones. Para facilitar la respiración y la deglución podrá estar indicada la excisión parcial del tumor, principalmente con el asa galvánica. Las inyecciones hipodérmicas de morfina serán útiles para combatir las neuralgias molestísimas que acompañan al cáncer de la faringe.

DILATACIÓN DE LA FARINGE

La cavidad de la faringe, aunque muy rara vez, está expuesta á la dilatación, la cual puede ser total ó parcial.

La región inferior es la que con más frecuencia aparece dilatada, y en esos casos suele estarlo al mismo tiempo el conducto esofágico.

Según Morell-Mackenzie — cuyo artículo acerca de la dilatación de la faringe, en su obra clásica, es muy interesante — esta enfermedad, llamada también *faringocele* ó *divertículo*, resulta cuando, estrechada la parte más alta del infundíbulo, se dilatan notablemente el esófago y la región inferior de la faringe misma. La dilatación puede ser de todo el ámbito; pero más á menudo es parcial, limitada á una porción que, empujada en una ú otra dirección, forma una especie de saco, una verdadera hernia, un divertículo. Las capas que la forman son solamente el tejido mucoso ó submucoso, mientras que las fibras musculares, ensanchadas, no corren la misma suerte.

Estos divertículos suelen inclinarse hacia atrás ó hacia abajo, formando capas entre el esófago y la columna vertebral. En ocasiones llegan á constituir verdaderos tumores á los lados del cuello; según Rokitansky, pueden ser su causa pequeños cuerpos extraños encajados en la faringe. En un caso referido por este autor se encontró un an-

gostamiento superior (por engrosamiento de la mucosa de la cámara posterior de la boca y edema laríngeo) y el nivel del constrictor inferior formaba la mucosa un divertículo de cerca de 7 centímetros de largo, que sobresalía entre las fibras del mismo músculo. Este saco se abría directamente en el esófago: cuando se intentaba introducir una sonda, caía en el divertículo y quedaba envuelta por la capa celular del mismo. Se veían algunas escasas fibras musculares, pálidas: al abrir el saco se encontró el esófago estrecho y el resto del conducto atrofiado.

Poco se sabe de seguro sobre la génesis de la dilatación faríngea. Como dice Mackenzie, conviene admitir un estado de menor resistencia en cualquier punto de la pared faríngea, por el cual cede á determinadas violencias, casi siempre de un modo lento y gradual. Mackenzie, que ha tenido ocasión de observar algunos casos de esta enfermedad, formula conclusiones que á Massei le parecen preciosas y muy lógicas. Cree que existe una disposición especial en aquellos que, teniendo tejidos débiles y flácidos, acostumbran tragar los alimentos sin mascarlos bien, ingiriendo quizá mayor cantidad de alimentos sólidos de la que cabe en el conducto.

Por lo demás, los divertículos pueden ser congénitos, y entonces representan vicios de formación, probablemente restos de los espacios branquiales.

SINTOMAS. — Se comprende desde luego que los síntomas morbosos se referirán sobre todo á la esfera de la deglución. La disfagia será el primer fenómeno notable cuando las sustancias alimenticias se detienen en el divertículo; por lo general, esa disfagia va acompañada de dolores y de un hecho palpable real: el tumor sólido que aparece temporalmente á los lados del cuello. Si el divertículo existe entre la columna cervical y el esófago, se comprende que el acúmulo de alimentos obstruye por completo la vía digestiva, y entonces el cuadro morbosos se parece bastante al de la estenosis esofágica. Aquellos síntomas se disipan y vuelve el bienestar, cuando el saco se vacía y se restablece la permeabilidad del conducto. En otros términos, según que el divertículo esté lleno ó vacío, experimentará el enfermo sensación de cuerpo extraño ó notará cierta mejoría.

Dice Mackenzie — y Massei es de la misma opinión — que hasta ahora no se sabe exactamente cómo se vacía el divertículo: el acto semeja al vómito, pero no es el verdadero vómito, porque faltan la náusea y los conatos característicos. La emisión de los alimentos puede ser gradual, como si se tratara de una rumiación. Asimismo es posible que durante la expulsión de los alimentos, algunas partículas de éstos caigan en la laringe y en las vías respiratorias, desarrollándose sínto-

mas graves de laringo-estenosis, ó una forma de pulmonía que los alemanes, con mucha oportunidad, llaman *Schluchypneumonie* (pulmonía *ab ingestio*). En ocasiones, las paredes del saco, inflamadas, provocan una adhesión no exenta de peligros, y especialmente de la difusión de los alimentos por el tejido celular de la pared posterior faríngea.

Es justo consignar, sin embargo, que hay casos en los cuales faltan los signos graves durante muchos años, y los enfermos pasan la vida relativamente bien, sobre todo cuando, conociendo su estado, prefieren instintivamente la alimentación líquida.

DIAGNÓSTICO. — Una vez fijada la atención en los signos especiales y curiosos del divertículo, sólo cabe confundirlo con la estenosis esofágica. El examen faringoscópico y el reconocimiento con la sonda vendrían en ayuda de este diagnóstico, presentando algunas veces ante nuestros ojos la verdadera lesión: la sonda permitirá reconocer la forma, volumen y extensión del divertículo.

Si se vacía el saco, comprimiendo sobre los lados del cuello, tendremos un dato más en pro de la dilatación.

Por último, habrá que tener en cuenta los antecedentes y el examen del material vomitado, casi siempre constituido por partículas de alimentos no digeridos.

PRONÓSTICO. — Debe estar subordinado á las especiales condiciones relativas á la nutrición; será benigno, si el enfermo soporta bien la vida, á pesar de su divertículo. Este es el principal fundamento para el pronóstico, pues la terapéutica, como se comprende desde luego, es impotente, ó cuando más, paliativa.

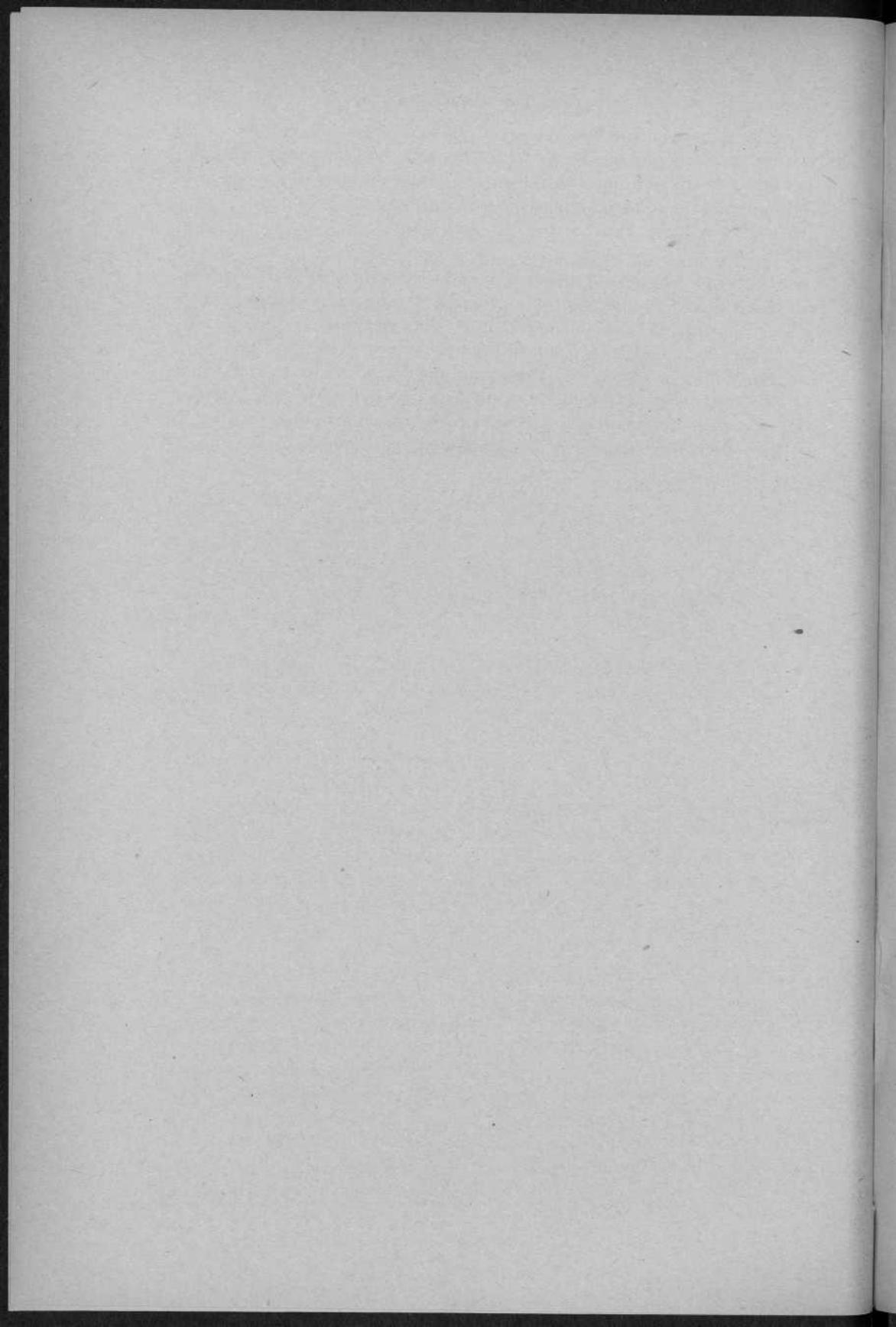
TRATAMIENTO. — Conviene, desde el punto de vista terapéutico, distinguir los casos leves de dilatación faríngea acompañada de estenosis del esófago: en estos casos, la idea racional de exagerar la función muscular de los constrictores, encuentra su aplicación práctica en la electricidad. Si el divertículo es voluminoso y bien formado, el paciente sabe, por experiencia, que para vaciarlo basta la presión ejercida con sus dedos. Según Mackenzie, la presión digital en el lado del cuello opuesto á aquel en que existe el divertículo, facilita la deglución. Por eso aconseja á los pacientes que lleven un compresor rígido convenientemente aplicado sobre el saco.

Con todo, hay que estar preparados para combatir los síntomas graves que puedan presentarse.

El tratamiento radical podrá intentarse cuando sea fácil abrir el saco y éste tenga pocas dimensiones, pues una aplicación metódica del galvanocauterio favorecería la cicatrización. En casos de mayor

importancia, en que hay que hacer una gran operación, el tratamiento radical podrá proponerse la excisión del saco (esofagotomía y excisión), teniendo cuidado de reunir bien los bordes de la herida y vigilar la cicatrización, alimentando al operado con la sonda esofágica.

Terminado todo lo concerniente á la *Patología de la faringe* con las notas precedentes, según tenía ofrecido, pasamos ahora á estudiar *la de la laringe*, tal cual lo hace el autor, sin intercalar ninguna á propósito de la anatomía, fisiología, semeiología, etc., toda vez que ya el Dr. Moure, en el prólogo ó introducción á sus LECCIONES SOBRE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINGE, que son las que traducimos, advierte se ocupará de cada una de aquellas partes, relacionándolas con las diferentes enfermedades.] — DR. C. COMPAIRD.



Desórdenes de la circulación.

I. Anemia. — II. Congestión. — III. Hemorragia.

Sumario. — Los desórdenes de la circulación laríngea han sido poco estudiados. — La anemia es frecuentemente el síntoma inicial de la tuberculosis pulmonar ó laríngea. — Hiperhemia: sus causas; influencia de las diátesis en su producción; su importancia en los oradores y cantantes. — Hemorragias: se han descrito en estos últimos años. — El término "laringitis hemorrágica," es impropio. — Hemorragias difusas y circunscritas. — Laringorragias. — Tratamiento de los desórdenes de la circulación.

Vamos á ocuparnos ahora de los dos grandes desórdenes de la circulación de la laringe: la *anemia* y la *congestión*; dos capítulos de patología laríngea que no se encuentran en los autores, ni tampoco en las obras especiales. Apenas si los Dres. Krishaber y Peter han aludido á esta materia, en su artículo del *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

I. ANEMIA. — La anemia de la mucosa vocal se observa principalmente en la clorosis, donde alcanza casi todo su máximum. Así es que, en las cloróticas, la mucosa de las cuerdas está lejos de presentar el aspecto nacarado tan conocido. Las cuerdas vocales tienen una coloración sucia, pálida, y pierden su apariencia lisa y reluciente, que las distingue tan bien en el estado normal del resto de la mucosa; las bandas ventriculares, los repliegues arriepiglóticos y todo el órgano difieren poco, como coloración, de la de las cuerdas vocales.

La anemia del órgano vocal reviste una grande importancia desde el punto de vista del diagnóstico de la tuberculosis. Los autores ingleses, y sobre todo Lennox-Browne, insisten en esta palidez del principio de la tisis laríngea ó pulmonar, porque mientras frecuentemente ella constituye el único síntoma de la afección diatésica, los demás

signos permanecen absolutamente negativos durante un lapso de tiempo más ó menos variable. En razón de su importancia práctica, reclamo la atención sobre este hecho, que es bueno conocer. Juzgo inútil advertir que es bastante habitual ver la decoloración de la mucosa, de los pilares, úvula y de la faringe, coincidir con la anemia general.

II. HIPERHEMIA. CONGESTIÓN. — La hiperhemia de la laringe presenta mayor interés que la anemia. El Dr. Joal, único autor que ha consagrado á esta dolencia un estudio interesante, hace notar que apenas se habla de ella en los tratados y artículos especiales; únicamente el libro de Mandl contiene un párrafo bastante largo, relativo á este punto.

Las fluxiones laríngeas pueden presentarse bajo dos formas: pasivas ó activas. La hiperhemia pasiva se asocia á las enfermedades del corazón, á las dolencias crónicas del tubo digestivo, á los desórdenes mecánicos (compresión de los diversos vasos de la circulación de retorno), y suelen deberse á un estado discrásico de la sangre, á la hemofilia.

La hiperhemia activa se considera alguna vez como el síndrome de una afección general; así que no es raro verla aparecer en el curso ó al principio de las fiebres eruptivas, en los cambios bruscos de temperatura, ó destemples atmosféricos, ó cuando se enfrían vivamente el cuello ó los pies. La inhalación de ciertos polvos ó de ciertos vapores irritantes, el humo del tabaco, las manifestaciones agudas del alcoholismo, entran en el número de sus causas. Citemos asimismo, entre las predisponentes, ciertas profesiones (predicadores, oradores, abogados), en las que la hiperhemia de la laringe procede, ya de esfuerzos vocales exagerados, ya de usar la palabra en medio de una corriente de aire, en el aire ambiente ó en las orillas del mar. Los artistas líricos que no cantan en sus registros están expuestos á contraerla, y particularmente en este punto puedo añadir que, en especial, en las personas que cantan en el registro grave notas que no están en su voz, se comprueban fácilmente hiperhemias pasajeras, por lo menos al principio.

Ciertas mujeres tienen congestión laríngea en el período catamenial, lo cual demuestra la íntima relación que existe entre el órgano de la voz y las partes genitales. Alguna vez también, en las personas que se entregan á las excitaciones venéreas, se ve, como consecuencia, presentarse una tos y una ronquera que atestiguan una congestión laríngea pasajera. Estas relaciones de los órganos sexuales y de la laringe se conocen mucho tiempo ha, pues el Dr. Bennati, en 1832, y el Dr. Colombat, en 1838, en su *Traité des maladies des organes de la voix*, consagraron un capítulo á estos síntomas y ambos refieren hechos

concluyentes en este sentido. Recientemente, en 1881, el Dr. Bayer presentó al Congreso de Londres una comunicación sobre las relaciones entre la mucosa del útero y de la laringe, en la cual refiere, bajo su palabra, observaciones de hiperhemia ó de inflamación laríngea asociadas á las enfermedades del útero, y en las que el tratamiento demostró que al mismo tiempo que se curaron las afecciones de aquella viscera (ulceraciones, desviaciones del cuello de la matriz, etc.), se curaron las afecciones de la laringe.

La congestión laríngea se observa también como secuela de lesiones de la mucosa nasal, ya por propagación directa, ya como fenómeno reflejo. Tendremos ocasión de volver más adelante sobre esta etiología nasal de ciertas afecciones laríngeas. (Véase *Espasmos de la laringe*).

En el mismo orden de ideas cabe colocar el cambio ó transformación de la voz, acerca del cual, en 1879, hizo el Dr. Bergens un estudio, quizá incompleto, en su discurso inaugural.

Esta hiperhemia se observa igualmente en la tuberculosis, á título de manifestación diatésica, cuando se localiza en ciertos puntos del órgano vocal. En los artríticos sobrevienen asimismo verdaderas manifestaciones congestivas en la laringe, según las observaciones de Huchard y de Archambaud.

Está lejos de haberse demostrado que la sífilis predisponga á congestiones de la laringe, y me encuentro completamente dispuesto á rehusarle este papel.

No diré lo mismo de las diversas faringitis crónicas, y en particular de la faringitis granulosa, porque es de observación diaria ver frecuentes ronqueras, y durante un tiempo bastante corto, en los individuos atacados de esta afección.

Quédanme por citar otras causas susceptibles de producir la hiperhemia del órgano vocal. Me refiero á las congestiones medicamentosas de la laringe. Por su orden de frecuencia, el yoduro y el bromuro de potasio, la ipecacuana y los sulfurosos, tomados interiormente, producen en ciertos sujetos impresionables una congestión muy activa y una viva irritación, pasajera en general.

SÍNTOMAS. — Dos órdenes de síntomas se ofrecen en la hiperhemia laríngea: los unos subjetivos y los otros objetivos.

Los enfermos acusan casi siempre calor y picazón en la parte posterior de la garganta, sensación que produce una tos seca y por accesos, sin ningún trastorno respiratorio, por lo menos si no hay sufusión hemorrágica ó serosa con edema.

El calor y los trastornos vocales son los fenómenos predominantes. La voz pierde su timbre, es ronca, menos vibrante y cascada. Los can-

tantes, por ejemplo, no emiten la nota que quieren dar. Se encuentran más particularmente alterados el *medium*, ó sea lo que se llama, en términos de canto, el paso de la voz y el semitono. El cantante no ataca ciertas notas con dulzura, y tiene que hacer esfuerzos un tanto exagerados, para hacer el timbre completamente claro. En las mujeres (*soprano, mezzo-soprano*) y en los tenores, sobre todo en los tenores ligeros, los trastornos se marcan más cuando existe un poco de congestión. Otras veces, al cantar, la voz se debilita y se interrumpe. Finalmente, la afonía puede llegar á ser completa.

Cuanto á los síntomas objetivos, que revelará el examen laringoscópico, son: rubicundez del infundíbulo laríngeo, de las bandas ventriculares y de las cuerdas vocales, las cuales, rara vez rojas, están generalmente rosadas; apreciaremos también, pero sólo en los casos intensos, tumefacción de las bandas ventriculares, que á veces hasta llegan á ocultar parcialmente las cuerdas vocales. En otros casos más graves, hay parestias musculares, que algunos autores achacan á la congestión, pero que creo pudieran atribuirse con más razón á la misma causa, esto es, á la congestión y á la parálisis.

El *curso* de la dolencia varía bastante. Algunos enfermos no experimentan más que un simple ataque, que no repite más que á largos intervalos ó que no reaparece nunca. En otros, la congestión vuelve á intervalos regulares (*hiperhemia catamenial*); del mismo modo, la aparición puede ser irregular en las personas en que se debe á un abuso accidental de la voz.

Dura desde algunos minutos hasta algunas horas, como acontece en la congestión de los oradores y la que sobreviene por la mañana en la laringitis crónica.

La predisposición á las congestiones es un indicador de la mala circulación de la laringe, y, como consecuencia final, pueden los enfermos perder la voz, peligro á que están expuestos los cantantes que tienen que esforzarla.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de la congestión laríngea es absolutamente benigno, especialmente si el enfermo cumple las sencillas precauciones que su estado exige.

DIAGNÓSTICO.—Es fácil; todo lo más puede confundirse con la laringitis catarral aguda; pero el error se evita teniendo en cuenta el modo particular de desarrollarse esta última afección.

III. HEMORRAGIAS.—No es raro observar verdaderas extravasaciones sanguíneas, que algunos autores han tomado por laringitis hemorrágicas. Navratil y Fränkel, en 1874, refrieron casos de esta

indole, como también, después de ellos, acaban de hacer observaciones parecidas Sommerbrodt, Schnitzler y Stepanow. En 1876, Strubing prosiguió el trabajo de Stepanow; pero debo decir, en honor de la verdad, que hacía largo tiempo que Asomdl, en Francia (1872), señaló la posibilidad de las hemorragias laríngeas. En estos últimos años hanse hecho más numerosos los casos de este género. El Dr. Garel, Ruault, Compaired y yo mismo, hemos aportado ejemplos.

En América, Gleitsman y Eitelberg Morgan—para no citar más que algunos—observaron muchos casos. Pero, á pesar de todos estos hechos, no creo deban constituir las laringitis hemorrágicas un capítulo aparte. No veo la necesidad de designar con el nombre de *laringitis* una afección no inflamatoria de la mucosa vocal. Por regla general, lo que se observa es una hemorragia laríngea y no una *laringitis hemorrágica*. Razón por la cual me decido á describirla entre los desórdenes de la circulación de la mucosa, donde me parece debe colocarse. Estas hemorragias no son otra cosa, en efecto, más que una congestión de la mucosa llevada hasta sus últimos límites, y, en su consecuencia, deben confundirse en la misma descripción (1).

Las hemorragias laríngeas reconocen las mismas causas que la congestión, no habiendo entre ellas más que una diferencia de grado. Además, se las encuentra en los neurópatas, en los hemofílicos (casos de Garel), en las hemorragias suplementarias y, en la mujer, durante el período catamenial.

Sus síntomas no son más que los de la congestión llevada á sus límites extremos. El único carácter diferencial es la expectoración que, nula en la congestión, es de sangre ó sanguinolenta en la hemorragia.

Con el laringoscopio se comprueban todos los fenómenos de la más intensa congestión. Se perciben, en el examen, coágulos adherentes á las cuerdas vocales (Stepanow, Strubing). Sin embargo, sería ir demasiado lejos si se pretendiera tomar este síntoma como un signo patognomónico. Así, es mejor, después de haber desembarazado previamente de coágulos las cuerdas vocales, ya por medio de vaporizaciones, ya á beneficio de toques, buscar con exactitud los puntos en que las hemorragias se producen, valiéndose del laringoscopio. Encuéntrase rubicundez localizada ó difusa, tumefacción, equimosis, he-

(1) Véase, respecto de las "hemorragias laríngeas catameniales", mi folleto titulado "Dudas surgidas con motivo de dos casos de hemorragias laríngeas catameniales.. (publicado en "Bolletino delle malat. dell' orecchio etc., Aprile de 1891, y en la "Revista de Laringología, Otología y Rinología.., Diciembre de 1891, Barcelona), así como sobre "laringitis hemorrágica", mi artículo titulado "Caso de laringitis hemorrágica gripal.., publicado en el núm. 2 del "Boletín oficial del Colegio de Médicos de Madrid.., año 1896. — N. DEL T.

morragias submucosas, como lo he observado en los cantantes, en ciertos profesores y en pregoneros que habían forzado la voz. Citaré igualmente verdaderos tumores sanguíneos, así como verdaderos quistes, resultado de hemorragias intersticiales, submucosas, ó dilataciones varicosas en la superficie de las cuerdas vocales. Se observan asimismo parálisis, debidas probablemente, como he dicho poco ha, á la misma causa productora de la congestión.

Las hemorragias laringeas no pueden confundirse con las hemoptisis, que son más abundantes por punto general, bastando para diagnosticar estas últimas el examen de la cavidad torácica. Acaso sea más difícil la distinción con las hemorragias que tienen su origen en la base de la lengua; pero si se tiene mucho cuidado en conocer la integridad de las encías, por una parte, y el estado de la lengua, por otra, nos será fácil asegurarnos con el laringoscopio, con toda exactitud, de la normalidad ó de las alteraciones del órgano vocal, y esto sin contar con el timbre de la voz, fatalmente más ó menos alterada en estos casos.

TRATAMIENTO. — Los casos simples de congestión laringea se combaten ventajosamente con los emolientes. Á las congestiones de origen artrítico se opondrán los purgantes salinos. Un sinapismo aplicado en la nuca producirá buen efecto en las congestiones repentinas. Deben usarse los revulsivos á los pies en las congestiones pasajeras. Al interior se prescribe el acónico asociado al bromuro de potasio, el jarabe de *erysimum* compuesto y la coca en infusión ó fumigación. En las congestiones frecuentemente repetidas pueden hacerse toques con la cocaína al 1 por 20; con ácido láctico al 1 por 50; con el cloruro de zinc desde el 1 por 100 al 1 por 50, y algunas veces bastarán las soluciones ligeramente iodadas.

Recuérdese que la cocaína ocasiona en ciertos sujetos intolerantes y á dosis relativamente mínimas, al 1 por 20, verdaderas vesicaciones de las cuerdas, en lugar del efecto que deseamos obtener. En estos casos es asunto de dosificación, pues no hay lugar á la duda que soluciones más débiles darán los resultados apetecidos en los sujetos muy sensibles á la acción de este tóxico.

En las hemorragias laringeas son convenientes las pulverizaciones astringentes, por ejemplo con el tanino. No recomiendo el alumbre, porque en algunos de mis enfermos produjo verdaderas hemorragias de las cuerdas vocales.

Estas pulverizaciones deben ser cortas, de tres á cinco minutos de duración lo más, y en número de tres ó cuatro por día.

También, con igual objeto, pueden usarse el ácido láctico, el ácido fénico, el bromuro de potasio, el bórax y la cocaína.

Yo acostumbro á prescribir la pulverización siguiente, que me produce resultados excelentes:

Ácido fénico.....	0,60 á 1	gramos.
Bromuro de potasio ó bórax.....	3	—
Clorhidrato de cocaína.....	0,10 á 0,20	—
Agua de laurel-cerezo.....	50	—
— destilada.....	300	—

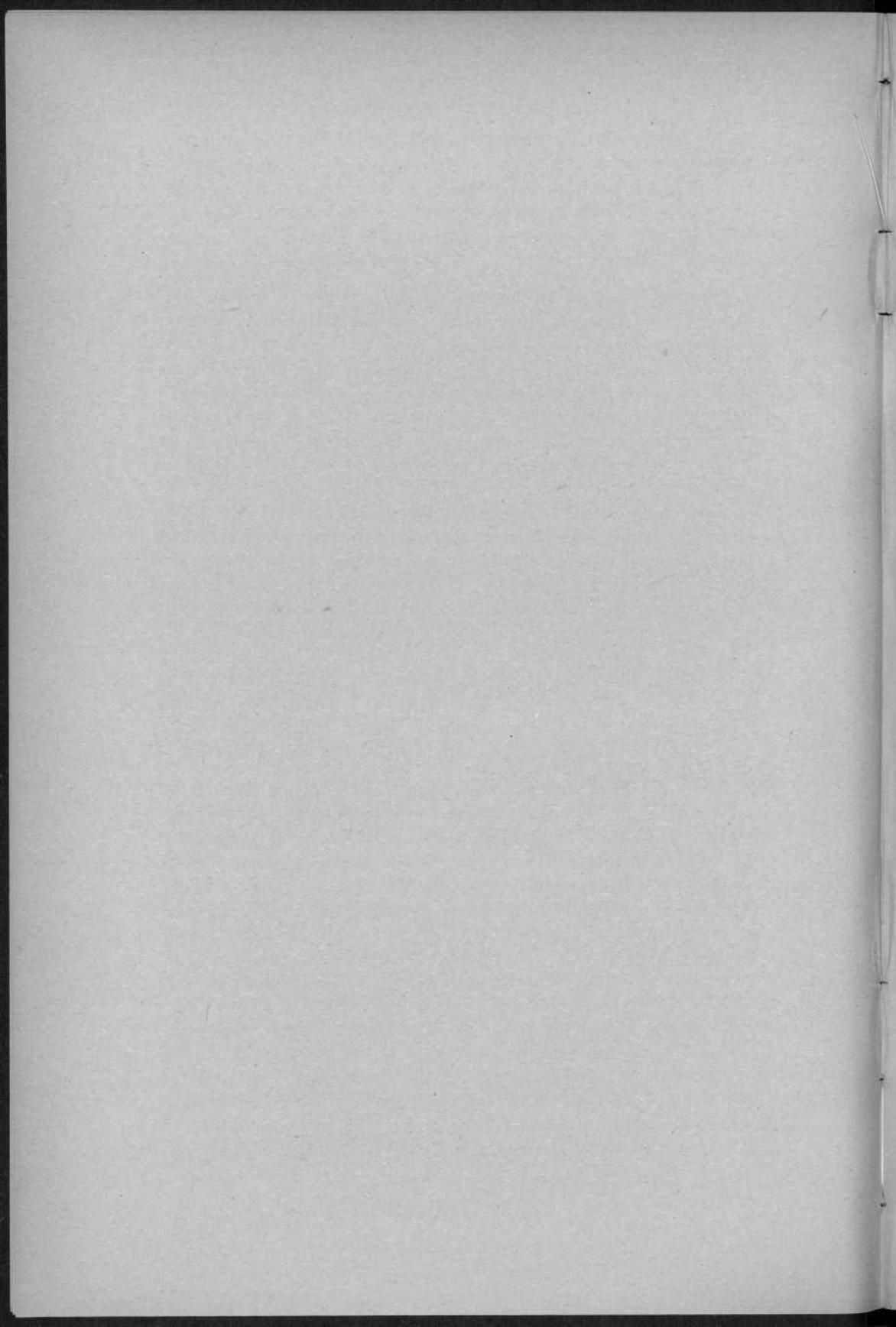
Si los enfermos no pueden usar las pulverizaciones, podrán recomendarse las inhalaciones emolientes ó astringentes, según los casos.

Aunque el tratamiento local proporciona habitualmente éxitos li-sonjeros, no convendrá olvidarse, en el intervalo de los ataques, de instituir un tratamiento general en relación con la causa de la congestión. Se debe además sustraer á los enfermos, tanto como sea posible, de las irritaciones de toda especie, prohibirles hablar ó cantar, y advertirles los peligros que pueden resultar para su voz, si desprecian los consejos que se les da.

Las congestiones ó hemorragias catameniales se combaten con un ejercicio regular, fricciones secas generales ó duchas, según los casos, por un régimen tónico y alguna vez mediante los revulsivos á las extremidades inferiores, atendidas las diversas indicaciones. El examen de los órganos genitales suministrará indicaciones provechosas, como en otros enfermos habrán de inspeccionarse las fosas nasales.

Si se trata de hemorragias bastante abundantes para determinar la formación de quistes sanguíneos, se romperá la bolsa con la pinza de pólipos (véase *Tratamiento de los pólipos de la laringe*) ó reducirá la mucosa por medio de toques galvánicos (1) ó con simples cauterizaciones líquidas (cloruro de zinc, nitrato de plata, etc.), según los casos y según los enfermos.

(1) El autor debe referirse á los toques galvanocáusticos. — N. del T.



Laringitis catarral aguda.

Sumario. — La laringitis catarral es rara vez primitiva. — Etiología habitual. — Síntomas generales y locales. Los desórdenes de la voz no siempre son consecuencia de lesiones de la mucosa. — Importancia del aparato muscular de la laringe (tiro y ari-aritenoideos). — ¿Existen ulceraciones? — El curso es regular y la curación habitual. La dolencia puede pasar al estado crónico. — El diagnóstico es fácil y el pronóstico benigno. — La inflamación aguda de la laringe puede ser grave en los artistas líricos. — Tratamiento. ¿Se puede yugular el catarro laringeo agudo? — Tratamiento local y general.

La laringitis catarral aguda no se limita generalmente al órgano vocal, porque es el acompañamiento casi obligado de las inflamaciones de la mucosa de la faringe, ó de análogos desórdenes que sobrevienen de la mucosa de la tráquea y de los bronquios para ocasionar traqueitis y bronquitis. Sin embargo, no es muy raro que se confine en la laringe, constituyendo la laringitis catarral aguda simple idiopática, que vamos á estudiar ahora.

ETIOLOGÍA. — Las causas que determinan esta dolencia son las mismas de la congestión de la laringe; los enfriamientos, el contacto directo de un aire frío en el órgano vocal, ó bien la acción indirecta de este agente sobre otra parte del cuerpo, por ejemplo en los pies. La influencia de los enfriamientos se deja sentir preferentemente en las personas que hacen esfuerzos vocales reiterados, como también en las que están acostumbradas á tener su garganta constantemente caliente, y á menudo cubierta con una bufanda, pañuelo de seda, etcétera. El excesivo abrigo del cuello lo hace muy impresionable, de manera que la más pequeña corriente de aire basta para ocasionar ó entretenir la inflamación catarral de la mucosa.

Los polvos ó vapores irritantes, el humo del tabaco en los que principian á fumar, las bebidas calientes, los cuerpos extraños que penetran accidentalmente en la laringe, constituyen otras tantas causas de la dolencia que nos ocupa. En otras ocasiones, la laringitis

sucede á un coriza ó á una angina aguda, con la que ordinariamente se la ve coincidir. Inspirar un aire caliente confinado, vapores ó polvos irritantes, los extravíos en el régimen y los excesos en la bebida ó en el coito, pueden hacerla aparecer ó al menos determinar su explosión.

Es uno de los principales síntomas en los comienzos de ciertas fiebres eruptivas, como el sarampión y la escarlatina, y complica también el catarro de la nariz ó de la tráquea.

Es frecuente en los reumáticos, y se sabe que los ataques anteriores son una de las causas predisponentes más activas para que la enfermedad aparezca.

Recuérdese asimismo que la inflamación aguda de la mucosa vocal acompaña casi siempre á la afección periódica de las fosas nasales que se conoce con el nombre de fiebre del heno (*hay-fever*), coriza agudo periódico.

Predisponen á la misma ciertas profesiones y la vida sedentaria. Ataca más á menudo á los hombres que á las mujeres, á los adultos que á los niños. Las estaciones y los climas no carecen tampoco de importancia.

SÍNTOMAS. — Son de dos órdenes:

1.º *Los síntomas generales*, poco marcados en la laringitis catarral aguda, pueden limitarse á una simple incomodidad ó malestar, semejante á la que se experimenta al principio de un enfriamiento, sobre cuyo punto creo inútil insistir.

2.º *Los síntomas funcionales* tienen mayor importancia. Están caracterizados por una constricción, ardor y sequedad en la parte posterior de la garganta, con una tosecilla nerviosa seca y por accesos. Parece frío el aire que se respira, siendo penoso su paso por el órgano de la respiración y produciendo una sensación de quemadura; así es que el enfermo entreaire sólo é instintivamente la boca, y respira por la nariz para que el aire se caliente á medida que entra en las vías respiratorias. No es raro que los enfermos digan que tienen un cuerpo extraño en la garganta.

La tos es, por punto general, seca, breve y poco ó nada dolorosa, y determina en otras ocasiones una sensación de desgarramiento, cuando es la mucosa traqueal la que padece. Á veces, la tos es frecuente y por accesos. Si la laringe es la única atacada, la secreción es nula al principio; pero se manifiesta cuando la inflamación se extiende á la mucosa de la tráquea, tornándose en este caso sorda la tos ó se extingue por completo, ó bien se hace blanda y húmeda si son abundantes las secreciones.

La expectoración, escasa al principio, es más tarde viscosa y opa-

ca, y si es considerable la flegmasía de la mucosa, hay estrias de sangre en las secreciones.

Si la parte superior de la laringe padece, se altera poco la voz; más tarde se pone apagada, velada, algunas veces ronca, habiendo casos en que se hace afónica.

Es bastante general que la voz pase de uno á otro registro, emitiendo, en la pronunciación de una palabra, la primera sílaba con un sonido grave, la siguiente en voz de falsete, y la última, afónica. Existe entonces una verdadera asinergia vocal, para emplear la expresión tan gráfica de los Dres. Krishaber y Peter.

En el adulto no se dificulta la respiración; en el niño, cuya laringe es más estrecha, la dispnea es más frecuente y con espasmos de la glotis, que acarrearán accesos de sofocación. Describiremos más adelante esta enfermedad particular de los niños, con el nombre de laringitis estridulosa.

EXAMEN DE LA LARINGE. — Suministrará resultados absolutamente distintos, como fácilmente se comprende, según la intensidad del proceso y el momento en que se practique. Encontraremos alguna vez una simple rubicundez de la epiglotis, que terminará por una verdadera sufusión serosa, dando lugar á una afección casi especial, que más tarde describiré por separado con el nombre de epiglotitis.

Los repliegues ariepiglóticos están generalmente sanos ó muy poco tumefactos, no encontrándose lesiones en este punto más que en las laringitis subagudas y en las laringitis edematosas idiopáticas.

Las bandas ventriculares se encuentran rosadas, rojas en los casos benignos, edematosas en los más graves, y su hinchazón es entonces considerable, hasta el punto de que recubren, parcial ó completamente, las cuerdas vocales inferiores, sobre las cuales descansan. Á consecuencia de este contacto se produce una afonía casi completa, debida á que las cuerdas vocales no pueden entrar en vibración.

Las cuerdas vocales están más ó menos rubicundas, cuya rubicundez se presenta, ora difusa, ora acentuada, en algunos sitios que forman estrias rojas. Esta coloración parece producida en algunos casos por pinceladas de carmín.

Alguna vez se hallan tumefactas las cuerdas, engruesadas, de un aspecto lechoso ó caseoso (Isambert), por la capa de moco que se segrega en este punto. Según este autor, se las observa asimismo cilíndricas en vez de achatadas; pero yo considero que tal modificación de las cuerdas resulta de lesiones que han persistido largo tiempo. Su superficie es rugosa y recubierta por pequeñas erosiones parduscas, opalinas, rodeadas de un cordoncillo bastante rojo é inflamado. Muchos autores no admiten ulceraciones de la laringe más que en las en-

fermedades diatésicas; sin embargo, está demostrado en la actualidad (Krishaber, Isambert, Mackenzie, Schmidt, Hering, Schnitzler, E. J. Moure, etc., etc.), que estas ulceraciones, ó mejor dicho, erosiones, existen en la laringitis catarral, pero no se ven si no es por medio de un alumbrado poderoso (luz oxhídrica ó eléctrica).

Si los desórdenes de la voz se pronuncian un poco, se notará falta de paralelismo de las cuerdas y cierre incompleto de la región aritenoides por falta de aproximación completa de los aritenoides; resultados de la paresia ó también de la parálisis de las fibras del ari-aritenoides ó de los tiro aritenoides, cuya relajación produce la distensión de las cuerdas vocales y la forma ondulosa que presenta su borde libre. Isambert admite semejante estado, aunque cree que no se ha demostrado bastante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Es muy raro que puedan comprobarse en la autopsia lesiones generalmente tan pequeñas como las de la laringitis catarral aguda. Por lo demás, si á consecuencia de complicaciones intercurrentes ha sobrevenido la muerte y han podido practicarse tales exámenes, me apresuro á decir que no se ha encontrado nada por haber desaparecido la hiperhemia. El Dr. Morell-Mackenzie atribuye esta anomalía á que la membrana mucosa de la laringe abunda mucho en fibras elásticas. Según él, al contraerse las fibras cuando ocurre la muerte, acarrear la depleción de los vasos capilares por la compresión que las predichas fibras ejercen en sus paredes.

No podrán observarse más que las lesiones visibles al laringoscopio. Ahora bien: estas que acabamos de enseñar á conocer, y que sabemos están caracterizadas por una hiperhemia más ó menos considerable de la mucosa laríngea, suelen llegar hasta la hemorragia en ciertos casos.

Esta hiperhemia, que no tiene sitio fijo, se manifiesta por punto general más en la región aritenoides y en el borde libre de las cuerdas vocales. De ordinario se observa en los mismos puntos una descamación epitelial muy ligera; pero, sin embargo, en las apófisis vocales ó en la comisura anterior de las cuerdas y en los casos de intensidad muy pronunciada, terminan á veces por erosiones relativamente profundas.

Cuanto á los desórdenes musculares, los Dres. Ziemssen, Gerardt, Solis-Cohen, Lennox-Browne y Morell-Mackenzie admiten con Krishaber y Peter que recaen en los músculos tiro-aritenoides.

Con los precedentes autores, opinamos de buen grado que la falta de paralelismo de las cuerdas vocales y su tensión irregular, consecuencia de la paresia ó parálisis de los tiro-aritenoides, constituyen una de las causas de los desórdenes fonéticos. Pero he de hacer notar

que si el músculo precedente — situado en el espesor de las cuerdas vocales — está, por su situación anatómica, singularmente expuesto á sufrir las influencias de la inflamación catarral, hay otro, tan importante como el anterior para la producción del sonido, que se le encuentra directamente colocado por debajo de la mucosa laríngea y que, *ipso facto*, ofrece un blanco considerable á los ataques del mal: éste es el ari-aritenoideo. Ocupando sólo la parte posterior del órgano vocal, aproximando cuando se contrae ambos aritenoides y cerrando por detrás la glotis intercartilaginosa, ese músculo presenta, en efecto, una superficie relativamente considerable, y más fácilmente que todos los demás se halla expuesto cuando la mucosa que lo recubre padece una inflamación aguda. Ahora bien: sabemos clínicamente que la parálisis aislada de este músculo basta para producir *la afonía completa*, mientras su paresia ocasiona una ronquera más ó menos pronunciada, no sólo de la voz, si que también de la tos, que toma el timbre crupal. Bastante sencillo nos será comprender, pues, que este músculo, casi siempre más ó menos atacado en la laringitis aguda, juega un papel muy importante en las modificaciones de la voz producidas en el curso de esta dolencia. Por lo demás, la inflamación catarral de la mucosa laríngea figura en la etiología de la parálisis aislada del ari-aritenoideo, y uno de mis discípulos, el Dr. Lecointre (1883), ha insistido muy especialmente en esta particularidad. Reconociendo con Mandl que la aprensión que el enfermo experimenta hace que la sensibilidad exagerada de su laringe constituya una causa de afonía, estamos asimismo dispuestos á admitir como fundamento etiológico de ésta á la parálisis ó la paresia del ari-aritenoideo. Con el autor que precede, explicaremos el paso rápido de la voz del sonido grave al agudo, por la contracción desigual de las fibras musculares del aritenoideo transverso. Si se relaja parcialmente, el sonido se extingue, se hace velado ó ronco, y si se contrae de un modo brusco durante el esfuerzo exagerado, se colocan las cuerdas vocales en la posición de la voz de falsete, y la nota resultará aguda y chillona. Por el contrario, cuando las cuerdas vocales se contraen irregularmente se produce la voz bitonal, enronquecida, grave, como también la disfonía, en el supuesto de que la mucosidad viscosa se fije en la parte media de las cuerdas vocales, ó cuando desigualmente se contrae el músculo tiro-aritenoideo.

Es muy fácil de comprobar la exactitud de lo que acabo de decir, por el examen directo del órgano. Sucede á menudo que, cuando se emite el sonido, se aproximan las cuerdas vocales espasmódicamente, tratando de llegar á producir un sonido que, velado al principio, resulta luego muy agudo, para después extinguirse.

En este caso, se comprueba muy á menudo desde el principio una tensión anormal de las cuerdas vocales, las cuales llegan á ponerse

tensas casi bruscamente al emitir el sonido; después, y de una manera repentina, se separan ligeramente ambos aritenoides, dejando pasar el aire y ocasionando la afonía. Como fatigado el ari-aritenoideo de este exceso de tensión, se relaja de repente, impidiendo la emisión del sonido.

Otras veces, y por detrás del órgano vocal, se ve al momento el triángulo glótico característico de la parálisis aritenoidea, con la epiglottis deprimida, cual se encuentra siempre en estos casos. Está entonces el enfermo afónico, hasta que, bajo la influencia de un esfuerzo, una contracción brusca é irregular produce un sonido en relación con el estado de la tensión muscular.

CURSO. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Tiene generalmente esta afección un curso regular. Al segundo ó tercer día, después del período de humedad, disminuye con rapidez, decreciendo el dolor y la tos, cesa la expectoración, y, por regla general, suelen ya desaparecer todos los fenómenos hacia el décimo ó duodécimo día. Pero ocurre con frecuencia que las causas determinantes continúan obrando y ocasionan una ó dos recidivas, y entonces concluye por establecerse la laringitis catarral crónica. En los fumadores y bebedores pasa con facilidad al estado crónico, y en los cantantes tampoco suele desaparecer sino tras larga fecha, por consecuencia del estado congestivo permanente en que tienen su mucosa laríngea.

DIAGNÓSTICO. — El catarro agudo de la laringe es una afección de diagnóstico por punto general tan fácil, que Gottstein dice no recuerda ningún caso en que se haya tomado por otra dolencia, aun sin examen laringoscópico. Bastan con mucha frecuencia los conmemorativos, siempre fáciles de reconstituir, y los síntomas subjetivos y objetivos, para formar un juicio casi cierto. Pero como en todas las afecciones de la laringe jamás se debe — mientras nos sea permitido — privar de los auxilios de un examen laringoscópico bien hecho, deberemos pedir sus recursos al espejo, á fin de quedar enteramente seguros. De este modo se localizará con exactitud el proceso, se comprobará su intensidad, se verá si hay ó no paresia de las cuerdas vocales, y, finalmente, si existen ulceraciones. Todas estas pesquisas tienen su valor, y he aquí por qué no debemos privarnos de ellas nunca. Por otra parte, no hay que olvidar el precepto de Ziemssen, quien recomienda examinar y perseguir cada afección fundamental de la laringe, aun las más sencillas en apariencia.

Entre las afecciones con las que se puede confundir la laringitis catarral aguda, pudiera citarse la laringitis edematosa. Y es que cabe la existencia del edema de los repliegues ariepiglóticos sin que haya

dispnea; pero bastará un simple examen para disipar las dudas que pudieran abrigarse.

La coqueluche se caracteriza por una tos accasional que concluye por una inspiración larga, sibilante y convulsiva.

La gripe se distingue también fácilmente de la laringitis catarral aguda, la cual, en suma, no es más que uno de los síntomas secundarios que la acompañan. El crup presenta caracteres bastante claros para que no se prolongue mucho tiempo la duda que haya podido surgir al principio.

PRONÓSTICO. — Es muy benigno en el adulto, porque los casos de catarro ligero concluyen al cabo de algunos días sin tratamiento, y los de mayor intensidad rara vez resisten á los remedios apropiados.

Sólo en los cantantes ó en ciertos oradores puede impedir el ejercicio de su profesión; en los primeros, subsisten más tiempo los desórdenes vocales, á causa de la mala costumbre de emprender demasiado pronto sus habituales tareas. Efectivamente, muy á menudo no han recobrado las cuerdas su aspecto normal, y, por lo tanto, la voz no se emite con la acostumbrada facilidad, y, sin embargo, el artista toma de nuevo su repertorio, comenzando otra vez á cantar; he aquí el origen de buen número de laringitis graves en los artistas líricos, cuya consecuencia es la pérdida del timbre agradable y dulce, del semitono, de la frase ó, mejor dicho, de la melodía musical. Según mi experiencia, considero se les debe exigir la integridad de las cuerdas vocales, antes de volver á cantar, á los tenores y las *sopranos* y poco menos á los barítonos y las *mezzo-sopranos*, pues los bajos y contraltos que tienen menos necesidad de un semitono puro y de sonidos absolutamente claros, podrán en rigor cantar, aunque tengan sus cuerdas vocales el aspecto catarral tan conocido.

En resumen, las voces de las mujeres están menos expuestas que las de los hombres, y, entre éstos últimos, los tenores y los tenores ligeros, en primera línea, necesitan cuerdas absolutamente normales para emprender de nuevo su profesión de artistas, si no quieren correr los riesgos de enronquecerse repetidas veces, y cuya consecuencia fatal será la pérdida de la voz cantada, lo mismo que del timbre armonioso (medio y semitono).

TRATAMIENTO.—El catarro agudo de la mucosa de la laringe se somete á las mismas leyes generales que el catarro agudo de las demás mucosas. Ahora bien; se sabe que, en semejante caso, lo más sencillo es la expectación y la observancia de las reglas higiénicas. Á consecuencia de la congestión con infarto de la mucosa, experimentan los enfermos fatiga cuando quieren hablar, y alguna vez cierto dolor

que la irritación de la mucosa ocasiona; entonces se recomienda un reposo absoluto del órgano vocal ó, al menos, prohibir usar la palabra en alta voz.

En las formas ligeras y muy recientes, los enfermos no deben salir de su habitación, en la que se mantendrá una temperatura media y constante de quince á veinte grados. Los que no puedan permanecer recluidos, deben, cuando salgan al exterior, rodearse al cuello un pañuelo de seda ó una bufanda poco tupida.

Estas precauciones no serán suficientes en los casos más graves, en que puede traspasar la afección los límites ordinarios. Hay además ciertos enfermos, como los cantantes de profesión, que desean recobrar la voz con rapidez, y hay entonces que obrar con mayor actividad, para lo cual se les impondrá la obligación de que permanezcan en una atmósfera uniformemente caliente, evitando con exquisito cuidado las corrientes de aire, ordenándoles la permanencia en cama para producir el sudor. Como éste acarrea algún alivio, no se descuidará el provocarlo, á cuyo fin prescribiremos los baños de vapor, bebidas calientes, de preferencia la leche tan caliente como sea posible, casi hirviendo y mezclada con aguas gaseosas. También son convenientes las inhalaciones calientes y sedativas, como las de benjuí, la cicuta ó el lúpulo. Cuando se produzca el sudor, no debe olvidarse recubrir el cuello con compresas ó con algodón en rama, para impedir la evaporación y los enfriamientos consiguientes en este punto.

¿Se puede abreviar ó yugular en absoluto el catarro? En este punto opina Gottstein que no poseemos ningún medicamento cuya eficacia se halle completamente demostrada, opinión que encuentro racional. Es más fácil prevenir la agravación de la enfermedad, que no dominarla por completo, y no creo conveniente tener una esperanza ilimitada en el procedimiento, consistente en aplicar una compresa en el cuello, que, según Morell-Mackenzie, remediaría un ataque inminente ó yugularía la enfermedad en sus albores. Sin embargo, y lo acabamos de decir, una higiene rigurosa ofrece ventajas indiscutibles; y distamos mucho, por otra parte, de despreciar todo tratamiento, toda vez que pensamos que una intervención racional producirá fruto con toda seguridad.

El catarro agudo de la laringe es, por lo regular, infebril, si bien en ciertos casos, sea por especial predisposición del individuo, ya por otra causa cualquiera, puede presentarse acompañado de un poco de fiebre, la cual combatiremos usando los diaforéticos. Para llenar tal indicación, se prescribirán bebidas compuestas de té caliente, limonadas calientes ó también la infusión de jaborandi al 5 por 100. Hanse aconsejado los alcalinos al interior (clorhidrato de amoníaco, carbonato de sosa), por su propiedad de disminuir la secreción mucosa de la laringe.

Gottstein tiene mucha confianza en los opiáceos, que prescribe de la manera siguiente:

Clorhidrato de morfina.....	0,5 gram $\frac{3}{4}$.
Agua de laurel-cerezo.....	10 —

Para tomar de 10 á 15 gotas, tres ó cuatro veces al día.

Ordena, además, una ó dos cucharadas de la solución siguiente, en un vaso de agua:

Clorhidrato de amoniaco.....	ñ	3 á 6 gramos.
Succinato de amoniaco.....	ñ	—
Clorhidrato de morfina.....		0,3 —
Agua destilada.....		180 —

Es de más fácil toma esta solución en una infusión de tila edulcorada, en los intervalos de las comidas.

También me han dado buenos resultados, cuando se emplean al principio de la afección, los gargarismos emolientes hechos con un cocimiento de raíces de malvabisco ó de cabezas de adormideras, y los de una disolución de bórax. Debe proscribirse el alumbre del modo más absoluto, según mi experiencia personal.

Las inhalaciones calientes, emolientes ó aromáticas, calmarán la irritación y producirán la sedación de los síntomas.

He aquí la fórmula que recomiendo en estos casos:

Especies aromáticas.....	20 gramos.
Hojas de coca.....	10 —
Cabeza de adormidera.....	Núm. 1.

Hiérvanse en un litro de agua.

El acónito y el bromuro de potasio interiormente, producen, en algunos sujetos, resultados bastante rápidos y muy satisfactorios. Prescribo muy frecuentemente la siguiente poción, cuyos felices resultados he comprobado:

Poción con:

Alcoholaturo de raíces de acónito.....	1 gramos.
Bromuro de sodio.....	4 —
Jarabe de erisimo compuesto.....	30 —
Agua de laurel-cerezo.....	10 —
— de tila.....	120 —

Para tomar cucharadas grandes en una infusión caliente, tres ó cuatro veces al día.

Cuanto al tratamiento local, los pareceres están divididos acerca de su eficacia; mientras ciertos autores pretenden haber observado que la inflamación local desaparece aplicando tópicamente una solución de nitrato argéntico al 2 por 30 de agua y hasta 5 por 10; otros, por el contrario, desechan todo tratamiento tópico. Me adhiero á la opinión de los últimos en la laringitis catarral aguda, ó cuando la afección puede terminar por resolución.

Igualmente me abstengo de intervenir en la mujer que se encuen-

tra en el período catamenial, porque he visto sobrevenir, á consecuencia de los toques de la mucosa laríngea, una inflamación todavía más intensa, *que no desapareció hasta las reglas siguientes.*

Gottstein no practica los toques más que en dos casos bien determinados: 1.º, en la laringitis seca, de la que no hemos de ocuparnos aquí, y 2.º, en la laringitis en que desde el principio se manifiesta un estado parésico de los músculos de las cuerdas vocales y en que la afonía no está en relación con la hinchazón existente. En los casos de esta índole basta, para que desaparezca la afonía, excitar la mucosa insuflando un polvo, ó mediante un embadurnamiento único con una solución de tanino ó de nitrato de plata.

Cuando practico los toques de la laringe, acostumbro usar soluciones de cloruro de zinc al 1 por 100 ó al 1 por 50. Prefiero este fármaco, por su acción electiva sobre la mucosa desnuda de su epitelio, y como se disuelve bastante mal en el agua, agrego á la solución una gota de ácido clorhídrico.

Como los individuos que han sido atacados por el catarro de la laringe están muy especialmente predispuestos á las recidivas, deberá indicárseles los medios de sustraerse á ellas. Se les recomendarán las precauciones higiénicas á que ya me he referido, y se les invitará también á hacerse resistentes paulatinamente contra todas esas pequeñas influencias que no atacan sino á los sujetos más ó menos afeminados. Tales recomendaciones aprovecharán mucho á las madres que tienen, por desgracia, la manía demasiado grande de educar muellemente á sus hijos. Se les prevendrán los peligros que pueden resultar de criarlos « en una caja de algodones » para emplear la enérgica y muy característica expresión del pueblo, que sabe libertarse, por medios viriles, de este hormiguero de enfermedades que atacan á las clases elevadas. Los ejercicios al aire libre y las lociones frías sobre todo el cuerpo, harán que la piel se acostumbre á las causas antedichas.

Los que por su profesión tengan que esforzar su órgano vocal, deben aprender á usar la voz guardándola todo género de consideración, siguiendo á cada esfuerzo el necesario reposo. Por esta razón, la regular educación de la voz en los cantantes tendrá mayor eficacia que todos los tratamientos.

[En el tratamiento de la laringitis aguda opino como el autor, como opina lo mismo Schrötter, de Viena, y otros laringólogos, esto es, que *deben prohibirse formalmente los toques.*

Pero como no debemos fiarlo todo á la terapéutica general, y en ocasiones repetidas tenemos necesidad imperiosa de actuar contra los fenómenos locales, ora por presentarse con alguna intensidad, bien

porque se prolonguen demasiado, ya, en fin, porque recaigan en sujetos sospechosos de constituir un favorable terreno á la germinación del bacilo de Koch, en cuyo caso queda amplia puerta abierta al microbio, que conviene cerrar, debemos, repito, instituir una terapéutica local, y nada más á propósito entonces que el uso de las inhalaciones y de las pulverizaciones.

Las inhalaciones constituyen un excelente remedio.

Cualquier procedimiento sirve, puesto que realmente no existen aparatos perfeccionados por completo. Por mi parte, recomiendo uno de los dos siguientes: ó inhalar los vapores que se desprenden de una cafetera de boca estrecha, á la que se mantiene en ebullición el agua ó agente farmacológico, mediante la lamparilla de alcohol, pero recomendando al paciente embadurnarse la cara ó partes próximas á la boca con vaselina, á fin de que no sufran alteraciones, ó bien aconsejo usar el sencillo inhalador de Giner Aliño.

La simple agua en vapor suele bastar á producir efectos sedantes y alivio á los enfermos; pero se aumenta la eficacia de las inhalaciones añadiendo al líquido sustancias volátiles.

Chiari, de Viena, formula en estos casos el alcohol á 90° en la proporción de 10 gramos para 100 de agua de laurel-cerezo, de cuya mezcla, sedante y astringente á la vez, vierte una cucharada de las de café en un litro de agua caliente.

En los tuberculosos atacados de laringitis aguda, reemplaza la anterior fórmula por la solución de 10 gramos de bálsamo del Perú en 100 de alcohol á 90°.

Cuando domina la sequedad de la mucosa, recomienda Schnitzler una infusión de saúco, en la que se vierten algunas gotas de esencia de trementina.

Hace muchos años que vengo empleando en toda clase de laringitis aguda, y no tengo motivo para olvidarlas ni mucho menos, las inhalaciones de agua hirviendo, á la que hago añadir de vez en cuando un poquito de bicarbonato de sosa y terpinol.

Con el aparatito Giner Aliño empleo la mezcla de terpinol, gayacol y eucaliptol.

Aun tengo casi más confianza en las pulverizaciones si se hacen bien y con su aparato á propósito. Recomiendo muy mucho la lectura de la obra de Oertel *Terapéutica respiratoria*, publicada por la Biblioteca de *El Siglo Médico*, en la que encontrará el lector perfectamente estudiadas las indicaciones de cada pulverizador á los diferentes casos patológicos, *modus faciendi*, etc., etc.

Debemos preferir en la laringitis aguda los aparatos que funcionan á base de vapor, pero teniendo en cuenta esta circunstancia, pues la dosis medicamentosa se debilitará al mezclarse con el vapor de agua.

Las advertencias que debemos hacer al enfermo que vaya á tomar pulverizaciones, y que no olvido jamás, puesto que de hacerlas bien depende el éxito del tratamiento, son: abrir muy ampliamente la boca, cogerse la lengua con un lienzo como se hace para el reconocimiento laringoscópico, y practicar inspiraciones profundas. De no hacerlo así, no surtirán efecto las pulverizaciones. Éstas, en vez de hacerlas sobre la laringe y la tráquea, se harán sobre el *velo palatino* y *base de la lengua*. Hasta tal punto es esto cierto, que *debemos siempre desconfiar* de aquel que diga que *soporta muy bien y durante mucho rato* las pulverizaciones. Éste no las hace bien.

En cambio, aquel que se queja de producirle desde el principio náuseas y casi hasta vómitos, y sobre todo, repetidos accesos de tos quintosa, ése sabe pulverizarse, y le penetrará hasta la laringe, tráquea y bronquios, la nube pulverulenta medicamentosa.

Pronto suele establecerse la tolerancia, pero de todos modos con- vendrá disponer sesiones de uno á cinco minutos de duración, repetidas tres ó más veces al día.

Schrötter ordena, como calmante de la tos, las pulverizaciones de agua de laurel-cerezo, 40 gramos, con 5 de tintura de opio, para ver- ter 20 gotas en una pequeña cantidad de agua templada, la cual se hará pulverizar en tres veces al día.

Chiari asocia la cocaína á la morfina en la siguiente forma:

Clorhidrato de morfina.....	0,02 gramos,
— de cocaína.....	0,10 —
Agua.....	100 —

De excelente efecto sedante local, sin ser tóxica.

Schnitzler formula una solución más complicada:

Clorhidrato de cocaína.....	0,25 gramos.
Clorato de potasa.....	5 —
Agua de laurel-cerezo.....	5 —
Agua.....	250 —
Esencia de menta.....	III gotas.

Yo acostumbro á asociar, como menos peligrosa en ciertas manos y de seguro resultado, las de:

Antipirina.....	3 gramos.
Clorhidrato de cocaína.....	0,5 —
Agua.....	100 —

Para pulverizaciones tres ó cuatro veces al día, según la intensidad de los fenó- menos, durante cuatro á ocho minutos antes de las comidas.

En el primer período de la laringitis catarral aguda no son conve- nientes las pulverizaciones astringentes; además, no suelen soportarlas bien los enfermos.

Pasados los fenómenos agudos, si la resolución no se ha verificado

convenientemente, entonces estarán indicadas, y, al efecto, las podemos prescribir á base de alumbre ó tanino:

Alumbre ó tanino.....	0,50 gramos.
Agua.....	100 —

Las pastillas de cloro-borato de sosa, mentol y cocaína, dejándolas disolver poco á poco en la boca, son buenas.

También dan éxitos lisonjeros las pulverizaciones de:

Acido 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 al día.

O,

Acido bórico.....	5 gramos.
Resorcina cristalizada.....	2 —
Agua de laurel-carezo.....	50 —
— destilada.....	450 —

O,

Alcohol á 40°.....	20 gramos.
Mentol.....	0,20 —
Acido benzoico.....	1 —
Clorhidrato de cocaína.....	0,15 —

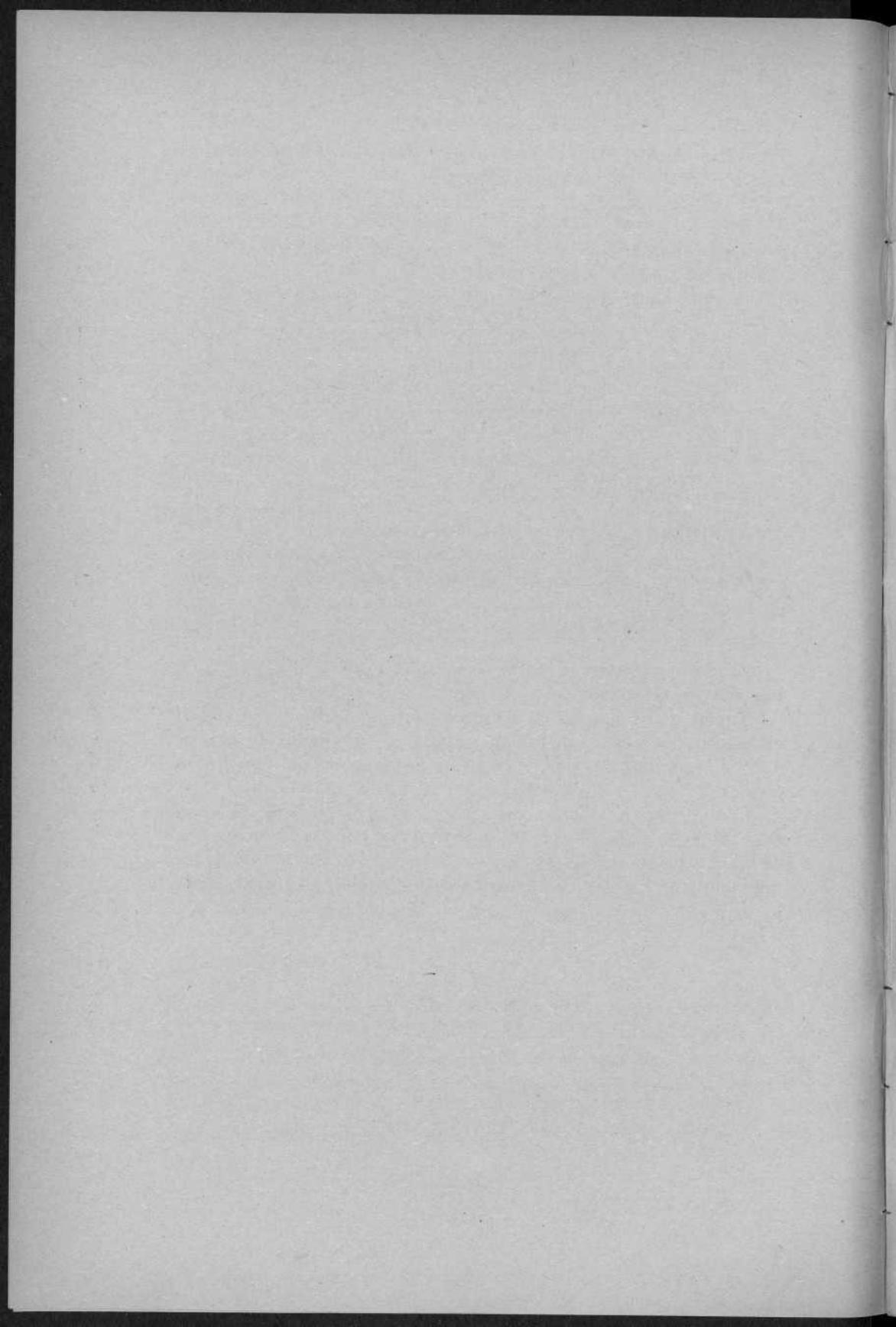
Para pulverizaciones mañana y tarde, durante diez minutos.

El *salol alcanforado* y el *mentol* en solución oleosa al 3 ó 5 por 100, han sido recomendados.

Renaut, de Lyon, combata el laringo-tifus por medio de pulverizaciones con una solución de 0,25 de naftol β en 25 gramos de alcohol á 90° y 75 gramos de agua, ó también, mediante las de *licor de Van Swieten*.

La electrización farádica, propuesta por algunos médicos, es abiertamente proscrita por Schnitzler, porque, á su juicio, la ligera paresia de las cuerdas vocales es efecto, y dice bien, de la compresión de los músculos y nervios por la infiltración de los tejidos.] — Dr. C. COM-

PAIRED.



Epiglotitis.

Sumario. — La epiglotitis constituye con frecuencia una afección especial; su diagnóstico es de ordinario fácil; el pronóstico puede ser grave. — Tratamiento.

La inflamación aguda de la mucosa laríngea puede localizarse en la epiglotis, constituyendo la epiglotitis, afección que han descrito por separado Krishaber, Morell-Mackenzie y Ziemssen y que me parece merecer una descripción especial, que sea como el corolario de la inflamación catarral que acabamos de estudiar.

ETIOLOGÍA. — Las causas de la epiglotitis son: el frío, el contacto repetido de polvos, el humo del tabaco, pero especialmente la ingestión de líquidos hirviendo ó demasiado calientes.

También, al decir de los autores ingleses y americanos, se la encuentra frecuentemente en sus países respectivos, donde, como ya se sabe, los niños tienen la perjudicial costumbre de beber en la tetera el líquido todavía no enfriado. Pueden admitirse asimismo como causas predisponentes, según una observación del Dr. Frédit, las costumbres alcohólicas inveteradas.

En los individuos de la precedente categoría pueden colocarse, entre las causas determinantes, los esfuerzos de la voz para gritar ó cantar de un modo descompasado.

SINTOMATOLOGÍA. — Los síntomas que los enfermos atacados de epiglotitis experimentan son: dolor á la deglución en vacío y, sobre todo, sensación de cuerpo extraño en la parte posterior de la garganta. Alguna vez acusan dolor á la presión ó durante los movimientos de deglución. Que el dolor repercute en el oído no es una cosa muy rara, cuando la inflamación es un poco intensa.

Excepcionalmente estará la voz ligeramente alterada en su timbre, al mismo tiempo que puede haber un poco de tos.

Si la epiglotis está muy congestionada y también edematosa, el enfermo experimentará además una fatiga respiratoria en relación con la intensidad del proceso y que, en los casos que poco ha hemos citado, ha podido producir hasta la sofocación. Sobreviene ésta cuando el opérculo, fuertemente tumefacto, cae sobre el orificio de la glotis, obstruyéndolo de un modo casi completo, y se forma durante la inspiración una verdadera válvula que se coloca en el orificio de las vías aéreas é impide la entrada del aire.

La tumefacción de la epiglotis se comprueba al laringoscopio. En su superficie lingual se percibe generalmente un relieve globuloso parecido por su forma á un quiste, pero difiriendo de éste, por la rubicundez, aspecto blanco rosado y por la sensación dolorosa que el toque determina.

La epiglotis puede perder su forma normal y semejar absolutamente un cilindro. En este caso, cubre el orificio glótico, del que no se percibe su luz.

DIAGNÓSTICO. — Se hace con suma facilidad por el edema sub-laríngeo, la aparición del mal y su curso particular. Á lo sumo habrá que pensar alguna vez en un cuerpo extraño (agujas, espinas) que haya podido implantarse en el opérculo glótico y determinar alguna congestión ó un edema bastante pronunciado.

Debemos simplemente señalar las manifestaciones tuberculosas ó sifilíticas, porque ofrecen diferencias muy notables con la epiglotitis aguda. La anamnesia disipará siempre con facilidad el error.

PRONÓSTICO. — Es enteramente benigno, pues el proceso inflamatorio entra pronto en la fase de regresión. Precisa, sin embargo, exceptuar los individuos que se encuentran en malas condiciones y que se exponen á violencias. En ellos puede observarse la epiglotitis supurada con desenlace fatal.

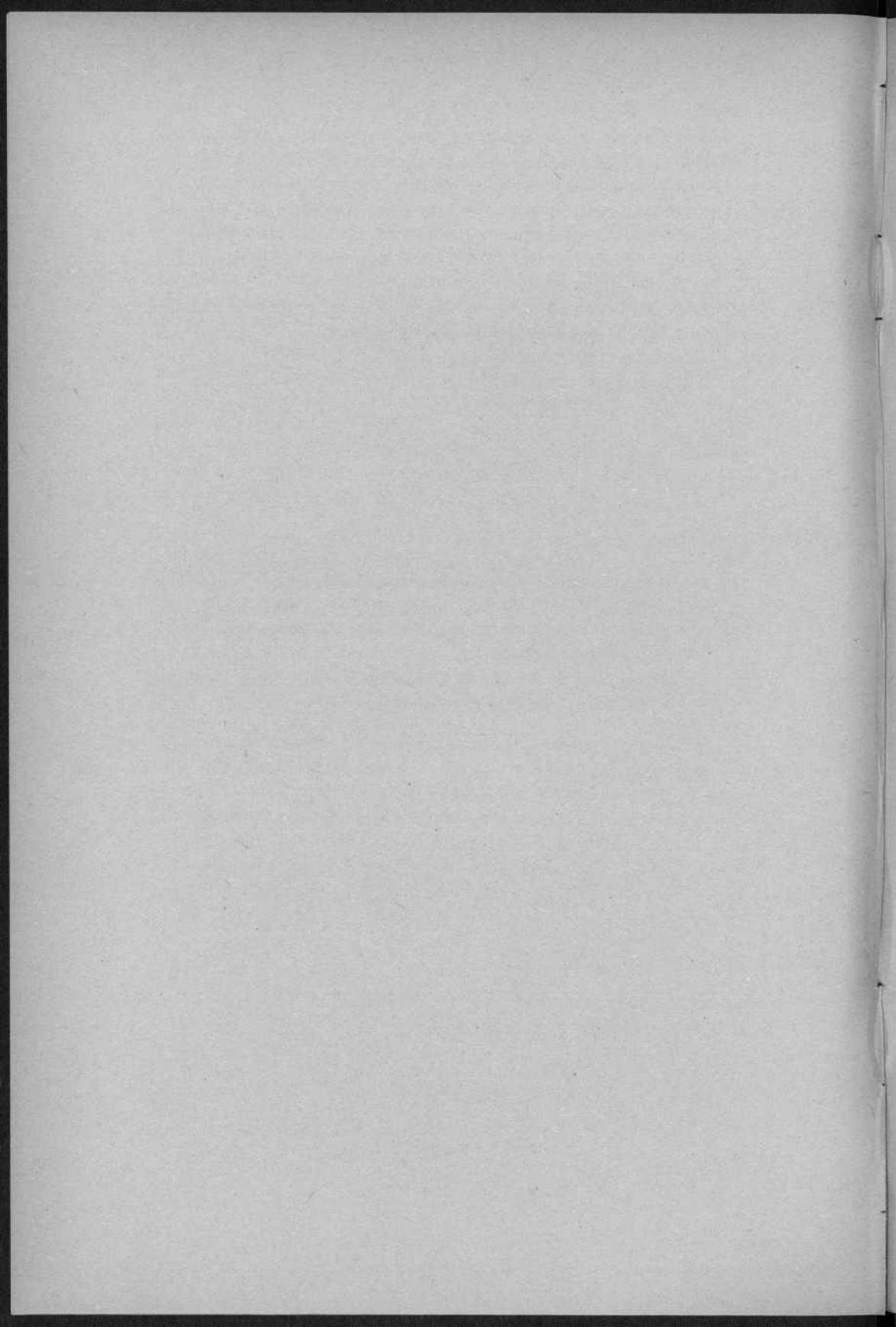
TRATAMIENTO. — El catarro agudo de la epiglotis se tratará como el de la laringe; pero si en éste los gargarismos no son siempre de una eficacia absoluta, no sucede lo mismo en la epiglotitis. Aquí, en efecto, atacan la región enferma y ejercen una acción completamente local.

En tales casos, se emplea el verdadero baño de garganta, para que la epiglotis se ponga bien en contacto con el líquido emoliente que se prescribe. Para asegurarse de que el líquido penetra, como recomienda el Dr. Moura-Bourouilhau, se debe hacer que el enfermo pronuncie las dos sílabas *glu, glu*, á fin de que resulte, cual dice este autor, no un gargarismo propiamente dicho, sino un *glu-glurismo*. Es un remedio excelente para obtener el resultado que se desea.

Las fumigaciones emolientes, sedantes ó balsámicas (bálsamo del Perú, etc.) serán útiles en los casos de quemadura.

Las cauterizaciones ó incisiones hechas con el cuchillo galvánico darán resultados satisfactorios y no debe rechazarse su empleo, si el caso parece bastante grave para necesitar una intervención activa.

Cuando sospechemos en una epiglotitis supurada, se hará una incisión para dar salida al pus. Si esto no basta, se recurrirá á la traqueotomía, porque obrando así, habrá probabilidades de salvar al enfermo, que de otro modo irá á una muerte casi cierta.



Laringitis estridulosa.

Sumario. — Etiología. — Es enfermedad de la infancia; los accesos estallan por la noche, son bruscos y á menudo precedidos de romadizo; las lesiones de la mucosa laríngea son nulas; trátase de un espasmo de la glotis de origen reflejo. — El pronóstico es benigno. — Tratamiento del acceso; modo de impedir su vuelta.

Siendo muy estrecha en los niños la glotis intercartilaginosa, cuando su mucosa se altera produce frecuentemente dispnea, y alguna vez también peligros más graves, que los exponen á la asfixia.

DEFINICIÓN. — La laringitis catarral aguda se describe ordinariamente en los niños con el nombre de laringitis estridulosa ó de falso crup. Encuéntrase una historia muy detallada de esta enfermedad en la tesis de Venot (1866) y en un trabajo del Dr. Bouteille, publicado en 1867 en Montpellier. Son los únicos que señalaré sobre esta afección, sucesiva y especialmente estudiada por Millard, Wichmann, Kopp, Guersent, Bretonneau, Rillet y Barthez, Trousseau, etc., etc.

ETIOLOGÍA. — Esta laringitis, que tiene por causa principal el frío, pertenece exclusivamente á la infancia. Ataca, efectivamente, á los niños de dos á cinco años, según Trousseau; y de dos á siete años según los autores del *Dictionnaire encyclopédique*. Á este juicio me atenderé, por haber tenido ocasión muchas veces de comprobar esta especie de neurosis en niños de seis á diez años, sin distinción de sexos. Trousseau refiere un caso observado en un niño de trece años; otro autor observó laringitis estridulosa en un joven de diecinueve. Pero es probable que en estos casos se tratase de laringitis, asociadas bien á la dentición, ora á vermes intestinales, ó quizá á lesiones nasales sobre las que la atención no se detuvo suficientemente en esta época. Debo señalar todavía, entre las causas á que se atribuye, el embarazo gástrico, las fiebres eruptivas (el sarampión sobre todo), y, finalmente,

el herpetismo, al que algunos autores acusan de predisponer á las recidivas frecuentes. ¿Es preciso añadir que todas las causas habituales de la laringitis catarral (variaciones atmosféricas, habitaciones húmedas y frías, etc.) encuentran su lugar en esta etiología?

SINTOMATOLOGÍA.—La laringitis estridulosa principia por un acceso de dispnea que sobreviene durante la noche, entre las once y las doce, y con mucha frecuencia á la una de la mañana. Trousseau ha descrito estos accesos de una manera tan magistral, que todos los autores posteriores á él no han hecho más que reproducir su descripción, sin que, por lo demás, hayan añadido gran cosa. El niño, que se habia dormido tranquilo en apariencia, se despierta sobresaltado y presa de una dificultad respiratoria absolutamente variable; llora, grita, se revuelca como si se ahogase, busca aire echado hacia delante, expresando, con la cara más ó menos congestionada y los ojos saltones, la angustia y el terror. La respiración es sibilante, estridente, estridulosa. La crisis se acompaña de una tos de ladrido, sonora, llamada *crupal*, que se asemeja realmente al ladrido de un perro más que á una tos de niño. La garganta del enfermito se halla absolutamente seca; de suerte que la tos es estridente y ronca, pero seca. El acceso dura algunos minutos, un cuarto de hora ó media hora; es único ó repetido, y una vez pasado, el enfermo se duerme con un poco de cansancio ó de fatiga general. Por la mañana se despierta relativamente alegre, vuelve á sus juegos, y, por su actitud, hace casi olvidar los temores que por la noche inspiró. Cabe desaparecer todo después de un primer ataque, pero quedando la voz simplemente ronca; entonces la tos se reblandece, y pronto el restablecimiento es completo. Pero lo más frecuente es que los accesos se repitan durante muchas noches consecutivas, disminuyendo cada vez de intensidad.

Alguna vez, y diré también lo más frecuente, sucede que se habia observado durante la víspera un cierto grado de ronquera en el niño, tos seca y por accesos, y que además se encontraba mal durante uno ó dos días. Deduciremos de esto que tenia catarro de la laringe la víspera del acceso, y que, durante la noche, el catarro laringeo se agravó y provocó la aparición del acceso.

En otras ocasiones se observa la víspera, ó simplemente por la tarde, un romadizo más ó menos pronunciado, el sueño del niño no es tan tranquilo como de costumbre, y de repente se despierta, presa de esta sofocación, que las madres todas conocen y que el desvarío de los padres, los lloros y los esfuerzos de los niños, no hacen más que aumentar.

MECANISMO DEL ACCESO.—Según Niemeyer y Morell-Mackenzie,

la dispnea se debe á la acumulaci3n en la laringe de las secreciones que se desecan y al estrechamiento del orificio vocal. La acci3n muscular es absolutamente secundaria, y todos los fen3menos que determinan la congoja, la angustia, son imputables á las mucosidades 3nicamente. Estas, en el momento del acceso y por los esfuerzos de la tos, se expulsar3n violentamente y, habiendo desaparecido el obst3culo, el enfermo recobrar3 su respiraci3n normal, volvi3ndose á dormir en seguida.

Krishaber y Peter admiten que, antes del acceso, existen des3rdenes respiratorios que impiden tome el ni3o bastante aire, y seg3n estos autores, sobrevendr3an entonces los accesos, porque la hematosis no ser3a suficiente.

Pero yo no veo aqu3 la explicaci3n del principio de los des3rdenes, sino á qu3 se debe la falta de aire. He aqu3 la explicaci3n que yo creo poder dar. Si estudiamos la respiraci3n en el ni3o, recordando que se efect3a exclusivamente en 3l por la nariz, y, por otra parte, teniendo presente la patogenia de ciertas afecciones del pecho, quiz3 encontraremos en ello una explicaci3n plausible á la cuesti3n que hemos planteado. En efecto (y esto lo he observado á menudo en mis propios hijos): es posible admitir en los que est3n amenazados por una crisis de laringitis estridulosa, que hay al principio dificultad de respirar. Ahora bien; esta dificultad me parece que resulta de una verdadera tumefacci3n (congesti3n) de la mucosa nasal, cuyo romadizo m3s 3 menos marcado es la consecuencia, y he aqu3, en mi sentir, el principio de la crisis y de todos los accidentes que se presentan á continuaci3n. Por lo dem3s, y como m3s adelante se ver3, es una hip3tesis que el tratamiento parece confirmar.

Resulta, pues, una neurosis refleja de origen nasal, como son la mayor parte de las afecciones espasm3dicas de las v3as respiratorias en el adulto, accesos de espasmo de la glotis, sobre los que el doctor Ruault acaba de llamar recientemente la atenci3n, y que estudiaremos m3s adelante. (V3ase *Espasmos de la laringe*.)

Cuanto al examen del 3rgano vocal, como quiera que, por punto general, se practica al d3a siguiente del acceso, da un resultado negativo. Raichfuss afirma, sin embargo, que por medio del examen laringosc3pico se han comprobado modificaciones de la mucosa en los puntos tumefactos 3 infiltrados; y concede adem3s importancia bastante á la acumulaci3n de las secreciones y la obstrucci3n que determinan. En todos los ex3menes que Gottstein ha practicado, es verdad que durante el d3a no encontr3 una tumefacci3n bastante pronunciada de la mucosa, para autorizarle á creer en una estenosis inflamatoria. Concede una gran importancia al espasmo r3flejo del constrictor de la glotis, causa muy frecuente de la dispnea.

Es preciso no olvidar que los accesos de laringitis estridulosa en los niños son muy á menudo el primer sintoma de una afección más grave de las vías respiratorias (bronquitis, bronco-neumonía), lo cual explicará, en estos casos, las lesiones materiales de la mucosa vocal; pero en el espasmo, hay que convencerse de que la laringe está intacta y sólo un poco roja después del acceso.

CURSO. — La laringitis estridulosa tiene un curso muy irregular, porque puede desaparecer sin dejar vestigios, lo mismo que puede acompañarse de traqueítis, bronquitis, y también de bronquitis capilar. Una vez terminado el acceso, el niño recobra su sueño, calmoso y tranquilo, hasta la mañana siguiente, sin conservar el menor vestigio de su mal. Los accesos acostumbran á repetir durante muchas noches consecutivas, disminuyendo cada vez de intensidad.

Se han notado en ciertos casos, sin embargo, desórdenes vocales persistentes después del acceso (ronquera y hasta afonía); pero estos hechos son lo bastante raros, para que los consideremos como excepcionales.

TERMINACIÓN.—PRONÓSTICO.—Termina ordinariamente por la curación. Trousseau refiere tres casos de muerte, ocurrida á consecuencia de laringitis estridulosa. En uno de ellos, el que concierne precisamente al niño de trece años de que ya he hablado, se encontraron infartadas las cuerdas al practicar la autopsia; por lo que, según toda probabilidad, creo se trataba de un edema de la laringe, confirmando esta opinión las afirmaciones de Gottstein.

Otros autores, señaladamente Milliard, citan también casos de muerte; pero es preciso consignar que son hechos absolutamente raros. Puede, pues, decirse de un modo general, que es benigno el pronóstico de la laringitis estridulosa y sólo las complicaciones ofrecen alguna gravedad.

DIAGNÓSTICO. — Es fácil; habrá lugar á pensar en el crup, pero, como dice Trousseau: «La laringitis estridulosa principia, como el crup concluye,» y bastará un poco de atención para no confundir ambas afecciones. Hay casos en que la laringitis catarral puede ser el principio de la inflamación diftérica, pero es raro entonces que el acceso se presente con un conjunto sintomático tan grave; después, la voz y la tos, extinguidas en la una, son sonoras en la otra; el curso de la dolencia, continuo en el crup é intermitente en la laringitis estridulosa, no dará lugar á dudas. El edema de la glotis y la coqueluche no merecen apenas mencionarse en el diagnóstico diferencial. La creencia de que se hubiese introducido un cuerpo extraño en las vías aéreas pu-

diera abrigarse con mayor facilidad, especialmente si se carece de datos en este sentido; pero, además de que los accesos diurnos de sofocación se renuevan con frecuencia, el examen de la laringe y del tórax, los caracteres de la tos y, sobre todo, el curso del mal, son datos útiles que conviene tener en cuenta para sentar el diagnóstico. También cabe confundirlo, con facilidad bastante, con el espasmo de la glotis; mas es preciso decir que, en la laringitis estridulosa, se trata de un verdadero espasmo muscular.

TRATAMIENTO. — La precaución preliminar que debe adoptarse con los niños atacados de falso crup, será ponerles al abrigo de los enfriamientos de toda especie. Se les tendrá recluidos en una habitación en que se mantenga una temperatura constante de 15 á 18°, aunque será preferible que guarden cama. El escollo que habrá de evitarse en el tratamiento de la laringitis estridulosa, es la administración de medicamentos intempestivos. Se prescribirá un vomitivo ligero para descongestionar la mucosa, pero conviene ser prudente en el empleo de este medicamento. Si se presencia el acceso, se pondrá en el cuello una esponja empapada en agua caliente y sinapismos en los miembros inferiores. Si es factible, se hará que el niño respire suavemente por la nariz y, si es necesario, se tratará, si puede comprenderlo, de que suspenda la respiración durante algunos segundos, medio rápido y seguro de calmar la sofocación en los pocos casos en que puede emplearse. Mejores resultados se obtienen con los vapores de agua caliente, ligeramente adicionada de ácido fénico. Todos los autores recomiendan, con justa razón, las fumigaciones de agua caliente en el lecho del enfermo, y el resultado es, en verdad, sorprendente.

Mientras la dolencia dura, se usarán bebidas calientes; además, como los accesos se presentan por la noche y á una hora sensiblemente la misma, se despertará al niño algunos momentos antes para hacerle beber. Ahora bien, si se admite conmigo el origen reflejo de la tos, que tiene en la nariz su punto de partida, juzgo racional decir que deben embadurnarse las fosas nasales con una solución de cocaína, que facilitará la respiración, ó, si el embadurnamiento es imposible por la indocilidad del enfermo, se insuflará en las cavidades de la nariz un polvo que contenga este agente. El siguiente polvo se utilizará con algunas ventajitas:

Clorhidrato de cocaína.	0,15 á 0,50 gramos.
Alcanfor pulverizado.	0,50 —
Ácido bórico pulverizado.	8 —

Respecto á los vejigatorios y las sangrías, los considero inútiles de todo punto, como también perjudiciales, convenciéndose fácilmente de ello al recordar la patogenia de los accidentes, si se asiste al acceso.

Si la laringitis reconoce por causa la dentición, habrá que ocuparse en el estado de las encías; igualmente, si hay lombrices en los intestinos, se prescribirán los vermífugos; finalmente, en los casos graves se recurrirá á la traqueotomía, después de haber ensayado la respiración artificial y todos los medios de que se dispone en semejantes casos.

[Además del empleo de la esponja impregnada en agua caliente, de que habla el autor, aplicada á la región anterior del cuello, medio excelente para combatir el elemento espasmódico, son asimismo muy útiles los baños calientes generales.

Los antiespasmódicos usados habitualmente en estos casos son los bromuros, y una preparación muy oportuna que aconsejo, es:

Bromuro de sodio	4 gramos.
Jarabe de Tolú	60 —
— de laurel-cerezo	20 —

Para dar una cucharadita de las de café cada dos ó tres horas.

M. Jules Simón prescribe la siguiente poción:

Alcoholaturo de raíz de acónito	} 20 x gotas.
Tintura de belladona	
Agua de laurel-cerezo	15 gramos.
— de flores de naranja	60 —
— de tila	60 —
Jarabe simple	30 —

Para administrar á cucharadas de hora en hora.

Si el niño tiene menos de dos años, la mitad de la poción, y á cucharaditas de las de café.

El *espasmo glótico infantil*, llamado anteriormente asma de Kopp, asma tímico, en virtud de la teoría anticuada de Kopp, quien atribuía á la hipertrofia del timo una influencia patogénica sobre la producción del acceso, sobreviene en los niños menores de dos años.

En Alemania se hace jugar al raquitismo un papel importante en su desarrollo, si bien no parece ser más que una localización especial de la eclampsia, en opinión de algunos autores franceses. Comienza bruscamente; la respiración se suspende de pronto; palidece la cara para después ponerse cianósica; el tórax se queda inmóvil durante algunos segundos; después se efectúa una inspiración sibilante, hasta que, por fin, se restablece la respiración. En algunos casos, sin embargo, permanece cerrada la glotis, y sucumbe el niño á la apnea persistente. Se comprende, por lo expuesto, que no exista en realidad una terapéutica eficaz y rápida, y que, ó desaparezcan por sí solos tales accesos, ó fallezca el enfermito casi sin apenas darse cuenta la familia y pueda prestarle los cuidados de la Ciencia.] — DR. C. COMPAÏRED.

Laringitis edematosa aguda.

Sumario. — Algunas palabras sobre su historia. — Definición y denominaciones diversas bajo las cuales se ha descrito. — Formas secundarias é idiopáticas. — Etiología de esta última; el edema parece ser de naturaleza parasitaria; es muy á menudo secundaria; no es rara en la fiebre tifoidea. — Sintomatología. — La voz puede estar intacta y los síntomas clásicos no siempre existen. — Debe rechazarse el tacto digital como procedimiento de examen; es preferible el laringoscopio. — Aspecto de las partes edematosas en el espejo. — Curso; pronóstico. — Es grave si el edema se establece con rapidez; pero no siempre es fatal en estos casos.

Aunque no tengo intención de ocuparme detalladamente en la historia completa de la laringitis edematosa aguda, porque esto sería salirnos del programa habitual de nuestro trabajo, no puedo, sin embargo, relegar al olvido los nombres de Bayle, Tuilier, Cruveilhier, y sobre todo, el de Sestier, quien, efectivamente, consagró á la angina laringea edematosa una Memoria importante, publicada en 1852, y que marca el verdadero punto de partida del estudio de la precitada enfermedad. A pesar de la confusión que reinaba en esta época entre la tisis laringea y la afección que nos ocupa, no se podrá menos de conceder el más vivo interés al trabajo de Sestier.

Algunos años después de la publicación de esta Memoria, la introducción del laringoscopio en la práctica médica vino á modificar el estado de nuestros conocimientos en esta importante materia, y á cambiar insensiblemente casi toda la sintomatología. Así es como ha de sernos fácil conocer que los síntomas de esta enfermedad, tan bien descrita por Trousseau y la mayor parte de los autores clásicos, constituyen en realidad una verdadera excepción en la práctica.

El edema agudo de la laringe es en la actualidad una entidad morbosa muy conocida y bien establecida, y que uno de mis antiguos jefes de clinica, el Dr. Charazac, estudió ampliamente en su discurso inaugural (1885).

Citemos asimismo los nombres de Isambert, Krishaber y Peter,

Fauvel, Massei, Morell-Mackenzie, Ziemssen, Simón, Gouguenheim, Solis-Cohen, Schnitzler, Schiffers, etc., etc., para no nombrar sino los más conocidos de los que han aportado su contingente al estudio de esta afección, poco estudiada ó muy discutida en 1881, época en que yo mismo publiqué un trabajo sobre la materia en la *Revue de Laryngologie*.

DEFINICIÓN. — La *laringitis edematosa* se ha descrito con diversos nombres; así, se la asimiló desde luego al edema agudo de la glotis, opinión que actualmente está abandonada por la excelente razón de que, no siendo la glotis, propiamente hablando, más que un espacio vacío, es difícil concebir una enfermedad de este espacio. También se ha descrito con los nombres de angina con infiltración laríngea (Sestier), de laringitis flegmonosa (Ziemssen, Goix), omitiendo de este modo la naturaleza del líquido infiltrado; laringitis submucosa (Cruveilhier), definición evidentemente incompleta y que se presta á confusión. Parece preferible designarla sencillamente con el nombre de laringitis edematosa, que tiene la ventaja de no prejuzgar en ningún sentido acerca de la naturaleza del edema.

FORMAS. — La laringitis edematosa, hasta estos últimos tiempos, fué considerada como síntoma secundario y no como afección idiopática; pero se halla muy perfectamente establecido, por hechos numerosos, que esta enfermedad puede existir sola, independientemente de toda otra inflamación laríngea, que es como quiero describirla ahora. De este modo estudiaremos la *laringitis edematosa aguda* como afección primitiva, y en segundo lugar, como afección secundaria.

ETIOLOGÍA. — La *laringitis edematosa aguda primitiva* puede ser producida por el frío, que por sí solo bastará á determinar un movimiento fluxionario agudo suficientemente intenso para acarrear una infiltración serosa en el espesor de la mucosa de la laringe. Todos conocen el caso, que el Dr. Trousseau refiere, de un borracho que se durmió en un foso y que, bajo la influencia del frío, fué atacado en una ó dos horas de laringitis edematosa. El Dr. Laverán refiere otro caso parecido, que terminó por la muerte. Otros tres menciona Lefferts (de Nueva York). Á estos hechos pudiera agregar otro caso de mi práctica personal.

Las fatigas vocales forman un segundo orden de causas. Así, no es raro encontrar la enfermedad en los músicos que tocan en los conciertos, donde, como se sabe, existe una atmósfera de todo punto especial. Semon (de Londres) ha observado un ejemplo en un cantante, y el Dr. Martel atribuye asimismo un edema de la mucosa aritenoides

derecha, á la fatiga vocal y á la impresión del frío combinadas. He podido igualmente mostrar en la clínica, hace algunos años, un cantante de café concierto acometido súbitamente, después de una fatiga vocal exagerada al aire libre, de un edema agudo de los repliegues ariepiglóticos.

Fuera de estas causas, precisa señalar los traumatismos determinados por líquidos en ebullición ó por cáusticos, llevados ó no voluntariamente á la garganta.

Los cuerpos extraños (huesos, fibras de hoja de tabaco (Ziemssen) astillas de madera, etc.), que penetran en la parte posterior de la garganta hasta donde han podido deglutirse y que permanecen en esta parte algún tiempo, pueden ocasionar accidentes inflamatorios edematosos rápidos en el órgano vocal. Debo todavía, para ser todo lo completo posible, señalar las sufusiones serosas que se observan á consecuencia de tentativas operatorias sobre la laringe. Al efecto, he visto sobrevenir, después de la extirpación de tumores laríngeos, puntos edematosos en los repliegues epiglóticos ó en las cuerdas vocales, como consecuencia de tentativas demasiado repetidas ó largas, con las que resultó contusa la mucosa ó sumamente desgarrada por la pinza.

En otras circunstancias, estos mismos accidentes resultarán de traumatismos que obren, no en el interior, sino en el exterior del cuello. Las observaciones de Gibb, Holthouse y Maclean son concluyentes en este sentido, según refiere el Dr. Charazac en su tesis. Creo inútil añadir que, después de las operaciones practicadas en la laringe por la vía externa, tirotomía, cricotomía, etc., es bastante ordinario ver producirse un brote edematoso subagudo, con frecuencia muy considerable y que asfixiaría al enfermo si no estuviese defendido por la cánula traqueal. He aquí un hecho práctico, que convendrá recordar oportunamente, si se trata de obrar en el órgano vocal de un enfermo al que no se hubiese hecho la traqueotomía.

Hase observado también la laringitis edematosa, consecutiva á inyecciones medicamentosas: el Dr. Fauvel comprobó un caso, en un individuo que había absorbido 25 centigramos de ioduro de potasio. El Dr. Huchard observó otro, con las mismas circunstancias, en un atáxico. Pero, preciso es decirlo, estos hechos son absolutamente especiales y no se encontrarán muchos en la práctica.

En fin, se ha creído últimamente que la laringitis edematosa pudiera ser una afección parasitaria.

Esta hipótesis del Dr. Garel (de Lyon), parecerá exagerada á primera vista; mas, sin embargo, si recordamos que muchos autores atribuyen en la actualidad al edema una naturaleza erisipelatosa, no sorprenderá la opinión del precitado autor. Por otra parte, como recientes investigaciones han demostrado que las partes superiores de las

vías aéreas son verdaderos nidos de microbios, y que pueden además éstos obrar bajo la influencia de ciertas causas determinantes, pareceme racional la inclusión de tales agentes en la etiología de la laringitis edematosa aguda primitiva.

Presentaré en último término la observación relativa á la edad y al sexo de los individuos. Ambos factores, en efecto, parecen tener su importancia en la etiología de la afección que nos ocupa. Será raro encontrar la laringitis edematosa antes de los dieciocho años; no se observará tampoco más que accidentalmente después de los cincuenta.

Así, en 215 casos, Sestier no encontró más que 5 niños menores de cinco años, entre los que había un recién nacido, y 12 entre cinco y quince años. Comprobó además que en 187 adultos no había más que 56 mujeres por 131 hombres. En una palabra, el edema agudo de la laringe se observa especialmente en la edad media de la vida y en los hombres, es decir, en las condiciones más abonadas para el desarrollo de las enfermedades agudas.

De cualquier modo que sea, y á pesar de lo que acabamos de decir, no hay que considerar á esta afección como muy frecuente.

En efecto: ciertos autores, como Gottstein por ejemplo, dudan que la infiltración serosa de la laringe pueda presentarse, en términos generales, como afección esencial. Á mi juicio, también sería exagerado el pensar que pasan generalmente las cosas de este modo. Sin embargo, y para aclarar el asunto, diré que Sestier afirmaba en 1852 haber encontrado 36 casos de edema primitivo entre 190 observados, mientras que el Dr. Charazac sostiene, por su parte, no haber reunido, en 1885, más que 21 casos muy auténticos de edemas agudos primitivos, de los cuales, después de un examen detenido, hay que eliminar muchos de los referidos como tales por Sestier. Yo mismo traté de hacer esta eliminación, en un trabajo publicado sobre la materia en 1881, y en el que reduje las observaciones de Sestier á su verdadero número.

Al lado del edema primitivo, debo mencionar los edemas llamados secundarios. Sobrevienen por propagación, y pueden ser consecutivos, ya á lesiones de vecindad, ya á la alteración de órganos más distantes. Así, se observa frecuentemente la laringitis edematosa, en los abscesos retrofaringeos inferiores ó en los abscesos de la base de la lengua. Presentase también á consecuencia de anginas subagudas, de ulceraciones tuberculosas ó sifilíticas de la laringe, de pericondritis y de inflamaciones ganglionares del cuello.

Se la ha visto acompañar á la angina de Ludwig, los forúnculos y los ántrax del cuello y de la nuca. Será bastante frecuente, al decir de los autores, comprobar el edema agudo de la laringe en ciertas inflamaciones de la columna vertebral. Finalmente, la determinarán las

alteraciones agudas ó crónicas del mediastino, los aneurismas aórticos y acaso la degeneración amiloidea de los nervios.

La laringitis edematosa aguda está, con bastante frecuencia, asociada á la evolución secundaria de las enfermedades agudas. Como hemos dicho poco ha, puede también comprobarse en la erisipela. El Dr. Massei, de Nápoles, pretende que esta dolencia reconoce por causa una erisipela primitiva. He aquí una opinión que ha conquistado muchos partidarios, como Sestier, Türck, Semeleder, Radcliff y Semon, los cuales han aportado observaciones de erisipela primitiva de la laringe. De estar conforme en admitir que la erisipela principia por la faringe para ganar la cara, no es justo aceptar que la afección puede marchar también en sentido contrario.

En la viruela suele observarse una infiltración edematosa hacia el noveno ó décimo día, época en que las pústulas se presentan. Esta observación de Trousseau fué confirmada por Krishaber, quien dice vió pústulas varias veces en la laringe, en los repliegues ariepiglóticos, base de la epiglotis, en la porción subglótica y, por excepción, en las cuerdas vocales inferiores. Opinión es ésta que me sería muy difícil apoyar ni invalidar, porque no tengo en ella ninguna experiencia personal. Sestier vió en un solo caso sufusión hemorrágica, lo cual se explica con bastante facilidad, toda vez que se trataba de una viruela hemorrágica.

Los edemas de la laringe son raros en la escarlatina ó en el sarampión. « La escarlatina no tiene predilección por la laringe », dijo Trousseau. Esta antipatía persiste siempre, porque es muy raro se fije la atención en el órgano vocal durante la fiebre escarlatinosa. Hay, sin embargo, algunos ejemplos de laringitis edematosa sobrevenida en la escarlatina, siendo muy probable que se tratase entonces de un edema albuminúrico.

La fiebre tifoidea tiene en ciertos casos un curso especial y serio, que puede complicarse con laringitis edematosa. Mas el edema seroso es rarísimo y casi siempre se encuentra necrosis al mismo tiempo. En tal caso, se trata de pericondritis localizadas en la laringe y, sobre todo, en las eminencias aritenoides.

Las diversas articulaciones de la laringe pueden ser atacadas por separado ó en totalidad, y desde entonces es fácil comprender toda la extensión de las lesiones de que es asiento el órgano vocal.

Existen observaciones de este género de los Dres. Dignat y Mandillon, publicadas en los Boletines de la Sociedad Anatómica de Burdeos.

Citemos todavía algunas afecciones especialmente raras, en las que cabe encontrar laringitis edematosa, si bien no se ha practicado el examen laringoscópico. Hase observado en el cólera (Sestier), y yo

mismo hube de comprobar, hace algunos años, en un enfermo de cólera nostras, la decoloración de la mucosa con infarto y sufusión de los repliegues ariepiglóticos. En este caso particular, el enfermo, atacado de afonía, experimentaba además una considerable fatiga en la respiración. La patogenia de los edemas agudos observados en la laringe en ciertos casos de piohemia, de endocartitis ulcerosa y de septicemia, está rodeada aún de una profunda oscuridad, que yo no debo detenerme en su disquisición. Limitome simplemente á consignar los hechos, para que se tenga presente su factibilidad.

SINTOMATOLOGÍA. — El edema agudo de la laringe da lugar á diversos síntomas, entre los cuales se encuentran, en primer lugar, los trastornos funcionales de la voz, que, aun cuando alguna vez está intacta, con bastante frecuencia se altera ligeramente á consecuencia del edema ó del catarro de las cuerdas vocales. En semejante caso, los trastornos vocales son de origen mecánico. La voz ronca, velada, sin ningún timbre ruidoso ó extinguida á menudo por la falta de aproximación de las cuerdas vocales en su porción posterior, podrá, en ciertos casos, no ofrecer ninguno ó apenas vestigios de alteración, así como sufusiones relativamente considerables.

La fatiga respiratoria, que alguna vez aumenta con una rapidez considerable, constituye el síntoma más notable. Trousseau notó ya este síntoma, al que concedió toda su importancia. Se caracteriza por una inspiración sibilante con expiración libre ó, por el contrario, se manifiesta en los dos tiempos de la respiración. En ocasiones se distingue también un ronquido gutural (Bayle, Tuilier, Sestier). Los accesos de sofocación sobrevienen, á veces, cuando el enfermo se halla en decúbito dorsal ó ejecuta algunos movimientos, lo cual indica que la sufusión serosa es muy abundante y que aparece súbitamente, en cuyo caso se presentan fenómenos dispneicos de mucha gravedad.

El edema rápido con estenosis inmediata, que pone en peligro la vida del enfermo, se presenta cuando hay cuerpos extraños encerrados íntimamente en la laringe, ó en la convalecencia de personas muy debilitadas. Al emitir Gottstein esta opinión, añade que puede suceder lo apuntado, en el curso de la enfermedad de Bright, á consecuencia de tumores del mediastino y de aneurisma de la aorta.

Cuando el edema de la laringe se manifiesta repentinamente y adquiere mucha intensidad, se asiste á una escena clínica que no se olvida jamás. El semblante del enfermo se congestiona, literalmente se ahoga por falta de aire y lleva la mano á la garganta como para arrancar alguna cosa que le estrangulase. En seguida se desploma en el lecho, con los ojos espantados y la cara absolutamente cianósica, dilatado muy ampliamente el pecho como para que penetre un aire que

se obstina en no franquear la glotis. La angustia no se prolongaría mucho, porque si no se interviene, una muerte pronta por asfixia corta la vida del enfermo.

Sin ser frecuente en absoluto el cuadro que acabamos de trazar, se presenta, sin embargo, bastante comúnmente en la terrible dolencia que estudiamos; y por esta causa puede colocarse, con justos motivos, entre las afecciones más pavorosas. Apresúrome, sin embargo, á decir que no siempre suceden las cosas de esta manera, porque los enfermos llegan, á veces, á acostumbrarse á esta falta relativa de aire.

He publicado la historia de un enfermo, en el cual se comprobó la existencia de dos tumores al nivel del orificio glótico, el uno como una avelana, y el otro del volumen de una almendra; los repliegues ariepiglóticos formaban un relieve considerable: uno de ellos hacía prominencia en el mencionado orificio, mientras el otro permanecía inmóvil. El enfermo no sentía fenómenos de tirantez ni cornaje, y tenía tan poca incomodidad que, al principio, podía cantar.

No debe pensarse en encontrar siempre fenómenos clínicos bien definidos é idénticos, pues hay casos en que los repliegues ariepiglóticos forman relieve en la glotis, y siendo aspirados durante la inspiración, dan lugar á convertirse en verdaderos silbantes, al paso que la expiración se ejecuta con completa libertad. Por la noche, la sufusión serosa aumenta al mismo tiempo que los movimientos inspiratorios disminuyen, resultando de ello una tortura creciente que se traduce por accesos de sofocación, los cuales, en ciertos casos, acarrear la muerte casi instantánea.

Por punto general no hay dolor, excepto quizá en el edema inflamatorio de naturaleza erisipelatosa. Los enfermos acusan sensación de quemadura en la garganta. Cada esfuerzo de deglución produce fatiga respiratoria. Mas el fenómeno constante es la sensación de barra y de cuerpo extraño, que á veces constituye el síntoma inicial, y que se marca tanto más cuanto á mayor altura se halla situado el edema, lo cual se prueba por el hecho de que, cuando el edema ocupa las cuerdas vocales, los enfermos no se quejan de semejante sensación. La mayor parte de las veces se observa una tos seca, determinada por los esfuerzos que el enfermo efectúa, al tratar de limpiar la parte posterior de la garganta.

Los síntomas generales, poco marcados de ordinario, se reducen á un poco de fiebre, cansancio y cefalalgia; faltan también con frecuencia.

Los síntomas objetivos se obtenían antiguamente por el tacto digital, que, según se decía, sirve para conocer la laringitis edematosa. Bayle, Sestier y Trousseau procedían de esta manera, llevando el dedo á la base de la lengua para determinar la naturaleza del proceso morbosos.

Pero el tacto no es un guía muy seguro, porque suministra sensaciones muy confusas; además, algunos enfermos tienen la faringe muy larga y el médico puede tener el dedo demasiado corto, de donde resulta que la exploración digital será difícil, si no enteramente imposible, aun cuando el edema no sea considerable.

Por último, no debe olvidarse que los pacientes se encuentran algunas veces amenazados de muerte repentina, y que sería hacerles correr los mayores peligros el llevar el dedo a la parte posterior de la garganta. Empero puede suceder que tenga que recurrirse al tacto digital como medio de investigación, en los niños por ejemplo. Entonces convendrá proceder muy circunspectamente para no provocar la sofocación, porque, como es sabido, la laringe es muy estrecha en tan tiernos seres, condición anatómica que debe recordarse, así como la de la depresión de la epiglotis en la abertura del mismo órgano. No puedo, por tanto, recomendar el tacto digital más que cuando imperiosamente lo exijan las circunstancias ó la edad de los sujetos, máxime teniendo en cuenta que es mejor servirse del laringoscopio, que no tiene ningún peligro, y menos hoy, en que su manejo se ha hecho tan sencillo. Todo lo que puede temerse es la aparición de algunos accesos de tos ó de sofocación, que no llegarán á reproducirse en cuanto el espejo se aplique con un poco de habilidad.

Gracias al laringoscopio, y según el sitio del edema, se observará en la epiglotis una deformidad parcial ó total, según que la sufusión la haya invadido en parte ó en totalidad. Si sus dos bordes laterales están profundamente infiltrados, veránse dos rodetes adosados el uno al otro, y que ocultan la parte media de este opérculo. Si el edema interesa además su borde libre y toda la superficie laríngea, la deformidad será completa y se observará un gran tumor redondeado que suele adquirir hasta el volumen de una nuez y que oculta completamente el orificio de la laringe. Hay entonces como un verdadero hocico de tenca del útero, cuyo orificio simulan los bordes tumefactos y adosados del opérculo de la glotis.

Si ambos repliegues ariepiglóticos están atacados, se ven entonces como dos relieves piriformes adosados por su extremidad gruesa. Cuando se borra la región interaritenóidea, pueden yuxtaponerse los dos repliegues del mismo modo y ofrecer el aspecto de dos enormes granos de uva blanca (Trousseau) ó, en algunos casos, el de dos vejigas flotantes de pescado, á las que cada movimiento imprime un vaivén muy claro. El edema es en ocasiones unilateral, encontrándose interesado uno de los repliegues ariepiglóticos; entonces se comprobará un tumor ovoideo, alargado de delante atrás, y con una extremidad posterior gruesa, la cual se destaca con mayor claridad que el otro repliegue, que permanece intacto. Este edema puede quedar localizado

en un solo punto durante mucho tiempo, sin tomar parte en el proceso el otro repliegue. En todos estos casos la mucosa ofrece diferentes aspectos: ora es pardusca, completamente descolorida, lisa y tensa como la piel de la cebolla, muy delgada y como pronta á romperse; ya está estriada de manchas rojizas sobre un fondo incoloro, ó bien presenta un tinte rojo uniforme muy pronunciado, de variable intensidad.

Si la sufusión es purulenta, al hacerse violácea la rubicundez presenta un aspecto erisipelatoso. Cuando el edema de la mucosa gana las bandas ventriculares, se ponen tumefactos al inspirar. Finalmente, no hay que olvidar que á veces ataca el edema las mismas cuerdas vocales inferiores.

Verdaderamente, estos hechos son raros; pero parecen haberse hecho más frecuentes, á medida que se ha vulgarizado el uso del laringoscopio. En efecto: fuera de la observación de Semon, á la que me he referido, Risch publicó un caso que terminó en poco tiempo por la muerte, á causa de estar las cuerdas vocales inferiores edematosas, y cerrar herméticamente la laringe. Á estos hechos se han unido nuevas observaciones, y los Dres. Gottstein y Morell-Mackenzie, en sus libros, dicen haber tenido ocasión de ver muchos ejemplos. Especialmente el primero de estos autores observó un edema unilateral, y la cuerda afectada se asemejaba á un pequeño pólipo mucoso. Por otra parte, en los dos casos de Mackenzie sólo se trataba de manifestaciones sífilíticas terciarias, y sin embargo no los menciona más que á título de curiosidad. He visto igualmente un hecho de esta especie, en que el edema ocupaba la cuerda vocal izquierda, producido á consecuencia de repetidos toques en la mucosa vocal, hechos con una solución de cocaína al uno por diez. En este caso, las cuerdas edematosas parecían recubiertas en toda su longitud, ó al menos en su parte media, por un tumor mixomatoso, pardusco, transparente en su centro y más ó menos rojo en sus bordes.

CURSO. — Afecta formas diversas; puede ser muy rápido, fulminante como en las observaciones que Trousseau y Laverán refieren, y estos casos no son muy raros. Otras veces, la dolencia marcha con mucha lentitud, produciéndose el edema por brotes sucesivos, digámoslo así. Entonces la disnea sobreviene por accesos con bastantes remisiones, y termina por desaparecer con la causa que la ha producido.

En algunos enfermos, el edema se reproduce, como ya lo había observado Sestier y más recientemente el Dr. Coupard, citado por el Dr. Charazac. Estos edemas de repetición sobrevendrán, sobre todo, en los individuos diatésicos y frecuentemente expuestos á las causas que habían ocasionado la primera vez la aparición del mal.

DURACIÓN. — La duración de la enfermedad, muy variable, suele ser de seis á ocho días por término medio, pudiendo prolongarse mucho más, si el edema procede por brotes sucesivos, ó si forma parte de una hidropesía general consecutiva á una afección del corazón ó los riñones. Lo mismo ocurre en los edemas debidos á compresiones de las venas, á los abscesos de vecindad ú otras colecciones purulentas. La duración de la complicación será tan larga, como la causa determinante de la lesión que se observe.

PRONÓSTICO. — Á juicio de Sestier, no será siempre muy grave, pero es preciso decir que para este autor existían confusiones lastimosas entre la laringitis edematosa idiopática y la laringitis edematosa sintomática: entre la forma aguda y la forma crónica. No siempre debe temerse una terminación fatal. Efectivamente, si se presenta con bastante regularidad en los casos de curso rápido, lo conjuraremos siempre que, por su lentitud, permita el proceso nuestra intervención.

La gravedad del pronóstico será tanto más grave, cuanto con mayor rapidez haya seguido el edema su curso; de igual manera, cuando éste tiene lugar en un espacio de tiempo muy corto, parece ser que el enfermo pelagra mucho, si no se tiene cuidado de intervenir con la mayor actividad.

En un caso de este género fué llamado en mi ausencia el doctor Natier, entonces mi jefe de clínica, á fin de celebrar una consulta con mis excelentes colegas y amigos los Dres. Lande y Pousson, para un hombre que se sofocaba. El enfermo, de unos cuarenta y cinco años de edad, padeció primitivamente una angina aguda, que el médico combatió mediante los cáusticos líquidos (nitrato argéntico, zumo de limón); mas, de repente, después de tres ó cuatro días, los síntomas se agravaron, y á un dolor vivo, no tardó en unirse una angustia respiratoria muy penosa. El Dr. Lande vió al enfermo la víspera y antevispera, y nada le había hecho presentir un peligro inminente. Ya cuando la consulta no sucedía así, pues toda la garganta, amígdala, úvula y la epiglotis, estaban tan considerablemente tumefactas, que ocultaban por completo la laringe. La mucosa estaba excesivamente roja; nada de fluctuación. El estado general muy grave, cianosis de la cara, pequeñez del pulso, que además era muy frecuente, voz absolutamente velada, casi extinguida, é imposibilidad de percibir el murmullo respiratorio. De común acuerdo, y sin la menor duda, pensóse en la traqueotomía para conjurar un desenlace que parecía deber ser fatal en término breve. Se trataba de un enfermo vigoroso, pletórico, cuyo cuello, muy corto, debía ser un obstáculo para la operación, que, por otra parte, no se podía diferir. Se propuso al enfermo la traqueotomía, después de haber advertido á la familia la inminencia del

peligro. Fuese por pusilanimidad, ya por otras razones, este hombre rehusó la operación, sin consentir someterse á ella, á pesar de advertirle que no llegaría á la tarde. No hubo miedo á la muerte en el enfermo, y de tales empeños no resultó más que una cosa: la abstención.

Felizmente, por la noche, el edema principió á desaparecer, y á la mañana siguiente pudo considerarse al enfermo como salvado.

Acabo de referir este hecho para que no se ignore que, hasta en los casos más graves, no debe perderse nunca la esperanza. Debe deducirse de aquí una enseñanza: la de que la sofocación con asfixia indica casi siempre una muerte cierta y no es forzosamente justa la traqueotomía. Sin embargo, é insisto sobre este punto, en semejante caso no debe dudarse en proponer la operación y, si se rehusa desde luego, sigamos preparados para proporcionar un recurso pronto á los enfermos en el caso de que tuvieren necesidad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones anatomo-patológicas de la laringitis edematosa están caracterizadas por una infiltración, que puede ser simplemente serosa, ó bien sero-purulenta.

El Dr. Goix pretende que la enfermedad termina siempre por la formación de un absceso, lo cual es una opinión exagerada, supuesto que existen manifiestamente casos de infiltración serosa pura.

Sestier comprobó infiltración hemorrágica, pero entonces se trataba, como hemos dicho, de un enfermo atacado de viruela hemorrágica. La infiltración se produce con más facilidad, si el tejido celular es muy flojo. Las partes atacadas, por su orden de frecuencia, son: los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares y la epiglotis; de ésta, en sus caras laríngea y lingual, rara vez en su borde libre. Semon y Massei han señalado asimismo el edema agudo, localizado exclusivamente en las cuerdas vocales inferiores. El Dr. Morell-Mackenzie va más lejos todavía, pues dice en su tratado que en ciertos casos, en verdad muy raros, hubiera podido seguir el edema á lo largo de la tráquea y hasta la bifurcación de los bronquios. Es evidente que cambiará la extensión del edema, lo mismo que su intensidad y su localización, según las causas que lo hayan determinado. Así, el edema de la laringe provocado por un absceso de vecindad, será mucho más limitado que el que resulta de una enfermedad cardíaca, por ejemplo. Particularidades que se explican bastante bien por sí mismas, sin que considere útil el insistir demasiado.

Si se acaban de seccionar los tejidos infiltrados de la laringe, generalmente no se derrama al corte más que muy poco, y á veces nada de líquido; además, no sale á la presión. Partiendo de este hecho, algunos autores han querido rechazar la expresión «edema de la laringe», diciendo que es un término absolutamente impropio.

Pero no se trataba, á mi juicio, más que de una simple discusión de palabras, y si se quieren considerar bien los síntomas objetivos de la dolencia, creo se puede conservar la denominación, que no prejuzga nada, y que responde á una idea aceptada por la generalidad.

Recuérdese asimismo que la autopsia da habitualmente una débil idea de la infiltración existente durante la vida, puesto que, después de la muerte, se produce una depresión tanto más marcada, cuanto más seroso era el líquido infiltrado.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico del edema de la laringe presentaría indudablemente alguna dificultad, antes de la invención del laringoscopio, porque la estenosis, que constituye el síntoma principal, está distante de ser característica por sí misma; mas en la actualidad, y gracias al espejo laríngeo, puede conocerse fácilmente el estado de las partes.

Acaso, antes de practicar el examen laringoscópico, quepa caer en error y pensar en la parálisis de abductores que simula la infiltración de los repliegues ariepiglóticos por consecuencia de la falta de separación de las cuerdas vocales, y del cornaje que la acompaña. Pero el espejo disipará la duda al comprobar con claridad la infiltración, su grado y su naturaleza.

Los aneurismas de la aorta pueden también producir, por compresión, la parálisis de las cuerdas. Los pólipos, por los desórdenes de la voz y la dispnea, simulan á veces la laringitis edematosa. Cuanto al error que pudiera resultar de la presencia de cuerpos extraños, me limitaré á mencionarlo, porque los conmemorativos y el laringoscopio no permiten persistir en él, por lo menos en la mayor parte de los casos.

Hay autores que han intentado establecer un diagnóstico diferencial entre la laringitis edematosa y el edema de la laringitis estridulosa. Ahora bien; creo, de acuerdo en esto con el profesor Massei, que importa poco hacer una distinción entre ambas enfermedades, cuya sintomatología es sensiblemente la misma. En efecto: con frecuencia se encuentran síntomas de infiltración de los repliegues ariepiglóticos, en los dos casos.

En los niños, á consecuencia del inconveniente que se experimenta para practicar el examen laringoscópico, será más difícil de establecer el diagnóstico entre la laringitis edematosa y la difteria.

El arrojar falsas membranas caracteriza, es verdad, la difteria, pero esta expulsión no se realiza en conjunto; el curso general de la dolencia, la rareza del edema primitivo en el niño, son elementos de diagnóstico de que convendrá tener cuenta oportunamente. Por lo demás, siendo el mismo tratamiento, el error no puede tener conse-

cuencias graves En la laringitis edematosa que acompaña á la erisipela, existirán todos los síntomas de la erisipela ordinaria, lo cual no sucede cuando se trata de un edema simple. El dolor á la deglución, la fatiga respiratoria, el curso de la enfermedad, la temperatura y el aspecto local, bastarán para fundamentar el diagnóstico.

Por último, cuando el edema esté asociado á una afección general, el diagnóstico no se completará hasta que se haya reconocido la causa determinante

TRATAMIENTO. — Si se asiste al principio de una laringitis edematosa, consecutiva á una inflamación aguda, se administrará un laxante salino (sulfato de sosa ó sal de magnesia, por ejemplo, á la dosis de 15 á 20 grámos). También podrán prescribirse las diversas aguas purgantes universalmente conocidas y empleadas. Si es una persona vigorosa, prestarán un beneficio real las sanguijuelas aplicadas en cada lado de la laringe, en mayor ó menor número. Los revulsivos cutáneos están indicados por delante del cuello y en la nuca, y según Rühle, también en el pecho y las extremidades, así como las cataplasmas calientes en la laringe. Igualmente probarán bien, en algunos casos, las inhalaciones astringentes, aromáticas, antisépticas ó calmantes, y las fumigaciones bien hechas con la cabeza completamente cubierta. Se han aconsejado las aplicaciones de hielo en el cuello, y tomado al interior en pequeños pedazos.

En fin, como agentes medicamentosos, citaré los pediluvios excitantes y las tisanas calientes (tila, saúco, etc., etc.), con objeto de activar el sudor.

En un caso de edema agudo de la laringe, con edema de las extremidades en el curso de una nefritis crónica, dice Gottstein que, después de una inyección de pilocarpina, desapareció completamente el edema de la laringe, al paso que los demás edemas sólo desaparecieron parcialmente. He aquí un medio racional de combatir esta afección, que podremos emplear oportunamente.

No quiero pasar en silencio las escarificaciones que algunos autores recomiendan, y que Lisfranc fué el primero en practicar, si bien creo no produzcan grandes resultados.

Si se recuerda que las mallas del tejido conjuntivo no comunican entre sí, se comprenderá que la acción de las escarificaciones sea completamente local y no dejen correr libremente el líquido al exterior. Sin embargo, si los repliegues infiltrados son muy movibles y de aspecto gelatinoso como la úvula, pueden utilizarse las escarificaciones, haciéndolas con todas las reglas de la antisepsia. Al objeto, se usará el cuchillo, ó todavía mejor, la lanceta oculta. El galvanocauterio, aplicado en puntos ó incisiones, dará resultados excelentes. Por desgracia,

estas operaciones, que requieren cierta destreza en las maniobras laringoscópicas, se harán siempre bajo la luz del espejo sostenido con la mano izquierda.

Si estos diversos medios no producen resultado favorable, queda un postrer recurso, la traqueotomía. Constreñidos á practicar esta operación, no debe olvidarse nunca que la más exquisita prudencia exige mucho cuidado al quitar la cánula, pues la fístula artificial se cerrará con mucha prontitud, y los enfermos quedarán por esta causa sujetos á nuevos accidentes de sofocación. Además, como sencillamente se habrá combatido un síntoma, deberá atenderse á la causa generadora del edema por medio de todos los recursos terapéuticos. Habrá que vigilar la higiene del enfermo é instituir un régimen propio de su estado, especialmente cuando existan síntomas secundarios.

El examen laringoscópico nos dirá cuándo debe quitarse definitivamente la cánula, sin temor de que se repitan los accidentes ó accesos de asfixia.

Abscesos de la laringe.

Sumario. — Definición. — Los abscesos de la laringe no han sido bien estudiados hasta el comienzo de este siglo. — Es preciso dividirlos en intra y extralaringeos. Su etiología es compleja. — Causas generales; causas locales. — Influencia del frío, de los traumatismos, de la fiebre tifoidea, de la tuberculosis y de otras afecciones generales. — Se marcan mucho los síntomas funcionales; el dolor es vivo, la voz alterada y la respiración fatigosa. Peligros del tacto digital; aspecto de la laringe ante el espejo; sitio de predilección; valor del tumor; deformidad del órgano vocal. — La patogenia de los abscesos de la laringe es variable. — Caracteres del pus. — El curso varía con la causa; es progresivo y la duración variable. — El pronóstico es serio, sin ser siempre fatal; la curación espontánea es posible; la sofocación brusca suele terminar la escena. — El diagnóstico es habitualmente bastante fácil. — El tratamiento será médico y quirúrgico. Resolutivos. — Evacuación del pus. — Traqueotomía.

DEFINICIÓN. — Con el nombre de abscesos de la laringe debe comprenderse toda colección purulenta formada á expensas de las partes que constituyen el órgano vocal y que tienen su sitio, ya en el mismo interior del órgano, ya en las partes inmediatamente próximas.

HISTORIA. — Es cierto que los abscesos de la laringe han existido en todo tiempo; empero no habrá que asombrarse de que su conocimiento sea relativamente nuevo. Hay que atribuir esta ignorancia á la escasez de los medios de que se disponía para reconocerlos, y también á las ningunas nociones que los antiguos tenían en anatomía patológica. Tenemos que llegar, en efecto, á principios del siglo actual, para ver establecida de un modo positivo la existencia de los abscesos de la laringe.

Tuilier refirió en 1815 en su *Tesis* la observación de un enfermo que había muerto de asfixia al cabo de dos días en el curso de la convalecencia. Ahora bien; la autopsia demostró en este caso un tumor blando en el borde superior de la laringe, que contenía una materia sero-purulenta. Debourgues, en 1818, mencionó el primer caso de foco purulento bien limitado, con necrosis de los cartílagos. En un en-

fermo de Bouillaud, en 1825, se encontró el cricoides denudado y rodeado en casi toda su extensión por una colección purulenta. P. Cruveilhier comunicó á la Sociedad Anatómica, en 1833, un caso casi idéntico.

Omitiré otros hechos aislados (Morell-Mackenzie, Bruns, Massei, Hering, etc., etc.), que no tienen más interés que desde el punto de vista estadístico, y señalaré en particular la excelente Memoria que Sestier publicó en 1852. En este trabajo insiste el autor en la « necrosis aguda y parcial de los cartílagos, del cricoides especialmente, acompañada de ordinario de abscesos, y á veces de úlceras, que no son más que la consecuencia del trabajo necrótico y supurante de los tejidos colocados debajo de la mucosa.»

Por último, daré fin á este recuerdo histórico remitiendo á los que más particularmente interese, á la tesis del Dr Janicot, publicada en 1879, y en la que se encuentran preciosas indicaciones. Tantas, que en el transcurso de este estudio he de pedir mucho prestado al mencionado trabajo, el mejor resumen que poseemos de nuestros conocimientos sobre los abscesos de la laringe.

DIVISIÓN. — Refiriéndome á la definición que he dado poco há, se comprende fácilmente que los abscesos de la laringe se dividen en dos grandes categorías.

Si la colección purulenta formada en el órgano vocal adquiere un desarrollo completo y viene á terminarse en el mismo sitio, ya natural, ya artificialmente, se tendrá una primera clase de abscesos que pueden calificarse de intrínsecos. Por el contrario, cuando el pus se extiende por los puntos próximos, el absceso, situado fuera, será entonces extrínseco ó extralaringeo. Á estas grandes divisiones pudieran unirse otras, según haya sido respetada ó no la laringe por el proceso necrótico, y según también se haya limitado la inflamación á la mucosa ó haya invadido el tejido muscular; pero, de todos modos, nos atenderemos exclusivamente á la división en: 1.º, abscesos intralaringeos, y 2.º, abscesos extralaringeos, que nos parece la más sencilla.

ETIOLOGÍA. — Lo primero que llama la atención acerca de los abscesos de la laringe, es que se ven casi exclusivamente en los jóvenes y en los adultos. Sin embargo, esto se explica con facilidad por el hecho de que los hombres se hallan más expuestos que las mujeres á las causas accidentales, y también porque las inflamaciones agudas pertenecen, sobre todo, á la adolescencia y á la edad adulta.

Los abscesos de la laringe se someten á todas las causas que pueden determinar la inflamación general de este órgano. Se reconocen dos clases de causas: 1.ª, las predisponentes; 2.ª, las ocasionales.

A. *Causas generales predisponentes.* — Son las inflamaciones crónicas del órgano vocal, complicadas con ulceraciones, las caries y las necrosis. Ciertas enfermedades muy debilitantes, por una convalecencia muy larga y muy grave, pueden complicarse con abscesos del órgano vocal. Así se los ha visto presentarse con frecuencia en la convalecencia de la fiebre tifoidea, de la viruela, de la escarlatina ó del sarampión. No se puede negar la influencia de las diátesis tuberculosa, sífilítica, cancerosa ó escrofulosa. Es muy probable que el reumatismo y la erisipela jueguen un papel de importancia en la producción de los abscesos de la laringe.

B. *Causas locales ocasionales.* — El frío, y especialmente el frío húmedo, han sido recriminados, como en otras muchas enfermedades, pero no se podría definir su acción; quizá sucede como con algunos microbios que, cuando están suspendidos en el aire, poseen una eficacia mayor y que se deja sentir mejor en la convalecencia de las enfermedades de que he hablado más arriba, ó bien en la erisipela de la cara ó en el muermo.

Las flegmasias de vecindad pueden repercutir en la laringe, como la amigdalitis, la faringitis, la bronquitis ó diversos tumores de cualquier naturaleza que sean.

Los traumatismos, las heridas por instrumentos punzantes, cortantes ó contundentes, las compresiones y las fracturas acarrearán asimismo abscesos de la laringe.

Generalmente sintomáticos de una laringitis catarral crónica, los abscesos de la laringe se producen de repente, en algunos casos, por ser inmediata la supuración del tejido celular submucoso, cual ocurrió en los hechos mencionados por Miller, Sestier y Lailler.

La fiebre tifoidea suele acompañarse de accidentes laríngeos tan graves, que los alemanes creyeron deber hacer una dolencia especial, que designaron con el nombre de laringo-tifus. Según la opinión de Sestier, se trataba, en este caso, de manifestaciones locales de la diátesis purulenta, gangrenosa y necrósica, que bastante ordinariamente se une á la fiebre tifoidea. Se ha dicho que pasaba en la laringe algo semejante á lo que se observa en el ileon y en el bazo en la dotinentería, lo cual, por lo demás, se ha explicado, haciendo notar que, en una parte y otra, se encontraban folículos linfáticos cerrados, que eran el punto de partida de los abscesos.

Los abscesos de la laringe en la tuberculosis ó en la sífilis parecen al presente suficientemente establecidos para que sea imposible intentar poner en duda su existencia. Pueden también complicar la viruela en la convalecencia. Pruébalo la observación muy curiosa de Trousseau, concerniente á un enfermo que, desde el principio de la viruela, presentaba signos de laringitis. Repentinamente tuvo accesos

formidables de ortopnea, y murió antes de que se pudiese hacer la traqueotomía. Ahora bien; al practicar la autopsia se encontró una extensa infiltración de los repliegues ariepiglóticos, y en el espesor de la pared faringo-laríngea un absceso como un huevo de paloma. La colección purulenta sobresalía interiormente por encima de las cuerdas vocales.

Los cuerpos extraños que penetran en la laringe, así como líquidos en ebullición, cáusticos sólidos ó líquidos, etc., etc., determinan alguna vez tumores que consecutivamente se convierten en colecciones purulentas.

SÍNTOMAS. — Los abscesos de la laringe son con frecuencia un epifenómeno de otra enfermedad, y sus síntomas pasan inadvertidos, porque la enfermedad principal los oscurece. Motivo por el cual creo enteramente inútil insistir sobre los fenómenos iniciales que los de la laringe presentan. Por el contrario, cuando la enfermedad se caracteriza obsérvanse síntomas de dos órdenes: funcionales y físicos.

A. Síntomas funcionales de los abscesos de la laringe. — El enfermo, después de haber presentado durante algunos días repetidos accesos de fiebre, más ó menos frecuentes y de variable intensidad, acusa pronto en el cuello un dolor pungitivo que refiere á un punto fijo y localizado en la laringe, y que á veces se irradia hasta el oído; sin embargo, esto es bastante raro y constituye simplemente una excepción.

Por regla general, el dolor se exaspera á la presión y deglución, sobre todo si se trata de alimentos sólidos é insuficientemente triturados; de igual manera, los accesos de tos van acompañados de una sensación penosa, que hace ejecutar al enfermo movimientos convulsivos. Acusan los enfermos también una sensación de cuerpo extraño, y hacen esfuerzos de expuición como si quisieran desembarazarse de un obstáculo que tuviesen en la laringe.

La disfagia, menos frecuente ya, tiende al sitio que el absceso ocupa, se hace violenta cuando la colección se forma en la parte inferior de la faringe, en el espesor de la pared faringo-laríngea ó en la base de la laringe, y cuando el absceso es de un volumen considerable.

Mas cuando la disfagia es bastante pronunciada para atraer la atención del enfermo, y aun á menudo antes, compruébanse trastornos respiratorios y fonéticos muy caracterizados. En efecto: según el sitio y volumen del absceso, cuando, por ejemplo, sobresale en las cuerdas vocales, hay una dispnea manifiesta durante la inspiración, porque las cuerdas se ponen en contacto, impidiendo que el aire penetre en el árbol respiratorio. Esta dispnea puede repetirse por accesos y poner con rapidez en peligro la vida del enfermo, como en el caso de Trousseau que más arriba hemos citado.

En los comienzos, la voz se enronquece ligeramente si el absceso se manifiesta en las cuerdas vocales. Paulatinamente se acentúan los desórdenes, la voz se hace más velada, y hasta se extingue en absoluto, á consecuencia de la factible inmovilidad de una de las cuerdas vocales y también del dolor que el enfermo experimenta en los esfuerzos de la fonación.

La tos sufre las mismas alternativas; al principio ligeramente accesimal, clara y sonora con intermedios lejanos, se hace más frecuente, paroxística, y después de haber presentado ronquera muy definida, concluye por extinguirse.

B. *Síntomas físicos de los abscesos de la laringe.* — Como se comprende fácilmente, los síntomas funcionales que hemos enumerado, por otra parte poco constantes, están lejos de ofrecer la claridad apetecible para afirmar que existe un absceso de la laringe. Podrá también tratarse sencillamente de signos presuntivos, cuando los síntomas físicos sólo constituyan verdaderos signos de certidumbre.

Numerosas son, en efecto, las afecciones de la laringe en que se observan la disfagia, la disnea y los desórdenes vocales con caracteres sensiblemente idénticos á los que hemos asignado poco ha á los abscesos del órgano vocal. De aquí la posibilidad de confundirnos, si únicamente nos atenemos á estos signos. Sin embargo, como antes del período laringoscópico era éste el conjunto sintomático de que se disponía, es obvio que pasaban á menudo inadvertidos los abscesos de la laringe, como la mayor parte de las afecciones de este órgano. Alguna vez, asimismo con bastante frecuencia, se practicaba el tacto; pero sin tener en cuenta los peligros á que se exponía inmediatamente al enfermo, y no constituyendo, en realidad, más que un recurso muy insuficiente para establecer el diagnóstico.

Los abscesos de la laringe son, como ya hemos dicho, extra ó intralaringeos propiamente dichos. Estos últimos no se reconocen de una manera exacta, sino por el examen laringoscópico. Efectivamente, con la sola ayuda del espejo se puede reconocer el sitio del absceso, que, cual los de los casos del Dr. Morell Mackenzie, dice haber encontrado seis veces en la raíz de la epiglotis. En trece casos que observó, había tres abscesos en las bandas ventriculares, y tres veces en los repliegues ariepiglóticos. En uno de Tobold, la afección tenía su sitio en el repliegue ariepiglótico izquierdo, y en otro, en el rodete de la epiglotis. Siendo frecuentemente el absceso consecutivo á una pericondritis, y atacando ésta preferentemente al aritenoides ó al cricoides, se observarán especialmente las colecciones purulentas en las partes superior é inferior de la laringe.

El tumor que el absceso forma, de pequeñas dimensiones al principio, puede aumentar y adquirir el volumen de una avellana, y en

ciertos casos el volumen de una pequeña nuez, de una castaña, ó también dimensiones más considerables si la colección se encuentra en la base de la epiglotis, ó en uno de los lados del órgano vocal. El opérculo de la glotis está entonces rechazado hacia atrás, replegado sobre sí mismo, y la laringe, por completo comprimida, cae hacia el lado opuesto al tumor, no siendo raro observar un infarto mayor ó menor de los ganglios submaxilares.

El absceso es único casi siempre, pero, esto no obstante, se encuentran de una manera bastante á menudo excepcional, pequeñas colecciones aisladas que, más tarde, se reúnen para formar un solo tumor.

Por medio de un primer examen, se comprobará frecuentemente, al nivel del absceso, que la mucosa es de un color rojo vivo, de color vinoso, que se destaca muy claramente, por su color subido, de las partes circundantes. Al cabo de algún tiempo, se borra la rubicundez y la mucosa se hace más pálida y delgada, para poder percibir por transparencia el pus que recubre. Al llegar á este momento, la certeza es casi absoluta, y la completaremos tocando el tumor con una sonda laríngea, permitiendo á una mano ejercitada percibir la fluctuación cuando ésta se manifiesta lo bastante para reconocerla.

Tales son los síntomas de los abscesos de la laringe. Hanse indicado otros que no tienen más que un valor relativo, como el *ruido de sierra* que se dejaba oír en un enfermo de Frey, en cuya autopsia se encontraron los dos aritenoides casi completamente destruidos y adheridos por su base; un *ruido de fuelle* en un enfermo de Delpech, que lo explicaba por haber formado la mucosa ulcerada una válvula, descubriéndose en la necropsia un fragmento de cartilago que flotaba en la laringe; y por último, Faure oyó en un caso un *ronquido* continuo, que comparó al soplo tubario.

Cuanto á los síntomas generales, no me he de detener, porque pueden ser los de la afección general, de que el absceso de la laringe no es más que un epifenómeno. Para esto, basta recordar lo que hemos dicho en la etiología.

PATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Los abscesos de la laringe suponen una afección anterior del órgano vocal, en la mayoría de casos. Se trata frecuentemente, ya de una laringitis crónica simple, ya mejor de una laringitis ulcerosa, ulteriormente complicada de necrosis de los cartílagos con colección purulenta.

En ciertos casos de inflamación subaguda, la lesión puede recaer exclusivamente en el tejido celular submucoso, y localizarse el proceso. Pero, por punto general, los desórdenes se extienden más lejos, y no tarda en ser atacado el pericondrio. Raro es que la pericondritis se generalice; casi siempre, padece uno de los cartílagos ó una simple

porción de uno de ellos. Luego sobreviene una hinchazón, que aumenta pronto por el edema consecutivo del tejido conjuntivo submucoso que la rodea. Á seguida se produce la colección purulenta, entre el pericondrio y el cartilago; éste, despegado, puesto al-desnudo, no tarda en necrosarse, por falta de nutrición. Una vez necrosado, obra el cartilago como un cuerpo extraño que provoca inflamación de vecindad y abscesos consecutivos. Si la colección purulenta se hace considerable, puede romperse y dar salida al pus y fragmentos de cartilago. La rotura espontánea expone alguna vez á los enfermos á peligros mortales, fáciles de concebir.

En la *laringitis úlcero-necrósica primitiva* de Charcot y Dechambre, se produce espontáneamente la pericondritis, se forma el pus y se perfora últimamente la mucosa. Aparte de esto, el proceso afecta sensiblemente el mismo curso.

El laringoscopia nos ha revelado ya los caracteres macroscópicos del absceso de la laringe. En los casos que terminan por la muerte, demuestra la autopsia que la mucosa de la laringe, al nivel del absceso, está fuerte, lardácea, ó bien blanda y floja. El líquido coleccionado lo constituye el sero-pus, ó un pus fluido cremoso ó concreto, alguna vez de un blanco sanioso. Generalmente inodoro, puede, por el contrario, adquirir una fetidez notable, cuando ha sufrido el contacto del aire. En la colección purulenta sobrenadan vestigios de cartilago necrosado, de color pardusco y en ocasiones casi negro.

Sometido al examen microscópico, contiene el pus, según los casos, bacilos de la tuberculosis ó bacilos de Fehleisen, los cuales atestiguan, por ejemplo, que los abscesos deben atribuirse á una de las afecciones que aquéllos caracterizan. Si se trata de una enfermedad de otra clase, se encontrarán ciertos detalles que indicarán su naturaleza.

Las alteraciones propias de la pericondritis y de la necrosis de los cartilagos no presentan nada especial en los cartilagos de la laringe.

CURSO Y COMPLICACIONES. — El curso de los abscesos de la laringe varía con la causa que los ha producido. Efectivamente, los que se refieren á una herida, á un traumatismo cualquiera, ó á una afección aguda, tienen una evolución mucho más rápida que los que son debidos á una enfermedad diatésica.

Es preciso también distinguir si se trata de una colección purulenta repentina ó si, por el contrario, la lesión ha principiado por la mucosa. En el primer caso, caminarán los fenómenos con mucha rapidez y la destrucción del cartilago se producirá desde el principio. El enfermo experimenta entonces un dolor muy vivo, debido á la tensión de los tejidos, y cuya existencia se prolonga hasta que la colección purulenta se evacua natural ó artificialmente. Cuando el proceso prin-

cipia por la ulceración de la mucosa, el curso puede ser mucho más lento, y no formarse más que tardíamente el absceso, por haber, digámoslo así, un derrame incesante de pus por la herida que previamente se estableció.

Los abscesos que tienden á evacuarse en el interior de la laringe, marchan generalmente más de prisa que los que se dirigen al exterior, á causa de encontrar éstos en la piel un obstáculo más resistente que la mucosa. Pasan también largo tiempo inadvertidos, y se enquistan en uno de los espacios musculares que pueden franquear.

No trataré de seguir á la colección purulenta en sus diversas emigraciones; basta con tener presente la anatomía de la región, en medio de la que se halla situada la laringe, para comprender que, en ciertos enfermos, la colección purulenta podrá encontrarse muy distante de su punto de origen.

Merecen seria atención las complicaciones que suelen sobrevenir en el curso de los abscesos de la laringe. La disminución del calibre de la glotis expone al enfermo á los peligros de una sofocación que, en ciertos casos, puede hacerse inmediata si el absceso aumenta rápidamente de volumen. Además, debe reputarse como muy grave la angina laríngea edematosa, que se encuentra casi siempre en semejantes casos. La penetración del pus en los bronquios, después que el absceso se abre, es capaz de producir una pneumonía séptica. La dificultad que el enfermo experimenta para expeler las mucosidades procedentes de los bronquios determina alguna vez, por debajo de la glotis, un tapón mucoso, que obra como un cuerpo extraño. La paresia y también la parálisis de la mucosa laríngea, favorecerá en ocasiones la penetración en el órgano vocal de cuerpos extraños ó de esquirlas desprendidas de la laringe.

Omito las complicaciones que pueden resultar de la enfermedad principal.

Cuando se abre el absceso y es completa la evacuación del pus, cabe suceder que, bajo la influencia de la tos y del estornudo, penetre el aire en la bolsa que contiene el pus, y se forme un tumor gaseoso que dé lugar á un enfisema localizado. En casos análogos, y auscultando la bolsa, se oirá la pequeña crepitación que caracteriza el enfisema.

Por último, cuando el absceso se vacía exterior ó interiormente, obsérvanse fistulas que, según el sitio en que se abren, son ciegas externas ó ciegas internas. En un caso, vió Ricard, á consecuencia de síntomas graves en la laringe, formarse un pequeño tumor fluctuante en la región tiro-hioidea; poco á poco se ulceró la piel que lo cubría por delante del cuello, produciéndose una ulceración redondeada, de la que resultó una fístula ciega externa.

TERMINACIÓN Y PRONÓSTICO. — Antes del descubrimiento del laringoscopio, cuando era tan difícil diagnosticar con certeza los abscesos de la laringe, éstos debían muchas veces pasar inadvertidos. La consecuencia de tal ignorancia tenía que ser muy perjudicial para los enfermos, toda vez que, por esa misma razón, estaban expuestos á los mayores peligros. Acabo de indicar las fases sucesivas por que pueden pasar los abscesos de la laringe, de donde se desprende que están sometidos á numerosas variaciones.

Actualmente es bastante raro ver que los abscesos de la laringe, como enfermedad local, puedan acarrear la muerte, ya que es factible el reconocerlos pronto, gracias al espejo laríngeo, y, por consiguiente, prepararse ante las eventualidades que sobrevengan, tales como la asfixia, por ejemplo. Así es que sólo en casos enteramente excepcionales se recurre á la traqueotomía, porque, prevenidos á tiempo, tendremos tiempo hábil de practicar la abertura artificial de los abscesos.

No conviene, sin embargo, creer que las colecciones purulentas, abandonadas á sí mismas, conducen fatalmente á la muerte, pues puede verificarse la reabsorción ó bien el pus evacuar-se espontáneamente, sin que resulte el menor daño para el enfermo. Cuando los cartilagos quedan inmunes, y en lesiones muy circunscritas, es cuando se presenta tan feliz terminación.

La laringostenosis, ya resulte de los abscesos, ya por la hiperplasia de los tejidos, agravará el pronóstico, si no se pone inmediatamente remedio. El enfermo se halla entonces sometido á todas las angustias de la asfixia, y morirá en medio de los más violentos accesos de sofocación ó, por el contrario, sucumbirá á una asfixia lenta y progresiva.

DIAGNÓSTICO. — La mayor parte de los signos que hemos indicado en la sintomatología tienen una importancia capital; mas pueden algunos faltar, y hacerse los restantes de todo punto insuficientes.

El edema de la glotis presenta mucha analogía con los abscesos de la laringe; el curso, sin embargo, es quizá más rápido, y la laringe, atacada en todas sus partes. Si el cricoides padece, toda la parte superior de la glotis queda libre en los abscesos, y entonces la sensación de cuerpo extraño se marca poco, y menos profusamente que en el edema. Según Morell Lavallée, la infiltración del velo del paladar será un signo importante del edema. Si en los casos de cornaje ha podido surgir la idea de un aneurisma de la aorta, se disiparán las dudas examinando la arteria.

La laringitis estridulosa, por la poca edad de los sujetos y los fenómenos pasajeros, así como el erup por las falsas membranas que

pueden encontrarse en la parte posterior de la garganta ó que son expectoradas, se diferenciarán con bastante facilidad del absceso.

Por los conmemorativos y, en su defecto, por el examen directo, se reconocerán los cuerpos extraños.

Tendrán un síndrome mucho menos terrible los tumores de diversa naturaleza, y no escaparán á un examen formalmente conducido.

Si el examen es superficial, podrá haber confusión con el absceso retrofaringeo; pero, con un poco de atención, se evitará el error.

Con el espejo lograremos conocer el sitio del tumor, su volumen y su grado de evolución. Ya hemos dicho que alguna vez se comprobaba un color amarillento por transparencia, á través de la mucosa; éste es, según Bruns, el único signo laringoscópico cierto.

Si por medio del tacto nos es posible reconocer en ciertos casos un absceso de la laringe, no deja, sin embargo, de ser muy infiel este medio y presentar peligros graves para el enfermo. No puedo, pues, recomendarlo, y preferiremos el examen laringoscópico, que ofrece mayor seguridad y mucha más certeza.

TRATAMIENTO. — Para el tratamiento del absceso de la laringe, le hemos de considerar como enfermedad local, sin tener en cuenta la afección que haya podido producirlo. La conducta que habrá de seguirse variará según la dirección que tome el pus, y también según la importancia de la misma colección purulenta. En su virtud, nos ocuparemos sucesivamente del tratamiento de los abscesos extralaringeos y del de los abscesos intralaringeos.

A. *Abscesos extralaringeos*. — Ciertos autores han visto á las colecciones purulentas reabsorberse por sí mismas y desaparecer de una manera completa; no hay que extrañarse, por lo tanto, de que se haya pensado en provocar *la absorción* por medios apropiados, cuando se juzgaba no había de efectuarse por sí sola en un plazo próximo. Así, se ha recomendado dirigir la atención al estado general, prescribiendo reconstituyentes y tónicos diversos, al mismo tiempo que seguir un régimen higiénico perfectamente determinado. Hanse formulado los resolutivos, como el iodo y el ioduro de potasio. Igualmente han producido laudables resultados los vejigatorios y otros revulsivos, así como los purgantes drásticos; pero todos estos medios, como la hidroterapia en sus más variadas formas, no han servido de mucho para combatir el estado constitucional, y, en una palabra, para prevenir que los abscesos se formen, y menos para detener su curso.

Mucho más lógica y expedita nos resulta la simple *evacuación*. Los medios que se emplean para conseguirla son muy diversos, siendo uno de ellos la punción capilar, extrayendo el líquido purulento por aspira-

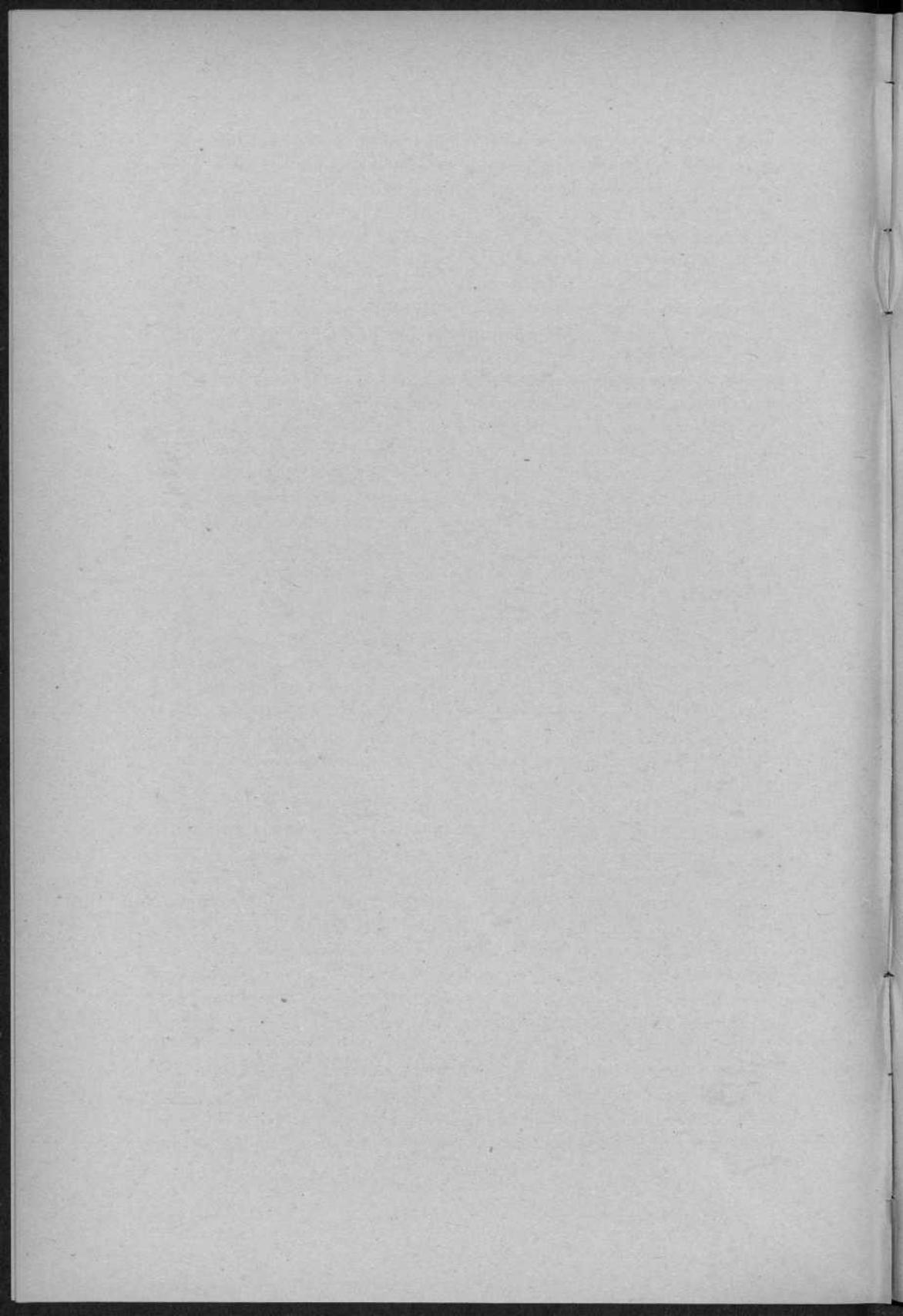
ción con el aparato de Dieulafoy. Las incisiones oblicuas subcutáneas constituyen asimismo una práctica excelente. Medios son éstos que pueden recomendarse, si no acarrear una cicatriz viciosa demasiado considerable, posibilidad en que es preciso pensar, en las niñas sobre todo, que aspiran, con justicia, á tener intacta la piel del cuello. Púedese, en estas últimas, colocar un sedal de hilos de crin, que se disminuirá en su número todos los días, hasta que no dejen más que una cicatriz puntiforme. Son éstos, en realidad, pequeños detalles, pero que no carecen de importancia y no conviene olvidarlos.

Acostumbra, sin embargo, á suceder que la evacuación del pus no se realiza de un modo satisfactorio por estos procedimientos; entonces debe recurrirse á la incisión franca y amplia. Tan profundas cuanto sea preciso, deben, esto no obstante, restringirse sus dimensiones á sus más pequeños límites, por los motivos que he dado á conocer poco ha. Trataremos la solución de continuidad por nosotros abierta, con los cuidados minuciosos comunes á los procedimientos antisépticos actualmente en uso.

B. *Abscesos intralaringeos*. — Antiguamente se procuraba hacer desaparecer los abscesos formados en el interior de la glotis, por los más variados antiflogísticos, sangrías, sanguijuelas, ventosas escarificadas y vejigatorios. Prescribíanse igualmente fomentaciones en la parte anterior del cuello, las inhalaciones de vapores calientes, los pediluvios muy calientes, también los purgantes, etc. Trousseau creía producir una inflamación sustitutiva, colocando un sedal delante del cuello; Guéneau de Mussy friccionaba la región prelaríngea con el aceite de cróton y cauterizaba el orificio superior de la laringe con el nitrato de plata, cuya práctica nos parece muy arriesgada. Los vomitivos constituyen un medio muy infiel.

Hoy están abandonados la mayor parte de estos procedimientos, porque exigen demasiado tiempo y no siempre llenan el objeto á que se les destina. El espejo, permitiéndonos reconocer la situación del absceso, se prefiere actualmente para practicar la abertura con lancesas laringeas apropiadas á cada caso. Esta intervención, mucho más rápida, procura un alivio inmediato y se opone á los peligros que pueden amenazar al enfermo. Por lo tanto, á ella convendrá recurrir en los casos de urgencia. Requiere, es cierto, una costumbre y una seguridad de pulso, que sólo se adquiere con la práctica. Si esto es un inconveniente, tiene su excusa sabiendo que es común á otros procedimientos operatorios.

En ocasiones, y á pesar de todo, habrá necesidad de practicar la traqueotomía para mayor seguridad. Mas es un medio éste al que sólo recurriremos en último extremo, y cuando, sin poder eludirlo, se trate de salvar la vida del enfermo.



Laringitis crónica simple, ó catarro crónico de la laringe.

Sumario. — ¿Qué debe entenderse por este nombre? — La laringitis granulosa no forma una especie distinta. — Etiología general y local. — Los síntomas funcionales son sobre todo los desórdenes vocales; particularidades de estos últimos en los cantantes. — Aspecto de la laringe y de las partes atacadas; hay ulceraciones catarrales. — Parálisis y roturas musculares; explicación de la voz cascada. — La duración de la enfermedad es larga; el diagnóstico fácil. — El tratamiento se dirigirá al estado general y local. — Empleo de tópicos laringeos. — Las aguas minerales están indicadas en ciertos periodos de la enfermedad.

DEFINICIÓN. — Descrita separadamente por algunos autores, y confundida por otros con la laringitis granulosa, la laringitis crónica simple, como su nombre lo indica, es una inflamación crónica de la mucosa laringea. Krishaber, Peter é Isambert han creído deber distinguir la laringitis crónica simple y la laringitis granulosa. Ahora bien; como luego veremos, los síntomas de las dos afecciones ofrecen entre sí las mayores analogías, y por esta razón no experimentamos repugnancia en comprenderlas bajo una misma descripción. De la misma manera, la laringitis hipertrófica no nos parece ser más que una modalidad de la laringitis crónica simple; en cuanto á la laringitis seca, por el contrario, nos parece merecer una descripción particular, por los síntomas especiales que presenta, y al efecto será objeto de una descripción especial.

ETIOLOGÍA. — La laringitis crónica simple es generalmente consecutiva á laringitis agudas sucesivas, ó también, á veces, á una simple laringitis aguda. Ciertos sujetos parecen tener para esta afección una predisposición innata. Morell-Mackenzie dice haber observado siete casos de este género en hombres. Asistió además á un enfermo que, al mismo tiempo que estaba atacado de una laringitis crónica, tenía un poco de engrosamiento del tercio inferior del esófago, embarazo gas-

tro intestinal y cistitis crónica; es decir, que dicho individuo presentaba una tendencia ostensible á la inflamación crónica de muchos conductos mucosos. Á menudo se la encuentra en enfermos que tienen una prolongación de la úvula, y en estos casos su producción se efectuaría de la manera siguiente: la úvula prolongada, titilando de un modo continuo el orificio laríngeo, y provocando accesos de tos, daría lugar, como consecuencia, á una congestión crónica de la mucosa de la laringe. Ziemssen pretende, por el contrario, que se ha hecho jugar á la úvula alargada un papel demasiado considerable, y que sería quizá más lógico admitir, con Rühle, que el aumento de volumen de la úvula y la afección laríngea proceden de una misma causa, la faringitis crónica.

Efectivamente, por punto general, las inflamaciones crónicas de la parte posterior de la garganta, y la faringitis crónica, extendida por continuidad de tejidos, se acompañan de laringitis crónica simple. Estos diversos estados morbosos combinados se hallan en las personas débiles ó que padecen una diátesis como la escrófula, la tuberculosis, y, sobre todo, la sífilis. La observación parece haber demostrado que la herencia no es siempre extraña á la laringitis crónica, pero ¿no será más racional admitir que, aparte los casos diatésicos, se trata mejor de condiciones de existencia y de medio, que pueden ser igualmente nocivos para los miembros de una misma familia?

La laringitis crónica simple es una afección profesional en primer lugar, y con este título se observa en las personas que abusan de su voz, como los cantantes de profesión, los maestros de escuela, los eclesiásticos, los oradores populares, los dueños de fondas, etc. Es preciso, también, tener en mucha consideración el medio en que viven las personas que se exponen á polvos de todas clases, al humo, á una atmósfera muy caliente, á transiciones bruscas de temperatura, etc. El alcoholismo, el tabaco, el uso inmoderado de excitantes y picantes, pueden colocarse entre las causas de la laringitis crónica. En este caso, la etiología de la laringitis crónica se explicará, según Gottstein, del modo siguiente: al caer, especialmente durante el sueño, las abundantes mucosidades á la laringe, excitan y ocasionan la extensión del cartilago de la faringe al órgano vocal.

La influencia nociva del herpetismo, negada por los ingleses, fué admitida y casi demostrada por Trousseau, Chomel, Guéneau de Mussy, Horacio Green, etc. El sarampión, la coqueluche y el crup fibroso pueden traer como consecuencia la laringitis crónica, la cual, además, acompaña con mucha frecuencia á los diversos neoplasmas benignos ó malignos, que se desarrollan en la laringe. Se observa asimismo en la mujer en ciertas afecciones uterinas, y particularmente en la época de la ménopausia, y en ambos sexos á consecuencia de

algunas afecciones de la mucosa pituitaria. He dicho que se la ve en la sífilis y en la tuberculosis, y no insisto más ahora, porque tendré ocasión de volver sobre este punto de un modo detallado, cuando estudiemos la tisis y la sífilis laringeas.

Respecto de la edad, y en lo que á ella debe atenderse, se ha comprobado que la laringitis crónica es más frecuente en la adulta, por que en esta época los individuos están más expuestos á las causas determinantes. Por la misma razón, ataca más á los hombres que á las mujeres. Por último, se ha notado que la transición de uno á otro período en los jóvenes, se acompaña muy frecuentemente de una congestión crónica de las cuerdas vocales; he aquí una forma de congestión, mejor que una verdadera inflamación de la mucosa, como he dicho á propósito de los desórdenes de la circulación.

SINTOMATOLOGÍA. — Los síntomas generales de la laringitis crónica se marcan poco; sin embargo, ciertos enfermos de esta afección se inquietan en gran escala, creyéndose bajo el peso de una lesión más grave y concluyen también por hacerse hipocondríacos.

Los síntomas funcionales se traducen por una sensación de sequedad, de irritación en la parte posterior de la garganta, que unos comparan á una quemadura y otros á una espina ó un alfiler implantado en la pared posterior de la faringe. Encuétranse individuos que dicen experimentan cierta fatiga en la base del cuello, de la región tiro hioidea, lo cual se explica perfectamente por las diversas anastomosis de la región.

Por parte de la voz, se comprueban trastornos, sobre los que han insistido Krishaber y Pcter, para distinguir la laringitis crónica simple de la laringitis granulosa, diciendo que los desórdenes, muy ligeros en el primer caso, revisten mayor intensidad en la laringitis granulosa. La voz es rasgada, ronca, cascada ó simplemente enronquecida por la mañana. Esta ronquera puede desaparecer, ya por la expulsión de mucosidades, ya por la aceleración de la circulación capilar y el estímulo de los centros nerviosos, constituyendo este fenómeno lo que los cantantes llaman calentar la voz.

En la laringitis crónica, puede la voz cambiarse muchas veces durante el día. Si los enfermos viven al aire libre, estarán roncós ó afónicos por la mañana. Como, á la larga, las cuerdas vocales concluyen por sufrir cierto engrosamiento, entran menos fácilmente en vibración, resultando que la voz, simplemente velada en el lenguaje ordinario, se interrumpe cuando el enfermo quiere hacer un esfuerzo, á causa de que los músculos de las cuerdas no son bastante dóciles para responder á la excitación que se las imprime.

En ciertos casos, los desórdenes no recaen más que en el timbre ó

matiz de la voz. Así, ocurre que un cantante no podrá afinar un sonido, atacar una nota y mantenerla en el medio ó en el semitono, porque su voz se casca fácilmente y no tiene su pureza habitual. Estas alteraciones de la voz cantada se aprecian, sobre todo, en las mujeres, de las cuales las sopranos deben colocarse en primer lugar, y después las mezzo sopranos, viniendo en último término los tenores ligeros, en los cuales la menor alteración del sonido es apreciable para un oído experto. Son, pues, las modulaciones de la voz las primeras atacadas, para después ir sucesivamente enronqueciéndose el cantante con relativa facilidad, no ataca con la misma seguridad una nota un poco elevada, vigila la emisión del sonido, y pronto llega á usar lo que, en términos de canto, se llama vulgarmente «ligaduras», es decir, artificios que le permiten todavía modular ciertos trozos, cuya ejecución se hace más difícil que cuando la laringe estaba sana.

La tos está caracterizada por el *hemning* de los ingleses, que nosotros reproducimos simplemente por el *hem* ó *ejem*. La tos accesimal ó quintosa no se observa más que en los niños, y Krishaber, Peter é Isambert han sido los que la consideraron como signo diagnóstico diferencial.

Se conoce bien el ruido especial que los enfermos producen cuando necesitan «limpiar su garganta», para que me detenga en este punto.

La expectoración es casi nula, excepto por la mañana, en que el enfermo arroja mucosidades blanquecinas, parduscas ó también completamente grises. Estas mucosidades *perludas* se concretan en los ventrículos de Morgagni, y varían de color según la profesión de los individuos. Á veces se desprenden difícilmente, cuando la mucosa está inflamada ó atacada por una irritación general. Si se encuentran mucosidades estriadas de sangre, es porque los enfermos atacados de catarro generalizado se entregan á esfuerzos violentos de expuición. Alguna vez es relativamente abundante la expectoración, pero en tales casos, la laringitis crónica está complicada de bronquitis, y los caracteres de las materias expulsadas varían con la causa que determinó su formación. Cuanto á la secreción purulenta que algunos autores dicen haber observado, sería una verdadera exageración ponerla en la cuenta de la laringitis crónica aislada. En general, no se observa la menor fatiga respiratoria, y si en algunas ocasiones se quejan los enfermos de ello, es porque hay una bronquitis ó porque las mucosidades, de cierto volumen y muy adherentes, obstruyen el órgano vocal.

Los síntomas físicos de la laringitis crónica se comprueban por medio del laringoscopio, y se traducen por rubicundez é hinchazón de la mucosa, que pueden á veces pasar inadvertidas. Pero si se examina la garganta con más atención pueden verse, detrás de los pilares posteriores, pequeños relieves granulados que comunican á la afección un

sello particular, hasta el punto de que Schmidt (de Francfort) ha querido hacer una enfermedad especial «la faringitis lateral».

Durante la deglución al vacío, son los pilares posteriores los que frota la mucosa granulosa inflamada, y ocasionan fatiga y dolor. Al examen de la faringe, se encuentran los signos habituales de la faringitis granulosa.

Con el espejo laringeo se perciben, no granulaciones como pretende sin razón Krishaber, y con él algunos autores, sino una rubicundez difusa que ocupa las cuerdas vocales inferiores y el infundíbulo laringeo, y dispuesta á pinceladas, según se ha dicho. Las cuerdas vocales están, no sólo sonrosadas ó rojas en algunos puntos ó en toda su longitud, sino deslucidas, ligeramente tumefactas, y á menudo, en las laringitis antiguas, con un aspecto de cuerdas cilíndricas, en lugar de parecer verdaderas cintas, como en el estado normal.

La región interaritennoidea aparece ordinariamente erizada de papilas rosadas poco salientes por encima de la mucosa, que la dan la apariencia de terciopelo de Utrecht finamente granulado, y que se ha caracterizado con el nombre de estado velvético; pero convendrá guardarse de confundir, como muchos autores lo han hecho, estas hipertrofias glandulares con el estado papilar, más pardusco y más fungoso en general, que se observa en la tuberculosis del órgano vocal. Este estado velvético no es un signo característico de la laringitis tuberculosa, cual se ha supuesto, sin razón.

Las bandas ventriculares están sanas en general, así como también lo está la epiglótis en su cara superior ó lingual; pero en su base descubre el laringoscopio rubicundez é hipertrofia. La mucosa de los repliegues ariepiglóticos y la que recubre los aritenoides, se encuentra habitualmente normal.

Alguna vez presentan un aspecto deslustrado las cuerdas vocales inferiores; están acatarradas, lacteadas y funcionan perezosamente. El estado velvético de la región posterior puede impedir la aproximación de las cuerdas vocales por detrás. En los casos más antiguos se comprueban igualmente erosiones ó ulceraciones en la parte media del borde libre de las cuerdas vocales, ó entre los cartílagos aritenoides y la porción cartilaginosa de las cuerdas vocales. Las erosiones que se producen en la mucosa interaritennoidea hanse designado con el nombre de fisuras, porque están constituidas por un pequeño hundimiento en forma de surco, con dos ampollitas en cada lado. Estas fisuras, á veces muy dolorosas, determinan cosquilleo y tos. Son, sin embargo, muy excepcionales en las laringitis simples y, cuando se presentan, deben despertar la idea de una manifestación diatésica tuberculosa ó sifilítica.

Las erosiones ó ulceraciones de la laringitis crónica son poco ex-

tensas, cual si fuesen arañazos, rosadas en los bordes y más rojas en el centro; muy fáciles de reconocer, están ordinariamente como talladas con un sacabocados en la superficie de la cuerda vocal, ó en las apófisis vocales. Pueden existir muchas, pero habitualmente son únicas, y con poca ó ninguna hinchazón periférica. El resto de la laringe ofrece de ordinario los demás signos característicos de la inflamación catarral crónica.

Muchos autores han negado que existan simples ulceraciones catarrales de las cuerdas vocales; pero este hecho, sobre el cual los doctores Isambert, Hering, Schnitzler y otros más han llamado la atención hace tiempo, se admite actualmente casi sin excepción por la mayor parte de los modernos laringólogos.

El edema, la infiltración y la pericondritis de la región interaritenoides atestiguan, por el contrario, en mi sentir, una laringitis diatésica y no una simple laringitis crónica.

En la laringitis llamada hipertrofica, es cierto que se ve hipertrofia, pero frecuentemente la profesión del enfermo basta para explicar la lesión. Lewin notó que, especialmente en los predicadores, se comprueba hinchazón de los repliegues ariepiglóticos, y dió la explicación siguiente: «Para emitir sonidos patéticos, profundos y elevados, la epiglotis se deprime y las fibras musculares que pasan por el ligamento ariepiglótico se encuentran entonces de ordinario tensas.» Se trata, pues, en este caso, de una hipertrofia muscular funcional. Con los Dres. Gottstein y Morell-Mackenzie, que no han visto, el primero, casos semejantes, y el segundo muy rara vez, añadiré que no he encontrado nunca hinchazón ni infarto de los repliegues ariepiglóticos, fuera de las laringitis diatésicas.

Alguna vez se encuentra hipertrofia en los pregoneros, ó voceadores públicos, según he tenido ocasión de observarlo dos veces; pero jamás existen ulceraciones, ni vestigios de una lesión cualquiera, que es lo que importa mucho para el diagnóstico.

Puede suceder que se compruebe una parálisis de los tiro-aritenoides, ó también una rotura de estos músculos. El Dr. Lacoarret ha referido en los *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* (1889) una observación de este género, y no dudo que estos casos sean más frecuentes de lo que se supone. Así es como se explica, en mi sentir, la lesión de la voz que se apellida «voz cascada». El tiro-aritenoides, durante una fatiga exagerada consecutiva á un esfuerzo vocal considerable, sufre un verdadero latigazo, cuya resultante es la pérdida definitiva del timbre vocal del cantante ó del pregonero público. Esta alteración se reconoce en una especie de muesa ó ensambladura que se observa en las cuerdas vocales, cuando se emite la vocal E, al examinar la laringe.

El individuo que padece esta lesión experimenta habitualmente,

en el momento en que se produce, un vivo dolor en la laringe y una afonía casi completa. El examen laringoscópico, practicado en este momento, revela una hemorragia laríngea en la cuerda vocal sobre que ha recaído el traumatismo contráctil. La cuerda vocal está floja, distendida, como tumefacta en algunos puntos. Paulatinamente, los síntomas inflamatorios del principio desaparecen, y la voz conserva entonces su timbre especial, cuyo análogo se observa en la laringitis aguda, persistiendo, sin embargo, la lesión traumática especial de la cuerda en el punto que se rompió.

Ziemssen ha notado que la parálisis es más frecuentemente unilateral que bilateral. Si esta parálisis es de larga duración ó efecto de laringitis crónica inveterada, el lado sano trabaja excesivamente para suplir la deficiencia existente; entonces manifiesta el examen laringoscópico una desviación de la glotis, que se caracteriza por cierto grado de oblicuidad más ó menos pronunciada, necesaria para asegurar de este modo la fonación.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La laringitis crónica simple está caracterizada por una inflamación de la mucosa laríngea, análoga en todos sus puntos á la inflamación crónica de las demás mucosas. El examen histológico ha permitido á Lewin, á Rühle y Türk, observar lesiones que detalladamente se encuentran señaladas en el artículo de Krishaber, y que consisten en el infarto con dilatación de los vasos. Si la afección se prolonga, el tejido conjuntivo se hiperplasia, y esta hiperplasia parte del foco de fibras de este tejido. Compruébanse en la superficie de la mucosa rugosidades ó pequeños relieves llamados granulados, producidos por las glándulas hipertrofiadas. Habrá finalmente, además, modificaciones cualitativas y cuantitativas de las secreciones de la laringe; sufrirán éstas á menudo una exageración notable, y presentarán muy variable densidad, porque en ciertos casos serán muy claras, filamentosas, y en otros, viscosas, adherentes ó también completamente desecadas. Podrán ser simplemente blancas y transparentes, ó bien pigmentadas de gris, con estrías sanguinolentas ó purulentas.

DURACIÓN. — La duración de la laringitis crónica es casi indefinida. La mejoría que puede obtenerse es, con efecto, casi pasajera, porque los enfermos no tardan en exponerse de nuevo á las causas productoras de su lesión, ya por el ejercicio profesional, ya porque recaen con placer en su vicio favorito. No desaparece más que con un tratamiento adecuado, cuando no es inveterada la laringitis crónica.

PRONÓSTICO. — Puede decirse que es benigno, porque no termina

funestamente más que en el caso de que la laringitis esté asociada á una enfermedad diatésica. Así es que, por mi parte, tuve hace tres ó cuatro años ocasión de observar en un hombre joven un caso de corditis inferior que, en esta época, era el único sintoma precursor de una tuberculosis rápida y generalizada, de la cual murió el enfermo. Esta hipótesis es, á mi juicio, más plausible que la consistente en suponer (Tobold, Störck) que una simple laringitis crónica podría determinar por negligencia ulceraciones de la laringe, las cuales, á su vez, servirían de puerta de entrada á la tuberculosis laríngea y de los pulmones. Sin embargo, sin que la laringitis crónica ofrezca gravedad hasta el punto de que pueda poner en peligro la vida del enfermo, no es menos verdadero que constituye un obstáculo para el ejercicio de algunas profesiones, y por ende, adquiere una gravedad relativa, que no debe descuidarse.

DIAGNÓSTICO. — La primera condición para el diagnóstico de la laringitis crónica es practicar el examen laringoscópico, único medio que permitirá reconocer qué partes de la laringe se encuentran atacadas, suministrándonos á menudo indicaciones preciosas sobre la naturaleza de las diversas lesiones; por cuyo motivo nunca debe descuidarse este examen.

Entre las afecciones con que puede confundirse la laringitis crónica, citaremos en primer lugar la laringitis granulosa; pero no creo deber insistir en los síntomas diferenciales, porque me parece que estas dos afecciones tienen muchos puntos de semejanza, para intentar distinguirlos. Sin embargo, si precisase diferenciarlas por completo, lo conseguiríamos mediante el examen de la faringe, cuya pared posterior estará, en la laringitis granulosa, recubierta de granulaciones abundantes y voluminosas. Los pólipos pequeños de las cuerdas vocales podrán provocar síntomas funcionales que tengan grande analogía con los de la laringitis crónica. Estos síntomas están caracterizados por la disfonía y la ronquera; mas, en tanto que, en los casos de pólipos, persisten aquellos síntomas, desaparecen alguna vez en la laringitis crónica, ya espontáneamente, ya bajo la influencia del tratamiento. En efecto: en este último caso, la ronquera y la disfonía son debidas á las mucosidades que hay en la laringe, y no persisten después que se expulsan. Además, gracias al espejo laríngeo se apreciarán pronto unas y otras, y se evitará el error.

En algunos casos de parálisis podrá experimentarse alguna dificultad para instituir el diagnóstico. Si los tiro-aritenoides padecen, las cuerdas vocales ofrecerán en semejante caso un tinte rosado, de aspecto catarral, y para estar seguros del diagnóstico, necesitaremos comprobar, mediante el laringoscopio, la parálisis y la falta de los síntomas

habituales de la laringitis crónica. Sin embargo, apresúrome á añadir que esta perturbación muscular acompaña con mucha frecuencia á la inflamación crónica de la mucosa vocal.

Una última serie de afecciones aptas á prestarse á la confusión con la laringitis crónica, sobre todo al principio, son las afecciones diatésicas. Las erosiones de la mucosa, negadas en la laringitis crónica, deben ya inspirar dudas al observador cuando se comprueban, y convendrá seguir atentamente la evolución del mal, antes de pronunciarse definitivamente acerca de su naturaleza. Todavía podrá confundirse la laringitis crónica con la laringitis sífilítica en su período secundario, por la rubicundez de las cuerdas vocales y el eritema que se observa en los ventrículos de Morgagni. Pero, en esta época, la laringitis sífilítica se une casi siempre á otras manifestaciones, ya de la piel, bien de las mucosas, que no permiten dudar largo tiempo.

En lo concerniente á los carcinomas de la laringe, no presentan con la laringitis crónica ninguna clase de analogía, por cuya razón me ceñiré simplemente á señalarlas. En fin, para completarlo mejor, no limitaremos el examen á la sola inspección del órgano vocal, sino que llevaremos más lejos las investigaciones. No es preciso olvidar, en efecto, que la laringitis crónica puede no ser más que un síntoma de afecciones de las fosas nasales ó de la faringe, y puede suceder también, que las lesiones primitivas hayan comenzado por los pulmones ó la tráquea, cuyas nociones sólo se consiguen mediante un minucioso y atento examen. Inquiérase, pues, todo lo concerniente al estado general, á las fuerzas de los enfermos y á sus predisposiciones hereditarias. Lo propio deberá hacerse en lo relativo á diversos órganos, como los pulmones, corazón, riñones, etc., y aseguremonos de si es ó no el infarto bilateral.

El diagnóstico de las roturas musculares se hará por los conmemorativos, y sobre todo por el examen del órgano, que permitirá reconocer esta lesión por los caracteres que he indicado antes.

TRATAMIENTO. — En la laringitis crónica es preciso, ante todo, dirigirse al estado general y combatir el estado diatésico cuando exista, obrando contra las manifestaciones herpéticas ó artríticas.

Si se desea producir una acción directa sobre la laringe, convendrá administrar al interior el acónito ó el bromuro de potasio; también podremos prescribir de igual manera el benzoato de sosa, á la dosis de 6 á 8 gramos por día. Preconizado por el Dr. Ruault, suele, en efecto, dar este medicamento excelentes resultados en algunas formas del catarro crónico de la laringe.

El autor de este método recomienda emplear el benzoato de sosa hecho con el ácido benzoico extraído del benjuí, y no del aceite de pe-

tróleo, como el que se encuentra en el comercio. Esta particularidad merece señalarse, porque no es indiferente administrar uno ú otro de los dos ácidos benzoicos.

Cuando nos sea factible, convendrá igualmente suprimir la causa y sustraer, por ejemplo, á los enfermos de la influencia nociva de los polvos por medio de respiradores, aconsejándoles la abstención del tabaco, si se hubiera reconocido que este agente es el que perjudica.

Respecto de los remedios locales, consisten: 1.º, en insuflaciones medicamentosas de polvos, procedimiento casi completamente abandonado, porque obliga á emplear polvos inertes como vehículo, y éstos suelen ocasionar sofocación ó espasmo de la glotis; 2.º, en inhalaciones, ya bajo la forma de fumigaciones, ora mediante inhaladores; éstos pueden ser de dos clases: el fumigador inglés, que comprende un receptáculo con una marmita, debajo de la cual está colocada una lámpara de alcohol. En el receptáculo se introducen las sustancias que han de evaporarse, trementina, brea, iodo, etc.

En la segunda clase de aparatos, y para evitar las quemaduras que suelen producirse á veces al emplearlos, hay adaptado un tubo de cautchuc, por cuyo intermedio aspiran los enfermos los vapores que se desprenden.

3.º Se utilizan asimismo las pulverizaciones, hechas por medio de pequeños aparatos contruidos bajo el tipo del pulverizador de Lister; el agua se coloca en el depósito, y el líquido medicinal en un vaso, de donde se toma por aspiración.

Las pulverizaciones, según la experiencia, permiten llevar los líquidos medicinales hasta los primeros bronquios. Se detienen en la garganta, cuando el enfermo no abre la boca, ó bien cuando la lengua forma lomo, ó la epiglotis está muy deprimida; pero, por regla general, en el adulto que respira con amplitud, es muy fácil asegurarse, si el agua está finamente pulverizada y reducida á vapor, de que ésta penetra hasta la tráquea.

Los líquidos empleados en pulverizaciones son: la solución fenicada al milésimo ó al 1 por 500; soluciones de bórax, de bromuro de potasio ó de sodio, de sulfato ó de cloruro de zinc, y el benzoato de sosa al 1 por 50 ó al centésimo. La pulverización durará de tres á cinco minutos. Los enfermos no deben aspirar de una manera enérgica, porque la mucosa de las vías aéreas, muy impresionada desde luego, provoca, por acción refleja, accesos de tos, mientras que, si respiran suavemente, habitúan los enfermos poco á poco su mucosa vocal al contacto del líquido pulverizado.

El tratamiento por las pulverizaciones debe acompañarse de toques en la laringe, que se practican con el porta-algodón ó con el porta-esponja. Esto nos lleva muy naturalmente á hablar de los tópicos que

se acostumbran á usar en la laringitis crónica. Y desde luego diré que algunos autores, especialmente Gottstein, no admiten más que el uso de soluciones medicamentosas directamente llevadas á la laringe. Proscribe, al efecto, del modo más terminante, las pulverizaciones, y tiene á las insuflaciones como poco eficaces y muy desagradables para el enfermo. Me he detenido lo bastante acerca de las insuflaciones y pulverizaciones, para que añada una palabra más.

En cuanto á los tópicos que podemos emplear, citaré los siguientes: una solución iodada, ó bien una solución de cloruro de zinc al 1 por 100, ó al 1 por 60 y hasta al 1 por 30; la solución de nitrato de plata en iguales proporciones; pero si su eficacia no es mayor que la de la solución de cloruro de zinc, no debe olvidarse que, á la dosis concentrada de 1 por 5 ó al 1 por 10, puede ocasionar espasmos de la glotis en algunos individuos predispuestos.

Siempre con el mismo objeto servirán las soluciones de bórax al 1 por 30, la solución iodofénica ó la glicerina fenicada al 1 por 100 ó al 1 por 50. Ciertos autores reservan sus preferencias para determinados agentes.

Gottstein, por ejemplo, prefiere los astringentes á los demás remedios, sirviéndose de soluciones de nitrato de plata, cuyo título puede variar de 2 á 10 por 100. Al principio emplea una solución al 4 por 100 con que practica embadurnamientos diarios durante quince días; pasado este plazo, practica toques cada dos días, y, gracias á este tratamiento, se verifica la curación al cabo de cuatro á seis semanas. Las soluciones le bastan en la mayor parte de los casos, y no recurre á la piedra más que en los casos de laringo-fisura. El mismo autor dice no haber obtenido nunca éxito con la tintura de iodo y la glicerina iodada.

El Dr. Morell-Mackenzie prefiere, en los casos ordinarios, la solución de cloruro de zinc que hace disolver en glicerina, porque este fármaco, de consistencia más tenaz, obra largo tiempo sobre las partes enfermas. Si hay laringorrea, el mejor tratamiento estriba en el reposo del órgano vocal; la trementina en aplicaciones locales puede dar también buenos resultados.

Más frecuentemente de lo que se pudiera imaginar al primer golpe de vista, resultan ineficaces los medios que acabo de indicar. Entonces será necesario enviar á los enfermos á las diversas estaciones termales. Los enfermos dudosos para este tratamiento son los que, por su profesión, están expuestos á laringitis repetidas. Las aguas de los Pirineos ó las de Amélie ó de Aix-les-Bains, convienen, por punto general, maravillosamente á los enfermos de esta categoría. Igualmente las aguas de Royat ó de Mont-Doré serán muy convenientes para los sujetos delicados, y, sobre todo, para los que se abriga alguna duda respecto de la naturaleza real de la afección que padecen. Las aguas sulfuro-

sas (1) dan en la laringitis crónica excelentes resultados; pero, por el mismo motivo, deben manejarse con prudencia, debiendo vigilarse con cuidado el efecto que producen en la mucosa respiratoria.

Sobre este punto estamos en el deber de preguntarnos cómo obra el tratamiento hidro-mineral. Pues bien, según Gottstein, el secreto de su éxito, que no puede ponerse en duda, dependerá en gran escala de que los enfermos se sustraen á sus ocupaciones habituales y son transportados á un medio en que no están ya expuestos á la acción de las causas que les son tan desfavorables. También pretende que no se debe contar nunca con una curación completa, sino con una simple mejoría, y que el tratamiento local debe marchar siempre de concierto con la cura de las aguas. Sin embargo, considero que las aguas termales, particularmente las sulfurosas, obran por modo más favorable en las laringitis de forma tórpida, ó como complemento de un tratamiento, que durante los períodos de ejetismo de la afección laringea. Á esta diferencia de estados de la mucosa vocal es preciso atribuir el bien ó el mal experimentados por los enfermos con tratamientos análogos y para la misma dolencia. Así suele ocurrir, que un año obtendrá un determinado enfermo beneficios reales de un establecimiento termal, al paso que el año precedente habrá sido el efecto nulo ó quizá perjudicial. Hay, pues, aquí una indicación que la experiencia enseña paulatinamente á determinar.

Los medios terapéuticos que acabo de indicar dirígenese de una manera casi exclusiva á la misma laringe; pero precisa no echar en olvido que, obrando siempre de este modo, podría ser, en ciertos casos, si no ineficaz en absoluto, por lo menos de escasisísimos resultados. Efectivamente, la etiología nos ha demostrado que la causa reside muy á menudo en la nariz; es, pues, á esta parte donde deberan dirigirse nuestros esfuerzos y nuestra intervención, para entonces ser fructuosa hasta el punto de que no necesitemos pensar en la laringe. No me ocuparé del tratamiento que habrá de emplearse en las fosas nasales, porque varía según los casos. Otro tanto digo de las faringitis, que pueden asociarse á las laringitis crónicas.

Cuando la prolongación de la úvula ó la hipertrofia de las amígdalas constituyen un obstáculo para la curación definitiva, convendrá excindir las ó cauterizarlas.

Cuanto á las parésias secundarias musculares, que con frecuencia se observan en la laringitis crónica, cederán fácilmente á un tratamien-

(1) Las aguas sulfurosas españolas que convienen en la laringitis crónica son las de Berelú, Ormaiztegui, Zuazo, Santa Agueda, La Puda, Arechavaleta, Ontaneda y Alceda, Escoriaza y Eloorrio. Las de reconocida especialización terapéutica las primeras. — N. DEL T.

to apropiado, y particularmente al empleo de la corriente eléctrica (corrientes inducidas) extra ó intralaringea.

[Estudiada por el autor la *forma catarral* de la laringitis crónica, debemos presentar en esta nota los caracteres anatómo-clínicos de la otra forma conocida, de la *hipertrófica*.

Como dice muy bien el autor, la laringitis hipertrófica no parece ser más que una modalidad de la laringitis crónica simple.

Dos tipos existen de aquélla, la *hipertrófica circunscrita* y la *difusa*.

La forma más típica de la *hipertrofia circunscrita y localizada* es la tan perfectamente estudiada por Störck y después por Fränkel, Wagnier (de Lila) y otros autores, y que Störck denominó *nódulos de los cantantes*.

Conócese asimismo esta enfermedad con los nombres de *corditis tuberosa*, dado por Türck, *tracoma, nudillo de los cantantes* (Störck), *paquidermia circunscrita, fibroma nodular*, etc.

Caracterízase por la presencia al nivel del borde libre de las cuerdas vocales inferiores, y en la unión del tercio anterior con el tercio medio, de dos pequeños nódulos, simétricos, de dimensiones variables entre la de una cabeza de alfiler y de un grano de mijo ó más.

Estos nódulos, redondos ó ligeramente puntiagudos, son de ordinario de un color gris ó muy poco rosados.

En el acto de la vocalización ó el canto, impiden la aproximación de las cuerdas vocales, yuxtaponiéndose por su superficie interna, y dividen la hendidura glótica en dos segmentos desiguales, determinando con tal motivo alteraciones variables en la voz cantada.

En ocasiones, uno de estos nódulos es más voluminoso que el otro; otras veces existe uno solo, pero lo ordinario es que haya dos, uno en cada cuerda.

Hay casos en los que constituyen estos nódulos la única lesión hipertrófica apreciable en la laringe, acompañados, sin embargo, de manifestaciones catarrales difusas del órgano; pero, por regla general, suelen verse diseminadas por el vestíbulo, cara lingual de la epiglotis, etcétera, y sobre un fondo rojo de la mucosa, ligeras elevaciones redondas ú ovals de color rosado, que dan á la parte un aspecto achagrinado, sobre todo en las cuerdas vocales y en el espacio interari enoideo.

Obsérvanse más comúnmente en las personas que abusan de su voz, ya forzándola si es hablada, ora sosteniéndola si es cantada.

Según Weld, que examinó el primero uno de estos nódulos extirpado por Türck, deben considerarse como resultado de una proliferación conjuntiva. Störck los describe como engrosamientos epiteliales recubiertos de tejido conjuntivo y elástico. Morell-Mackenzie los tiene por pequeños fibromas. Fränkel los cree resultado de una lesión glan-

dular, y Masini los ha encontrado constituidos por papilas voluminosas debajo del epitelio.

El síntoma que de un modo más preferentemente particular molesta á los enfermos, y el que con mayor ahinco reclaman su desaparición, es la alteración de la voz, pues la tos es escasa ó nula, la secreción poco abundante y la incomodidad local tampoco de gran intensidad. Constituirá su constante pesadilla, si se añade que el enfermo es cantante.

En efecto: advertirá que los tonos bajos están poco alterados, pero en cambio los altos, y aun muchísimos de la mitad de la escala, no se producen con la limpidez necesaria, ó se *cortan al comenzar á robustecerse*.

Y esto es natural, si, recordando con Masini, tenemos en cuenta que «en la emisión de notas bajas y sin esforzarlas, es sólo el borde libre de la cuerda la parte que vibra», al paso que, hallándose la superficie de ésta desigual por la presencia de los nódulos, «la subdivisión de las vibraciones totales de la cuerda en segmentos convibrantes para desarrollar los tonos armónicos, no podrá efectuarse de un modo regular, por cuyo motivo no se obtendrá el tono con aquella robustez y pureza deseados.»

No debemos olvidarnos el mencionar un curioso fenómeno que suele observarse en ocasiones: me refiero á la *bitoralidad de la voz*, llamada también *diftona*, *difonia* ó *difongta*, y de la que nos citan ejemplos Türk, Rossbach, Schnitzler y Masucci.

Verifícase cuando, existiendo de una manera simétrica los nódulos en ambas cuerdas vocales, al tratar de emitir un sonido algún tanto alto y prolongado, se produce la condición *sine qua non* de dividirse la glotis en dos porciones completamente diferentes, una anterior y otra posterior, cada una de las cuales emite sonido distinto, porque cada una vibra independientemente, cual si fuesen dos laringes.

El *pronóstico* de esta forma de laringitis crónica es fatal, porque no es fácil el curarla. Es mayor todavía si se trata de individuos que necesitan de su voz, por constituir en ellos el canto una verdadera profesión.

Y si bien nos proporciona á veces la cirugía endolaríngea resultados bastante satisfactorios, esto no obstante, para lo que concierne á la voz, constituye la corditis tuberosa un peligroso enemigo.

Ni la higiene, ni las aplicaciones locales de remedios astringentes, etcétera, producen el menor alivio. Hay que recurrir á destruir el tejido neoformado, con el cuidado consiguiente de no atacar los tejidos sanos.

La *decorticación* de las cuerdas, ideada por el hábil y consumado operador Labus, ha dado excelentes éxitos á su autor y á Masini.

En ocasiones suele bastar el raspado mediante la cucharilla cortante; otras veces convendrá destruir los nódulos con las pinzas dentadas especiales de Schrötter; y, por último, pueden desorganizarse más pronto y mejor, utilizando la galvanocaustia, por más que, y á pesar de la coacinización, requiere este último procedimiento muchísima más vista, seguridad de mano y habilidad operatoria que los anteriores.

Ruault aconseja como tóxico el fenol sulforricinado ó el naftol sulforricinado. Yo empleo desde hace algún tiempo este último, en la proporción del 10 por 100, y obtengo algún alivio con su uso en toques.

También el sulforricinato de sosa presta buenos servicios en esta enfermedad, como lo presta en otras manifestaciones morbosas de la laringe.

La otra forma de *laringitis hipertrófica* que nos resta estudiar es la difusa, llamada por Virchow *paquidermia de la laringe* cuando el proceso flogístico crónico de la laringe, caracterizado por una excesiva producción de epitelio de carácter epidermoidal, se extiende á toda la glotis, y *paquidermia verrugosa* si de un modo circunscrito se producen excrecencias semejantes á verrugas en un punto determinado.

En los sitios escasos de tejido conectivo, como los cuerdas vocales, prevalece la forma difusa, mientras en la región interarritenoidea se desarrolla más la proliferación papilar.

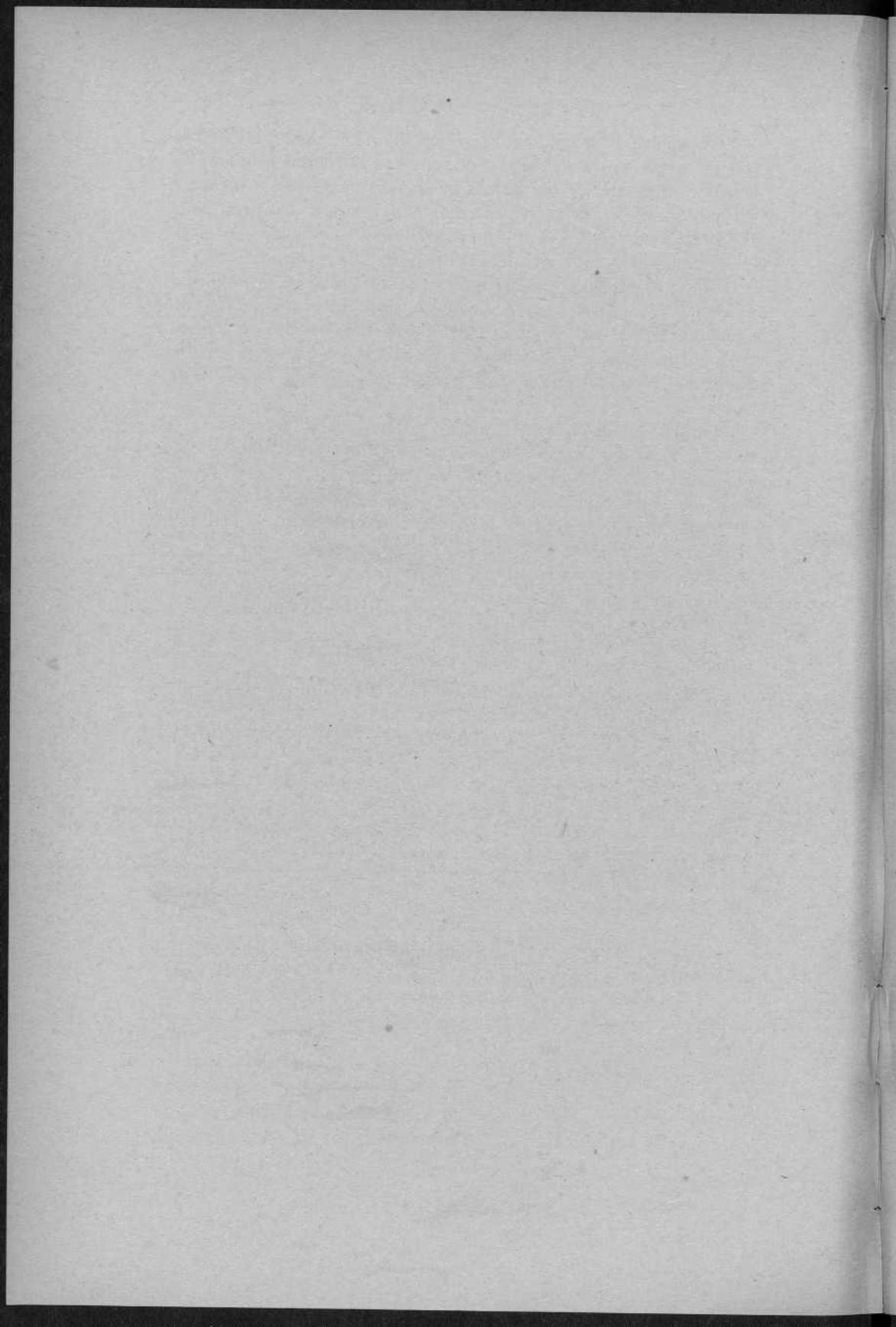
La forma circunscrita presenta un aspecto bastante parecido al papiloma, hasta el punto de que autores como Mackenzie han descrito, con el nombre de *tumores epiteliales benignos*, la producción hiperplásica del epitelio normal parecida al callo de que nos estamos ocupando.

La etiología es la común del catarro crónico ó de la corditis tuberosa.

Los síntomas varían, según que la paquidermia sea difusa ó circunscrita, y según su asiento. En todos los casos resaltan los disturbios fonéticos. Cabe en la forma difusa que se altere la respiración, á causa de que no se efectúen con libertad los movimientos de separación de las cuerdas vocales, por obstáculo mecánico.

Respecto del tratamiento, no tengo, por mi parte, experiencia personal; sin embargo, Massei y otros autores aconsejan el raspado, seguido de toques con el ácido láctico.

También pueden usarse las inhalaciones calientes de agentes alcalinos; pero dudo mucho que resulten beneficiosas.]—DR. COMPAÏRED.



Faringo-laringitis seca (ozena laringeo).

Sumario. — La laringitis seca merece una descripción especial. — Necesidad de una digresión sobre la faringe y las fosas nasales. — Estudio rápido de la faringitis atrófica; se la ha designado con frecuencia con el nombre de faringitis escrofulosa superficial. — Algunas palabras sobre el ozena (coriza atrófica). La diátesis escrofulosa es una causa predisponente importante. — Pueden invocarse todas las causas de irritación local. — La laringitis seca es siempre secundaria. — Los síntomas de la afección faríngea y laringea se confunden à menudo entre sí. — Debe practicarse el examen de la faringe y de las fosas nasales. — Aspecto de las materias que la laringe y la tráquea contienen. — La expectoración puede ser sanguinolenta. — El diagnóstico es fácil. — Algunas palabras sobre el ozena laringeo y traqueal. — Pronóstico y tratamiento.

He creído deber separar la laringitis seca ó atrófica de las afecciones que hemos estudiado en los precedentes capítulos, porque el modo de presentarse la precitada dolencia, su naturaleza y curso especiales me parecen suficientes para que merezca una descripción aparte.

El estudio de la laringitis seca me obligó à hacer una digresión muy natural en el dominio de la patología nasal y faríngea.

En lo concerniente à la nariz, el examen de las enfermedades de que puede estar atacada corresponde à otra parte de esta obra, y por este motivo, limitaréme sencillamente à decir, por lo que atañe à la materia de que vamos à tratar, que es muy frecuente se asocien en la misma persona la laringitis seca y el ozena, à causa de ser habitual en el ozena encontrar las fosas nasales muy amplias y ensanchadas. Consecuencia inmediata de la última afección será que, llegando la corriente de aire muy directamente à la pared faríngea, producirá la faringitis seca, la cual, además, será con mucha frecuencia y, mejor dicho, casi siempre, consecutiva al ozena.

Ciertos autores han pretendido también que la faringitis seca es compañera obligada del ozena. Únicamente el Dr. Schech se subleva contra semejante opinión, porque, según él, si es común y ordinario que sobrevenga el ozena en la *pharyngitis sicca*, la proposición inversa

no es más cierta, toda vez que muchos enfermos de ozena no presentan dicha faringitis seca. La existencia de ésta me parece asociada de tan íntima manera á la etiología de la laringitis seca, que, para llegar al estudio de esta afección, creo de absoluta necesidad hacer una descripción minuciosa de la faringitis atrófica.

Tengo que dar tales explicaciones para que se comprenda el encadenamiento de ambas enfermedades, y para que no se me acuse de alejarme demasiado del asunto.

DEFINICIÓN. — Se conoce con el nombre de faringitis seca, ó más simplemente con el de faringitis atrófica, una inflamación crónica de la mucosa de la faringe, y particularmente de la cavidad naso-faríngea. Caracterízase por una secreción espesa que se deseca con rapidez, y que da á la pared mucosa un aspecto barnizado, seco, como aperganinado.

DESCRIPCIÓN. — La faringitis atrófica se ha descrito de varios modos por los autores, que la han hecho, los unos, síntoma de la faringitis crónica simple ó de la faringitis granulosa (Chomel, Lasègue, Guéneau de Mussy, de Troësch, Morell-Mackenzie, etc., etc.); otros, una manifestación de la diátesis escrofulosa (Isambert, Lemaistre), de la diabetes (Joal), ó de la degeneración grasosa del corazón (Læri); y finalmente, algunos, como Lewin, Fränkel, Solis-Cohen, Bosworth y Fayseler, la describen como afección especial.

La sequedad de la faringe existe, efectivamente, en muchos casos de inflamación de esta pared, y se halla este síntoma más ó menos marcado en la faringitis crónica simple y en la faringitis granulosa. Asimismo, como Joal lo ha hecho notar, se observa bastante á menudo en los diabéticos una sequedad notable de la mucosa de la parte posterior de la garganta y hasta de toda la boca; pero, en cambio, tanto la pared, cuanto el velo palatino y sus pilares, están más bien tumefactos y espesados, y aun muy adelgazados, y la membrana mucosa de la nariz posterior está con frecuencia tumefacta y roja, aunque bastante lisa é igual. La parte posterior de la garganta ofrece un aspecto barnizado, brillante; sin embargo, no hay secreciones viscosas, amarillentas ó costrosas, como las que se observan en la verdadera faringitis atrófica.

Esta última ha sido bastante bien descrita por el Dr. Lemaistre en su discurso inaugural sobre la angina superficial escrofulosa crónica. Distinguela muy claramente del catarro naso faríngeo habitual. También Isambert atribuye la faringitis seca á la escrofula, á la que llama, con el autor antes mencionado, forma superficial de dicha manifestación diatésica. Á mi juicio, ambos autores carecen de razón, al suponer

que el catarro subpalatino puede extenderse hasta el orificio posterior de las fosas nasales, y en este punto provocar el ozena. Lo contrario es lo que debiera haberse dicho, porque en este punto estoy completamente de acuerdo con el Dr. Fayseler, quien, en su estudio sobre la angina seca, dice que esta afección está ordinariamente acompañada de un catarro de la cavidad nasal. Yo voy más lejos y, en oposición al parecer del Dr. Schech há poco mencionado, opino que la afección faríngea es muy frecuentemente secundaria y consecutiva á un coriza atrófico (ozena) más ó menos antiguo.

Si se recuerda, en efecto, que el ozena verdadero, esencial, si puede expresarnos así, no es, como se ha creído hasta estos últimos tiempos, una afección ulcerosa de la mucosa pituitaria, sino una rinitis atrófica, especialmente caracterizada por un ensanchamiento de las fosas nasales, cuya naturaleza no vamos á discutir ahora; si, como decimos, se tiene presente esta importante noción, se comprenderá claramente sean la afección retrornasal y la faríngea, bastante habitualmente, consecuencia de la propagación del proceso atrófico á la mucosa que tapiza estas partes del árbol aéreo, más bien que la causa de las enfermedades de las cavidades nasales.

Como veremos en otra parte de esta obra, al estudiar las enfermedades de las fosas nasales, es en verdad muy común y frecuente comprobar, en los individuos atacados de ozena, secreciones costrosas de un amarillo verdoso, abundantes (particularmente por la mañana al despertar) detrás del velo del paladar, mientras que la parte inferior de la faringe está simplemente seca, barnizada, recubierta por un moco viscoso transparente, menos espeso que el precedente. No tememos ir más lejos que los autores anteriores, al decir que la faringitis atrófica no constituye nunca, por decirlo así, una afección aislada, sino una simple propagación del proceso atrófico á la pared faríngea.

Cuantas veces veamos en la faringe estas aglomeraciones costrosas de que hemos hecho mención, convendrá examinar las fosas nasales, porque seguramente hemos de encontrar, ya materias acumuladas análogas á las precedentes ó más espesas que éstas, ó bien un ensanchamiento notable de las cavidades nasales cuando queden limpias de la secreción. En una palabra: existen los síntomas de la rinitis atrófica

ETIOLOGÍA. — Y ahora, si se piensa cuán frecuente es esta afección en los sujetos escrofulosos, no extrañará que la faringitis seca se describa como el primer grado ó la forma más ligera de la escrófula de la faringe. Sin embargo, la mayor parte de los autores están contextes en afirmar que la mucosa está lisa y uniforme, pero jamás coloreada, ni tampoco erosionada, como desde luego lo había supuesto Isambert. También es conveniente colocar entre las causas de la dolencia todas

las que pueden provocar, ó mejor entretener, una inflamación crónica de la mucosa pituitaria. Bajo este título, la aspiración prolongada de polvos ó vapores irritantes, las deformidades del esqueleto de la nariz, la pequeñez relativa de los cornetes, en una palabra, toda lesión que facilite el paso demasiado rápido del aire inspirado, favorecerá la desecación de las secreciones acumuladas en las fosas nasales posteriores y de la faringe bucal. Igualmente las causas que impidan la respiración por la nariz (hipertrofia de la mucosa, tumores diversos, cuerpos extraños, etc.), forzando á los enfermos á respirar constantemente por la boca, ocasionan la faringitis seca. Esto no obstante, conviene observar que éste es un síntoma accidental, pero no una verdadera alteración de la mucosa faríngea, que aparece entonces más ó menos roja, congestionada, seca y reluciente en las partes media é inferior, mientras está libre la faringe nasal, lo que no sucede en la verdadera faringitis atrófica, acompañada, ó, por mejor decir, precedida por el ozena.

Según Lemaistre, de cuya opinión participa el Dr. Schech, las costras que se detienen bruscamente á la entrada ó en el velo del paladar se aplican, al deglutir, á la parte posterior de la faringe. «Forman en este sitio, dice, una línea claramente cortada.» No puedo adherirme á un juicio tan categórico, porque muchas veces he observado lo contrario. Por lo demás, hanse descrito, en estos últimos años, verdaderas laringitis secas, caracterizadas por la presencia en la laringe de mucosidades verdosas desecadas, que se continuaban con las que recubrían la faringe y que ocasionaban una alteración más ó menos profunda de la voz. Yo mismo publiqué, en la *Revista* que dirijo, la observación de una enferma que presentaba trastornos respiratorios, considerados y tomados por una lesión más grave de la mucosa del órgano vocal. Era una muchacha de catorce años, atacada de afonía, y en la que el examen laringoscópico demostró una parálisis de los músculos aductores de las cuerdas vocales y costras grisáceas que obstruían gran parte del orificio de la glotis. La faringe estaba seca y tapizada por mucosidades desecadas de color verdoso, formando verdaderas costras que se remontaban hasta las fosas nasales posteriores; éstas no contenían ninguna secreción, pero era fácil ver, según la considerable atrofia de esta región, que la enferma debió limpiar poco tiempo antes uno de esos tapones espesos y mal olientes, que son la característica de esta inflamación especial de la mucosa pituitaria. El interrogatorio de la enferma confirmó, por lo demás, semejante suposición. La electricidad directa dió pronto razón de esta parálisis, y el pincel, de las secreciones acumuladas en el órgano vocal. Este hecho no es, de ningún modo, extraordinario, porque recientemente (1886), á propósito de una comunicación hecha por el Dr. Lublinski, el Dr. Michael decía haber observado un caso casi análogo al precedente en una muchacha de quince años.

La escrófula, sobre todo, figura en la etiología de la faringitis seca, y con justa razón, porque constituye ciertamente la causa predominante. Todavía debo señalar otras causas de menor importancia, es verdad, pero que acaso no convenga pasar en silencio. Me refiero á que se ha notado era muy frecuente en la edad adulta, lo cual no debe sorprendernos, porque acompaña alguna vez á la anemia y á la tuberculosis, y aun puede aparecer en la enfermedad de Bright.

SÍNTOMAS. — Lo que acabamos de decir sobre la afección que nos ocupa, me dispensa de insistir ampliamente sobre su sintomatología. Existen casos leves en que el enfermo no experimenta ninguna especie de fatiga; un poco más tarde, cuando la enfermedad se hace algún tanto antigua, se queja de un cuerpo extraño en la parte posterior de la garganta, de una sensación de sequedad que le hace humedecer su garganta, ya con pastillas, ya con un líquido cualquiera. No hay dificultad en la deglución de los alimentos, porque la masticación, humedeciendo la boca, procura á los enfermos un alivio pasajero, durante y un poco después de las comidas; pero la deglución en vacío es algunas veces un poco más difícil, bien á causa de la falta de elasticidad de la mucosa, ora á causa de las mucosidades desecadas en su superficie, que dificultan los movimientos musculares.

Á veces existe un poco de tos seca, análoga á la de la faringitis granulosa. Sin embargo, ninguno de estos síntomas es característico y habrá que recurrir al examen directo para comprobarlos con claridad.

• Las partes atacadas son, por orden de frecuencia: 1.º, la mucosa que recubre la faringe nasal y la de la pared posterior de la faringe; hemos visto que algunos autores admiten una línea de demarcación muy clara entre ambas partes; 2.º, la mucosa que corresponde á la laringe y la laringe misma; 3.º, por último, es excesivamente raro (Schech no vió más que un solo caso) que la porción anterior del velo del paladar y la mucosa de la boca sean invadidas por el proceso. El examen directo, después de haber limpiado previamente la faringe, si hay lugar, demuestra que la mucosa es lisa, reluciente, como barnizada en ciertos puntos, recubierta en otros de mucosidades desecadas parduscas ó también morenas, en especial por detrás de la úvula y del velo del paladar.

El examen con el rinoscopio (rinoscopia anterior), permite asimismo, con un buen alumbrado, la inspección de la faringe nasal, dado el ensanchamiento notable de una ó de ambas fosas nasales, á causa de la atrofia más ó menos avanzada de los cornetes inferiores y medios. Además, el examen directo de la faringe nasal por la rinoscopia posterior, generalmente muy fácil, gracias á la abolición de la

sensibilidad de la mucosa, y siempre posible por medio de la cocaína y del gancho palatino, debe hacerse siempre. Casi en todos los casos se encuentran mucosidades desecadas, y algunas veces muy adherentes, que recubren la mucosa hasta el punto de no poderla limpiar á menudo sino con alguna dificultad ó después de inhalaciones calientes de alguna duración. Hecho esto, ya nos será fácil convencernos de que la mucosa está notablemente adelgazada y atrofiada en todas sus partes, deslizándose difícilmente sobre la pared huesosa de la faringe. No dudo que, en los casos avanzados, existe no sólo una atrofia notable de las glándulas de la mucosa, como lo han notado Wendt y Bosworth, sino también una atrofia de las fibras musculares subyacentes.

Tal característica da á esta pared un aspecto delgado, nacarado, fácil de reconocer, y que indica bien que se trata de un proceso patológico regresivo, análogo al del coriza atrófico. En estos enfermos, según ha dicho con razón Solis-Cohen, la faringe parece mayor que en el estado normal.

Cuando la pared muscular se contrae, se notan pequeños pliegues que se irradian en todos sentidos. Schech dice que, gracias á la transparencia de la mucosa, los músculos que la doblan la dan el aspecto de la carne ahumada, con una coloración que varía del rojo púrpura al rojo pálido. Al lado de las partes atrofiadas puédense notar puntos hipertrofiados, que han sido considerados cual argumento en favor de la teoría que hace suceder la atrofia á la hipertrofia.

El proceso general, que concluye por ganar el elemento glandular, al que suelé destruir en parte, explica las modificaciones cuantitativas y cualitativas de la secreción.

LARINGITIS SECA. — El estudio que hemos hecho de la faringitis seca nos facilitará considerablemente el de la laringitis también seca, sobre todo desde el punto de vista sintomatológico.

Los enfermos de la última afección no se hallan molestados por síntomas generales; la fiebre no se presenta nunca, y lo que hay más desagradable es la irritación continua de la garganta, determinada por las costras.

Como en la faringitis seca, las secreciones se alteran en su calidad; menos filamentosas y menos fluidas que en el estado normal, se hacen por su viscosidad más adherentes á la mucosa.

Esta adherencia de las costras, cuando se produce en el borde libre de las cuerdas vocales — accidente bastante frecuente —, determina accesos de tos que pueden transformarse en accesos espasmódicos bajo la influencia de esfuerzos que el enfermo hace para desembarazar su laringe de las mucosidades que le molestan. Al mismo tiempo que la tos, ó siguiéndola muy de cerca, aparece un segundo sintoma no menos

constante; las modificaciones sufridas por la tos. Los enfermos están roncacos al principio; tienen la voz grave y cubierta, pero después de un acceso de tos y cuando expectoran las costras que se encuentran en la laringe, recobran momentáneamente la voz con su timbre normal, ó apenas enronquecida ó velada, hasta que se forman nuevas secreciones, á las que seguirán los mismos efectos.

Pronto, y en un espacio de tiempo bastante corto, se ve sobrevenir una afonía casi completa, de la que tal vez pueda darse la siguiente explicación: bajo la influencia de una irritación constante, debida á las costras desecadas, la sensibilidad refleja de la mucosa laríngea disminuye cada vez más, hasta llegar á establecerse una tolerancia completa. La voz se extingue entonces por dos razones; por acción puramente mecánica al principio, y después por paresia muscular consecutiva. Si este estado se prolonga mucho, se comprende que alcance todo su grado la afonía.

La disnea, como en el caso que antes he referido, puede llegar hasta la sofocación, y este otro síntoma funcional está en razón directa de la intensidad y de la antigüedad de la dolencia.

Mientras permanezca sensible la mucosa de la laringe, los enfermos se quejarán de sensación de un cuerpo extraño en la garganta, que desaparece después de un golpe de tos. En efecto: los accesos son seguidos de expectoración de costras abundantes, sobre todo al despertar por la mañana después del reposo nocturno, desprendiéndose con una sensación de desgarradura, seguida de cierto bienestar. Ofrecen caracteres particulares; son más ó menos negras según la profesión de los enfermos y el color de los polvos que inspiran; duras en su centro y de menor consistencia en la periferia, y tienen un volumen variable, porque son, ora extensas y achatadas, ó bien espirales y como apelonadas sobre sí mismas, dependiendo esto del punto de la laringe en que se hayan formado. Todavía presentan las costras otro aspecto que he de señalar, porque tiene su importancia: con frecuencia tienen estrias de sangre, lo cual constituye un síntoma de otra variedad de laringitis. (Véanse *Desórdenes de la circulación, Laringitis hemorrágica.*) Baste saber, por el momento, que las estrias sanguinolentas que aparecen en el curso de la laringitis seca se deben, generalmente, á la descamación epitelial producida por el arrancamiento violento de los productos de secreción desecados.

Estos signos no representan por sí solos la sintomatología de la laringitis seca, y, por lo tanto, sería privarse de un concurso útil el abandonar el examen laringoscópico. En efecto: éste confirmará la hipótesis, puesto que se comprobarán las costras *in situ*, lo cual constituye el carácter fundamental de la laringitis seca. Advertiremos en la epiglotis una capa de moco verdoso, desecada. Sin embargo, no es

constante, y á veces el opérculo glótico puede estar enteramente limpio. Ya en las bandas ventriculares y en las cuerdas vocales no sucederá lo mismo, porque, por punto general, se encuentra en ellas el cuerpo del delito. Un sitio en donde se muestran casi con seguridad las secreciones es el ventrículo de Morgagni, cuya situación le protege contra la corriente de aire espirado, y, por consiguiente, hace menos facil se desembarace de los productos que contiene. Esta circunstancia explica la forma apelonada del exudado, sobre la que poco há he llamado la atención.

Decía que algunas veces estaban teñidas de sangre las concreciones mucosas, y explicaba cómo puede verificarse esa coloración, cuya hipótesis confirma el laringoscopio. Si antes de practicar el examen se invita al enfermo á ejecutar algún esfuerzo para desprender las costras, y lo logra; ó si armados con un pincel se las desprendemos, auxiliados del espejo, veremos en el lugar que ocupaban, y al que estaban adheridas, unas extravasaciones imperceptibles de líquido hemorrágico, que nos harán comprender la patogenia. Claro está que no llevo, con Gottstein, á decir que tal vez todos los casos de laringitis hemorrágica son casos de laringitis seca, porque existen pruebas ostensibles en contrario; pero, esto no obstante, creo poder reconocer, como él, que á menudo las primeras pueden no ser más que una modalidad de las segundas.

Las alteraciones de la membrana mucosa estarán representadas por hiperhemia, un aspecto deslustrado y una especie de rugosidad ó pliegue en la región interaritenoides.

Como ya he expuesto antes el estado de la nariz y de la faringe nasal en la laringitis seca, juzgo inútil volver á referirlo de nuevo. Precisa, sin embargo, recordar que no debe jamás descuidarse el examen de estas cavidades.

Las pareas musculares se reconocerán por los signos habituales.

DIAGNÓSTICO. — Creo haber insistido, por modo suficiente, en la sintomatología, para contar con signos ciertos que nos eviten todo error en el diagnóstico de la laringitis seca. Señalaré simplemente una afección, cuya primera mención se atribuye á Fränkel y que Massei describió en Italia, y recientemente, el Dr. Luc, en Francia. Esta dolencia, cuya autonomía no me parece claramente demostrada, se ha designado, por sus descubridores, con el nombre de ozena traqueal, al principio, y ahora tiende á hacerse ozena laringo-traqueal. De cualquier modo que sea, se caracterizaría por el hecho de ser absolutamente independiente de toda alteración concomitante del mismo género en la nariz ó en la faringe; pues, en todo caso, si éstas habian sido atacadas simultáneamente, el tratamiento que contra ellas se dirija no in-

fluye sobre el ozena traqueal. Como su nombre indica, se acompaña éste de un olor repugnante, debido á la presencia de costras en la tráquea, á la que se adhieren fuertemente. El olor constituiría el sintoma patognomónico de esta laringopatía, cuya semejanza con la laringitis seca es demasiado clara para que me parezca útil insistir en un diagnóstico diferencial, más teórico que práctico.

PRONÓSTICO. — El pronóstico de la laringitis seca es benigno, y la regla general, la curación. El único inconveniente estriba en la cronicidad de la dolencia y en la dificultad que existe en hacerla desaparecer por completo.

Acabamos de estudiar en conjunto la laringitis seca; he dado de ella un síndrome bastante extenso, por el cual me he creído autorizado á pasar rápidamente sobre el diagnóstico, y, sin embargo, debo añadir, antes de ocuparnos en el tratamiento, que para algunos autores esta dolencia no existe. Particularmente Virchow, rechaza como ilógica la denominación de laringitis seca, de catarro seco, del que se burla placentero. Ahora bien: á pesar de toda la autoridad que se concede al sabio alemán, mantendremos la denominación de laringitis seca, sin pretender indicar por ella, como dice Gottstein, un catarro desprovisto de secreción, sino un catarro cuyo secretado se cambia cualitativamente, que constituye una forma particular, y que, por la unidad de síntomas que constituyen su fondo, debe designarse de este modo.

TRATAMIENTO. — Ha podido verse que la causa primordial de la laringitis seca reside en las fosas nasales, y en este sentido deben dirigirse las primeras tentativas terapéuticas, las cuales consistirán en lavados abundantes y frecuentemente repetidos, ya con aguas alcalinizadas, ora con aguas sulfurosas, naturales ó artificiales. Á los lavados seguirán pulverizaciones con líquidos antisépticos, y, bajo este título, recomiendo las irrigaciones de ácido fénico, de cloral, de ácido salicílico, de resorcina, de ácido láctico, de benzoato de sosa, de ácido cresílico, etc., etc. Estas soluciones deberán emplearse al 1 por 500.

Será igualmente útil prescribir pulverizaciones faríngeas con aguas sulfurosas al principio, y después con líquidos aromáticos. Si es posible, se recomendarán las fumigaciones emolientes por la mañana y por la tarde, durante algunos minutos. El ioduro de potasio á pequeñas dosis procurará también alivio.

Cuanto al tratamiento local, consistirá, en primer lugar, en deterger por completo la laringe de las mucosidades á ella adheridas, por medio de inhalaciones de vapor de agua, prolongadas largo tiempo, ó bien por medio de toques con el clorato de potasa. Gottstein, que recomienda un soluto de este último agente al 4 por 100, embadurna en

seguida la mucosa con una solución de nitrato de plata desde el 4 hasta el 6 por 100, lo que ofrece la doble ventaja de una eficacia cierta y de resultar un estíptico excelente en la hemorragia. Puedo decir que he obtenido buenos resultados de la solución del cloruro de zinc desde el 1 por 10 al 1 por 50.

Las pareasias, que complican frecuentemente las laringitis secas, se tratarán por los medios apropiados, que estudiaremos más adelante. (Véase *Trastornos de la motilidad*.)

No necesito decir que los embadurnamientos de la pared de la faringe completarán el tratamiento. Los de naftol y de salol me parecen convenir, sobre todo en estos casos. Recomendaré una de las fórmulas siguientes:

Salol.	2 gramos.
Aceite de vaselina.	30 —

Ó bien:

Naftol α	} 33 1 gramo.
Alcanfor pulverizado.	

Tritúrense juntos hasta la solución, y agréguese poco á poco:

Aceite de vaselina.	15 á 30 gramos.
-----------------------------	-----------------

Para embadurnar con un pincel.

Algunas pulverizaciones faringo-laríngeas con soluciones alcalinas pueden también encontrar su indicación.

Para completar el tratamiento, se recomienda la permanencia en los Pirineos ó en diversas estaciones sulfurosas, Amélie, Aix-les-Bains-Engghien, etc., etc., las cuales me parecen tener una acción realmente eficaz.

Las duchas y pulverizaciones termales, tal cual se practican en la mayor parte de las estaciones pirenaicas, es decir, las duchas faríngeas, serán particularmente útiles. Digo duchas, porque la gran generalidad de enfermos que creen hacer la pulverización, reciben en realidad en el fondo de la garganta una verdadera lluvia que choca vigorosamente contra la pared faríngea, para merecer el nombre de ducha, en lugar de pulverización con el que habitualmente se designa.

El empleo de líquidos finamente pulverizados mediante tamiz ó mallas cerradas, convendrá mejor cuando la cavidad faríngea participe del proceso morbosos. Á esta pulverización deberá seguir la ducha faríngea, con objeto de que obre con mayor eficacia en las primeras vías aéreas.

Los sulfurosos en gargarismos, y especialmente en bebida, serán un recurso precioso en el tratamiento de esta afección, á menudo larga y difícil de curar.

Laringitis tuberculosa.

(Tuberculosis de la laringe, tisis laríngea.)

Sumario. — La tuberculosis laríngea es frecuente; es útil saber reconocerla. — Valor del término tisis laríngea, antiguamente y en la actualidad. — La tuberculosis puede empezar por la laringe. — Teoría basada en la existencia del bacilo de Koch. — Laringitis última de Krishaber. — Laringitis de los tuberculosos. — Clasificación de los diversos estados de esta afección. — Etiología general y local. — Teoría de la auto-inoculación. — Influencia de la predisposición individual. — Sintomatología funcional. — Desórdenes de la voz, de la deglución, de la respiración, etcétera. — Lesiones locales; varían con los períodos de la enfermedad. — Primer período: rubicundez ó anemia del principio; aspecto velvético. — Su valor sintomático. — Lesiones del segundo período: hinchazón, erosiones, ulceraciones, deformidades de la epiglotis, brotes polipoidaos. — Lesiones del tercer período. — Anatomía patológica. — Curso. — La duración varía con la forma de la enfermedad. — Tuberculosis miliar aguda. — El pronóstico es grave, pero no fatal. — Diagnóstico; es á menudo difícil al principio. — Otras afecciones diatélicas ofrecen analogías con la tuberculosis laríngea (lupus, sífilis, cáncer). — Tratamiento: será general, profiláctico y local. — Tratamiento quirúrgico y médico.

La frecuencia de la tuberculosis del órgano vocal está hoy, desgraciadamente, muy bien establecida para que se piense en ponerla en duda.

Las estadísticas suministradas por diversos autores son bastante variables: los unos estiman, en efecto, que esta dolencia se encuentra en la mitad de los casos de tuberculosis generalizada, y otros, por el contrario, piensan que no figura en ellos más que en la proporción de un tercio ó también de un cuarto. Ahora bien: tomando un término medio de estas diferentes estadísticas, se ve que en cerca de la mitad, ó ciertamente en un buen tercio de casos de tuberculosis, se encuentran en la laringe alteraciones que deben, con toda certeza, imputarse á esta diátesis. Por lo demás, haré por aclarar completamente este punto, haciendo pasar ante los ojos del lector las estadísticas que los autores más competentes han suministrado. Villigk, que practicó 1.317 autopsias de tuberculosos, no encontró más que 237 afecciones de la

laringe, ó sea el 17,99 por 100. Por su parte, Heinze llegó á una media de 22,51 por 100. Schæffer encontró alteraciones diversas de la laringe en 97,4 por 100 de casos de enfermedad de los pulmones. Mackenzie, en 100 casos de tisis pulmonar, en el primero y segundo períodos, 33 casos de tisis laringea. Estas cifras, como se ve, ofrecen diferencias bastante grandes, pero son más aparentes que reales. En efecto: es evidente que las estadísticas de Villigk y de Heinze no pueden ser rigurosamente exactas, porque cabe existir lesiones durante la vida que desaparecen después de la muerte. Por otra parte, Mackenzie parece no preocuparse más que de las alteraciones orgánicas, y su estadística da probablemente cifras que están por debajo de la realidad.

No he de insistir en la importancia que pueda tener establecer un diagnóstico exacto. Aunque la tuberculosis sea, en efecto, grave en sus manifestaciones del órgano vocal, se han visto, sin embargo, retroceder y aun desaparecer las lesiones de una manera completa en casos juzgados casi como incurables. Lo cierto es que en las consultas laringoscópicas de los hospitales ó de las clínicas particulares, los tuberculosos de la laringe representan, por lo menos, el tercio de los enfermos.

Espero, en el curso de este capítulo, poder demostrar la influencia favorable del tratamiento en una enfermedad tan formidable; mas para contar con semejante mejoría, es preciso estar enteramente seguro del diagnóstico, pues de otro modo pudieran ponerse en el activo de la tuberculosis algunos éxitos terapéuticos que no deben colocarse en él. Por otra parte, una medicación intempestiva en tuberculosos considerados como sífilíticos, daría resultados absolutamente contrarios á los que se tenía derecho á esperar.

Hasta una época bastante próxima á la nuestra, y que no se puede hacer remontar á la introducción del laringoscopio en la práctica médica (1859), la expresión tisis laríngea servía de designación común á una multitud de afecciones ulcerosas de la laringe que, produciendo por estenosis el estrechamiento de este conducto, provocaba, al decir de los autores, el desarrollo de la tisis. También encontraríanse colocadas, en los comienzos del siglo, en el cuadro de la tisis, afecciones que mucho tiempo há se han segregado.

Los mismos Trousseau y Belloc, en su Memoria publicada en 1837, no evitaron esta confusión, y es preciso, como acabo de decirlo, llegar hasta 1859 para ver establecer distinciones absolutamente claras. Hoy, con las nuevas ideas sobre la naturaleza de la enfermedad, las palabras tisis y tuberculosis laríngea se han hecho sinónimas en absoluto.

La tuberculosis laríngea es una afección *aguda ó crónica*, esencialmente asociada á la evolución de la diátesis tuberculosa, que tiene por sitio el órgano vocal y sus inmediatas dependencias.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La tuberculosis laringea puede principiarse de tres maneras: 1.º, antes que todas las lesiones pulmonares del mismo género; 2.º, consecutivamente á estas últimas, y 3.º, al mismo tiempo que ellas.

La aparición de las manifestaciones laringeas antes, con ó durante la evolución de la tuberculosis pulmonar, indica claramente que no existe relación alguna cronológica entre las diversas localizaciones de esta diatesis en el árbol respiratorio. Así es que las lesiones de la laringe podrán encontrarse al finalizar el primero ó segundo períodos, cuando en los pulmones existirán ya, ora cavernas, ora simplemente los signos de una infiltración en su comienzo. Cuanto á admitir en principio, con Isambert, que siempre que se han presentado las alteraciones de la laringe en el periodo ulceroso, la tisis pulmonar está en el tercer grado, no podemos participar de opinión tan ciertamente contraria á la que se observa todos los días.

A. *La laringitis tuberculosa primitiva* se ha negado por ciertos autores, entre los que deben citarse especialmente Louis, Türck, Ziemssen, Heinze, Tobold, Klebs, Mackenzie, Krishaber y Niemeyer. Apoyándose en numerosas investigaciones anatomo-patológicas que le son absolutamente personales, Heinze dice que en todos los casos en que la laringe está atacada, ha encontrado en los pulmones signos manifiestos de alteraciones tuberculosas. Si no se quiere, añade, admitir estas lesiones pulmonares, será simplemente porque se fundan en la existencia de signos negativos comprobados durante la vida. Luego estos signos negativos no prueban absolutamente nada, ya que las lesiones pueden escapar á todos nuestros medios de investigación física, sea á causa de su pequeño volumen ó por su situación demasiado central.

Otros autores parecen haber citado ejemplos incontestables de laringitis tuberculosa, en que la lesión del órgano vocal había, desde largo tiempo, precedido á la del aparato pulmonar. Ambas opiniones cuentan partidarios igualmente distinguidos, y puede decirse que la existencia de la tuberculosis primitiva de la laringe es, hoy todavía, muy delicada de resolver. Sin embargo, por nuestra propia cuenta, no dudamos un solo momento en admitir esta localización primera de la tuberculosis. Hanse podido cometer errores seguramente, y considerar como primitivos, casos que no eran más que secundarios; la opinión de Heinze se funda en este sentido, pero nos parece exagerada. La conexión no se establecerá de un modo perfecto, ni se aportarán pruebas irrefragables, hasta el día en que la casualidad haga morir de una afección intercurrente un enfermo de tisis laringea, sin que padezca, como habrá de mostrarlo la autopsia, ninguna otra lesión de la misma naturaleza en un punto cualquiera del organismo. Pero ¿no se puede

proceder por analogía, y admitir en la laringe una localización especial de la diátesis, cual ocurre en otros órganos, como el testículo, el riñón ó la vejiga, y hasta en el sistema óseo? Por lo demás, esta interpretación no es exclusivamente teórica, porque tiene el poderoso apoyo de nuestras nuevas ideas sobre la naturaleza parasitaria de la tuberculosis. En efecto: sin deseo de prolongar la discusión, está admitido que la tuberculosis se desenvuelve bajo la influencia del bacilo de Koch. Ahora bien: éste todo lo demuestra, y penetra en nuestros tejidos por el intermedio del aire inspirado.

¿Por qué se traduce preferentemente su acción por manifestaciones pulmonares? Probablemente porque, cuando llega al pulmón, se halla en el término de su curso, y no está, como en la parte superior del árbol aéreo, sometido al barrido incesante de la corriente de aire; puede, pues, trabajar fácilmente, seguro de que no ha de ser molestado en la extremidad de los bronquiolos y en los alvéolos pulmonares. Podrá tomar allí todo el tiempo necesario para su desarrollo y llegar á implantarse en el tejido primitivamente sano, lo cual no pudo hacer en la laringe, por las causas que acabamos de señalar, cuando aquél se encuentra en las condiciones normales de resistencia. Pero si esta resistencia viene á debilitarse por diversas razones, encontrando el bacilo transformadas las barreras que dificultan su acción, elegirá su domicilio en la mucosa laríngea, y se constituirá de este modo la tuberculosis primitiva, quedando los pulmones completamente indemnes, al menos durante cierto lapso de tiempo.

Dadas estas explicaciones, no tememos, con Trousseau y Belloc, con Cruveilhier, Mandl, Guéneau de Mussy, Ter-Maten, Rühle, Lebert, Lancereaux, Waldenburg, Schech, Progrebinski, Orth, Fränkel, Solis-Cohen, etc., según ya lo hemos manifestado, admitir una laringitis tuberculosa primitiva perfectamente distinta.

Krishaber ha querido hacer una tercera forma de tuberculosis del órgano vocal: la laringitis tuberculosa última, que no aparece de un modo marcado hasta el fin de la tuberculosis pulmonar.

Esta forma, absolutamente inútil, no me parece ser más que una simple subdivisión de la segunda, y con este título no debe conservarse.

B. Los Dres. Jaccoud y Joal admiten una variedad de laringitis que han calificado con el nombre de *laringitis de los tuberculosos*. Si se reconoce que es posible en estos enfermos, y bajo la influencia del frío por ejemplo, contraer una laringitis catarral simple desde luego, que más tarde puede, dado el terreno particular en que ha nacido, hacerse tuberculosa, debemos asentir gustosos á la opinión de dichos autores. Mas si, por el contrario, se quiere hacer una laringitis donde no existen tubérculos, no nos es posible participar de semejante manera de

pensar. En efecto: la laringitis simple, catarral, puede no ser tuberculosa; pero que se haga ulcerosa, y entonces, como lo ha demostrado el Dr. Doleris por numerosas investigaciones anatómo-patológicas, encontraremos siempre granulaciones tuberculosas que no dejan duda alguna sobre la naturaleza de la afección.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS. — Siendo absolutamente complejo el estudio de la tuberculosis laríngea, se han propuesto numerosas clasificaciones de esta enfermedad. Las unas, estableciendo una clasificación fundada en el aspecto de las lesiones, han dividido la laringitis tuberculosa en superficial, profunda y grave. Esta división tiene el inconveniente de no responder á nada, y de no fijar bastante en el espíritu del médico las lesiones que puede encontrar. Otras han admitido tres formas: aguda, subaguda y crónica, basadas en la evolución de las lesiones en la laringe; es la que adopta uno de mis antiguos discípulos, el Dr. Duncan, en su discurso inaugural. Nosotros conservaremos esta clasificación, admitiendo para cada una de las formas de la enfermedad, los tres períodos propuestos por Isambert, con algunas modificaciones. Este autor reconoció, en efecto, en la tuberculosis del órgano vocal:

1.º, un período catarral; 2.º, un período ulceroso ó edematoso, y 3.º, un período necrótico.

Fácil es ver que el primer período corresponde al en que se produce la infiltración; el segundo, al período de evolución del tubérculo; en él incluimos la forma vegetante, y, finalmente, el tercer período corresponde á la terminación de la enfermedad; pero sin considerarla como siempre fatal, haremos entrar en él los casos de curación.

En resumen: he aquí la clasificación de los diferentes estadios en que nos detendremos en el estudio de la laringitis tuberculosa; admitimos tres períodos, á saber:

1.º Período de infiltración ó catarral.

2.º Período de evolución, ó período ulceroso, edematoso y vegetante.

3.º Período de terminación, ó período necrótico de Isambert, que puede terminar por caries, necrosis, y por la muerte, ó por curación.

Estudiaremos, pues, sucesivamente, los diversos estadios de esta terrible afección, en el orden que acabo de indicar. Pero, desde luego, debo decir algunas palabras sobre la etiología y patogenia de la enfermedad que tenemos que conocer.

ETIOLOGÍA. — La causa principal de la laringitis tuberculosa es la diátesis tuberculosa. Mas en los individuos infectados por esta diátesis, pueden existir circunstancias agravantes que voy á exponer. La edad

no es indiferente para la aparición de la enfermedad, la cual se encuentra con más frecuencia en los adultos de veinte á treinta años, y también de veinte á los cuarenta. Es muy rara en la infancia y en la vejez: Morell-Mackenzie, en su dilatada práctica, no encontró en el niño más que cuatro casos de laringitis tuberculosa; Heinze nueve veces; finalmente, Rheiner comprobó un caso en un niño de cuatro años. Yo mismo he tratado ancianos de setenta y cuatro á ochenta años, atacados de tuberculosis laríngea ulcerosa acompañada por los síntomas habituales que se observan en el adulto, pero rara vez he visto esta complicación en los niños.

Parece que el sexo es asimismo una causa predisponente, por cuya razón se la encuentra con más frecuencia en el hombre que en la mujer. La proporción, según Heinze, será la siguiente: 33,6 hombres para 21,6 mujeres; según Schæffer, 32,2 para 17,7, y, además, las afecciones de la laringe serán 69,2 veces específicas en los hombres, y tan sólo 60,7 en las mujeres.

¿Qué razones pueden invocarse en este sentido? ¿Es porque el hombre, dadas sus ocupaciones y costumbres viciosas (trabajos de toda especie, inhalaciones de sustancias irritantes, etc.), se halla más expuesto que la mujer á contraer la tuberculosis? Es probable.

Citaré todavía, entre las causas atribuibles, el abuso de la palabra y del tabaco, los cuales no me parecen suficientes para determinar la laringitis tuberculosa. Otra causa, que merece tomarse en consideración, es la predisposición, hereditaria ó adquirida, que tienen ciertos sujetos á contraer la tuberculosis. Todas las causas susceptibles de debilitar el organismo le ponen en condiciones para conservar y desarrollar los gérmenes de la afección. El bacilo, encontrando en ellos un terreno propio para germinar, se circunscribe más especialmente á la laringe, y provoca la laringitis tuberculosa. Gottstein, que emite una opinión análoga, admite que, á consecuencia de una erosión de la mucosa, penetra el bacilo en el tejido subepitelial, y sin que el epitelio sea previamente atacado, determina alteraciones anatómicas, debidas á su mismo desarrollo. Parece confirmarse esta hipótesis por el hecho de que los pequeños nódulos tuberculosos son, precisamente, espesos y numerosos en la parte más superior de la mucosa, inmediatamente por debajo del epitelio, y disminuyen en las capas profundas.

PATOGENIA. — Louis expuso antiguamente la opinión de que las ulceraciones de la tráquea y de la laringe se debían al paso incesante de los esputos y de las materias purulentas, cuya acritud irritaba é inflamaba la mucosa. Rheiner ha agregado á esta teoría, que las irritaciones y traumatismos de la región la hacen más idónea para inflamarse. Friedreich quiso introducir como causa la influencia del neu-

mo-gástrico sobre la laringe y el pulmón; pero precisa añadir que, por una parte, las investigaciones de Villemín sobre el contagio de la tuberculosis, y, por otra, el descubrimiento del bacilo patógeno de Koch, han dado á la teoría de Louis cierto valor y verosimilitud. Dicha teoría ha encontrado un ardiente defensor en la persona de Klebs, toda vez que para este autor las secreciones de las cavernas, ricas en bacilos tuberculosos, pueden determinar en el órgano vocal, al nivel de ciertos puntos predispuestos por su estructura anatómica, graves alteraciones. Así que, según él, los ventriculos de Morgagni se encontrarán en mejores condiciones para sufrirlas, porque retienen los productos infecciosos y favorecen el desarrollo de las úlceras tuberculosas. Existen también procesos vocales, que se les ve principiar á beneficio de un rozamiento. Si esta teoría fuese exacta, debería deducirse de ella que la tuberculosis comienza siempre del mismo modo, y que las cavernas profundas van fatalmente seguidas por alteraciones de la laringe. Pero las comprobaciones hechas en la autopsia han demostrado que, de una manera general, es atacada la tráquea rara vez, lo cual nos parece suficiente para invalidar la doctrina de Louis. Se puede, además, decir que es relativamente bastante común encontrar lesiones de la laringe en el primer período de la tisis, es decir, en una época en que con frecuencia los desórdenes pulmonares son imperceptibles, y entonces no se trata de secreción infecciosa.

Rheinér, como he dicho antes, opina que las ulceraciones podrían resultar de rozamientos de la mucosa, produciéndose lo que el doctor Cadier ha descrito con el nombre de auto-inoculación. Esta opinión, admisible en las ulceraciones simétricas de la laringe, me parece muy discutible, á causa de que frecuentemente se las encuentra en enfermos cuyas cuerdas vocales no pueden aproximarse.

Otros autores han admitido que la tos podía provocar la laringitis tuberculosa, pero no pensaron ciertamente, al sustentar esta idea, que algunas veces es la tos consecutiva á la laringitis.

En fin, Heinze ha supuesto, apoyándose en numerosos hechos patológicos, que el contagio se verificaba por los vasos arteriales ó linfáticos; he aquí evidentemente un modo de infección que es preciso tener en cuenta para explicar las lesiones profundas, por las que á veces comienza la tuberculosis de la laringe.

En resumen; hoy que la naturaleza específica del bacilo de Koch está perfectamente demostrada, lo mismo que la inoculabilidad de la tuberculosis, admitiremos de buen grado, con los Dres. Grancher y Hutinel, que, *en un terreno bien preparado*, la menor erosión de la mucosa laríngea podrá servir de puerta de entrada á los bacilos, suministrándoles elementos de vitalidad y de desarrollo, que no encuentran en el mismo órgano del sujeto refractario á la evolución de dicho

germen. En otros casos, la infiltración tuberculosa y las lesiones resultantes se verificarán por los vasos.

Citaré, antes de terminar estas consideraciones, una tentativa de los Dres. Hoyer y Hering, para reproducir experimentalmente la tuberculosis laríngea, tentativa que refieren los Dres. Gouguenheim y Tissier en su trabajo sobre esta materia: «Se inyectó—dicen estos autores—en la vena yugular de un perro, un cultivo puro de bacilos tuberculosos, diluido en 0,4 de agua esterilizada. Al cabo de algún tiempo, se presentó enflaquecimiento y hubo pérdida de fuerzas; murió al día vigésimosegundo, y se encontraron en la laringe una úlcera profunda de bordes irregulares, en la banda ventricular izquierda; una granulación miliar, próxima á la comisura anterior, y algunas úlceras superficiales de la tráquea con granulaciones miliares diseminadas.

»El examen microscópico reveló una infiltración de células redondeadas, con algunas células epitelioides; nada de células gigantes, pero en recompensa, numerosos bacilos. Todo el epitelio de las cuerdas vocales inferiores estaba engrosado y alterado. Acá y acullá, bajo el epitelio, depósitos alargados de células linfocíticas, bosquejo de infiltración.»

Estaría dispuesto á ver en este hecho el resultado de una simple coincidencia, ya que la mayor parte de los ensayos de inoculación practicados hasta el día, han señalado muy raramente la lesión de la mucosa vocal, y que, por otra parte, no veo la razón para que el bacilo, arrastrado por el torrente circulatorio, vaya á evolucionar de preferencia en la laringe y determinar en ésta lesiones tan ostensibles. Es, no obstante, un hecho interesante, y que todavía viene en apoyo de la teoría vascular de la infección tuberculosa.

Debo señalar la patogenia de ciertas afecciones observadas en el curso de la tisis laríngea, y que, sin embargo, no son de índole tuberculosa. Su explicación es muy difícil, y sus relaciones con la tuberculosis pulmonar, excesivamente oscuras. Gottstein se pregunta si no podrían atribuirse á desórdenes de la nutrición las anemias de la mucosa y las parestesias que frecuentemente se observan; pero hace luego notar que la anemia se presenta al comienzo de la tisis, es decir, en el momento en que la nutrición general no se ha alterado notablemente. Cuanto á los catarros pertinaces de la laringe, tan frecuentes en los tuberculosos al principio, atestiguan una disminución en la fuerza de resistencia del órgano y una mayor vulnerabilidad.

Las parestesias y las parálisis de los músculos de la laringe aparecen en el primero ó segundo estadio de la tisis. Schæffer admitía que se trataba de una compresión del recurrente, debida á las lesiones pulmonares del mismo lado; pero Gottstein cree que buen número de parestesias ó de parálisis deben atribuirse á trastornos de la inervación

consecutivos á la anemia, á los catarros concomitantes ó á ciertas alteraciones anatómicas.

SINTOMATOLOGÍA. — La división en períodos que hemos admitido puede servir igualmente para el estudio de la sintomatología. Sin embargo, antes de pasar á la descripción de las lesiones que caracterizan cada una de las fases de la tisis laringea, creo deber indicar rápidamente los síntomas funcionales que habitualmente se presentan en el curso de esta afección. Inútil es decir que los síntomas variarán con la extensión de las lesiones, su naturaleza y su duración.

1.º *Síntomas funcionales.* — *Voz.* — Quéjase al principio los enfermos de cierto grado de ronquera, que rara vez llega hasta la afonía, acompañándose de sensaciones particulares en el cuello y en la laringe.

Según una estadística de Morell-Mackenzie, de 500 casos se encuentran trastornos vocales, 92 veces de 100. Ha comprobado, además, este mismo autor, que de 100 enfermos atacados de tisis pulmonar, los cuales aparecían como indemnes de tisis laringea, existía 37 veces un enronquecimiento más ó menos pasajero.

Poco marcados al principio de la lesión, los desórdenes vocales pueden pasar, sucesivamente, por todos los grados conocidos y descritos. Así, el timbre será rasgado, ronco, bitonal, tembloroso, cubierto ó absolutamente extinguido. Particularmente en el último período de la enfermedad, se observa una especie de cuchicheo especial, debido á la insuficiencia de la corriente de aire expirado y á la anchura del orificio glótico, como consecuencia de lesiones graves de que se ha hecho asiento la laringe.

Recuérdese tan sólo que los desórdenes de la fonación no siempre están directamente en relación con las alteraciones de la mucosa. Así que la voz se hallará casi extinguida ó muy enronquecida, si existe un desorden muscular intenso (parálisis de los tiro aritenoides), mientras será casi normal con una epiglotis y repliegues ariepiglóticos bastante gravemente atacados. En este sentido, el Dr. Poyet cita, en su Manual de enfermedades de la laringe, la observación de un enfermo asistido por el Dr. Fauvel que, á pesar del edema de la epiglotis, de los repliegues y de los aritenoides, continuaba su compromiso, y trabajó en la Ópera, cantando todo su papel. Sucumbió más tarde á los progresos de su afección pulmonar y laringea. Ya he señalado un hecho casi análogo (pág. 199), á propósito de la laringitis edematosa. Demuéstrase una vez más con estas observaciones la importancia del examen laringoscópico.

Estos trastornos vocales, como lo ha hecho notar Gottstein, pueden ser ocasionados, bien por el catarro de las cuerdas vocales, ora por su engrosamiento y por las ulceraciones de que son á menudo asiento, en

el curso del proceso tuberculoso. Algunas veces, el obstáculo es puramente mecánico, y la aproximación de las cuerdas vocales dificultada ó impedida por una infiltración muy pronunciada del espacio interaritenoides. Una banda ventricular considerablemente tumefacta obstaculizará en ciertos casos la vibración de la cuerda vocal correspondiente; de igual manera, la articulación crico-aritenoides podrá inmovilizarse por hinchazón ó ulceración. Si las bandas ventriculares suplen la insuficiencia funcional de las cuerdas vocales, la voz ofrecerá entonces un sonido particular de carraca, que indica muy bien dicha sustitución.

La parálisis de los recurrentes, con desórdenes vocales consecutivos, sobreviene alguna vez por compresión de ese nervio al nivel de uno de los vértices indurados.

Dolor. — Deglución. — El dolor espontáneo es raro, y más bien consiste en una especie de cosquilleo desagradable que provoca la tos. He visto en ocasiones que este prurito laríngeo afectaba una intensidad excepcional y era objeto de preocupación constante por parte de los enfermos. Se observa especialmente este fenómeno de comezón laríngea, con espasmos bastante frecuentes, cuando uno de los recurrentes ó de los neumo-gástricos se interesa en el proceso morboso.

El dolor se hace muy intenso al deglutir, cuando existen ulceraciones y ganan los bordes laterales de la epiglotis ó de la región aritenoides. Es constante, en efecto, que las ulceraciones intralaringeas sean muy poco ó nada indolentes. Este hecho, referido por Trousseau y Belloc en su Memoria, y por Andral en sus clínicas, quedará siempre como verdadero.

Morell-Mackenzie comprobó disfagia en un 30 por 100 de casos; Krishaber y Peter dicen que existe al menos en la cuarta parte de los tísicos. Ambas opiniones se acercan bastante á la verdad. De todas las funciones de la laringe, la deglución es la que ocasiona al enfermo más vivos dolores, que varían mucho en intensidad según el grado, la extensión, y, sobre todo, según el sitio de las lesiones. En algunos casos, es más una simple fatiga con una sensación penosa, que desaparece al comer; otras veces, por el contrario, es un dolor, una quemadura tan viva, que los desgraciados enfermos la comparan á un ascua ardiendo colocada en su garganta. La deglución de los sólidos, y particularmente la de los líquidos y de la saliva, eleva su sufrimiento al mayor grado, y tan sólo los Dres. Gouguenheim y Tissier afirman que la deglución de los líquidos es menos penosa que la de los alimentos sólidos.

Las sensaciones dolorosas no se circunscriben á la laringe solamente, sino que se propagan á los oídos, y sucede también que los enfermos se quejan más de estos órganos que del que realmente están atacados.

Habitualmente, la otalgia es más intensa en un lado que en el otro, estando en relación directa con las alteraciones de la mucosa vocal.

Los dolores locales provocados en el acto de deglutir, encuentran una explicación muy natural en los cambios de lugar que imprime á este órgano el cumplimiento del acto que consiste en tragar, y en el paso de los alimentos sobre superficies inflamadas y con frecuencia ulceradas; mas ¿cómo explicar la propagación de los fenómenos dolorosos hacia el oído situado al lado en que se comprueba el edema y las ulceraciones laringeas? El Dr. Deel, en su tesis inaugural, los refería á la angina glandulosa concomitante llegada á su más alto grado, y que provoca una inflamación de las trompas de Eustaquio, alrededor de las que hay un gran número de glándulas. Esta explicación es absolutamente teórica, puesto que las trompas están generalmente sanas, las granulaciones faríngeas poco salientes, y, por el contrario, con frecuencia pálidas, deprimidas y exangües.

El Dr. Beverley-Robinson, en un artículo publicado en 1876, explica la conexión que existe entre el oído y la laringe, por la rama sensitiva auricular que el ganglio superior del nervio vago suministra. «Esta rama—dice el autor—que Arnold describió por primera vez, envía dos pequeños filetes al conducto auditivo, y un tercer filete, mencionado por Sappey, que se distribuye por la membrana del tímpano. La sensación dolorosa, cuyo origen tendría en la laringe, se reflejará entonces y se propagará hasta el oído por los filetes sensitivos que manda el neumo-gástrico.» Esta interpretación nos parece explicar de una manera completa la transmisión dolorosa de que acabamos de hablar y á la que yo me adherí en mi tesis inaugural (1879).

Se comprende, finalmente, que la deglución de los líquidos, y sobre todo de la saliva (deglución en vacío), deberá ser más dolorosa que la del bolo alimenticio, porque cuando la laringe asciende, las partes ulceradas (epiglotis, región posterior) frotarán contra la pared faríngea y elevarán á un grado muy alto tales sensaciones dolorosas.

La fonación puede, en ciertos casos, no causar verdaderos dolores á los enfermos, quienes, por lo demás, suelen tener una voz cuchicheada más que hablada; pero en bastantes casos hasta la acción de hablar se hace muy penosa.

La misma tos, cuando la fonación es dolorosa, causa verdaderos tormentos á los pacientes; determina tales dolores, que los enfermos evitan toser todo lo que pueden.

La presión no es generalmente sensible en la tisis laringea, pues se apoya impunemente la laringe contra la columna vertebral sin producir dolor, experimentando el enfermo apenas un poco de fatiga.

También nos causó gran asombro ver al Dr. Bordenave decir en su tesis inaugural, que la presión sobre la laringe y sobre el hueso hioides determina un dolor muy vivo y muy agudo; en todos los casos de fimia laríngea que hemos podido observar, no hemos comprobado esta sensibilidad á la presión y si sólo una simple molestia.

Tos. — Según los Dres. Krishaber y Peter, la tos no es un síntoma constante; es frecuente cuando la afección laríngea complica la tuberculosis pulmonar; pero en la laringitis primitiva puede faltar por completo.

Esta es una opinión demasiado absoluta, puesto que la tos puede acompañar á la evolución de la tuberculosis del órgano vocal. Breve y seca al principio, toma alguna vez el carácter de la tos de la coqueluche, cuando existen lesiones recurrenciales (Barety, Guéneau de Mussy, Potain, etc.), que ocasionan la sensación de prurito há poco aludida. La acumulación de mucosidades en la región posterior, ó también en el borde de las cuerdas vocales, bastará para ocasionar esfuerzos de tos, que siguen poco más ó menos los caracteres de la voz, siendo sucesivamente sonora, ronca, velada, apagada ó extinguida.

Más tarde se hace eructante, produciendo, como han dicho Trousseau y Belloc, el sonido de un regüeldo abogado. Este sonido especial del período terminal de la tuberculosis laríngea debe atribuirse á la falta de oclusión de la glotis.

La *respiración* es corta por la desorganización pulmonar y por la estrechez del orificio de la laringe. La disnea puede hacerse bastante grave para necesitar la traqueotomía: existe entonces en la laringe un obstáculo mecánico que no permite al aire un acceso suficiente. Tal ocurre, por ejemplo, con las pericondritis, vegetaciones, brotes edematosos, artritis crico-aritenoideas ó desórdenes musculares de los dilatadores (crico-aritenoideos posteriores). Estos desórdenes respiratorios, como se comprende con facilidad, seran obstáculo para la auscultación del pecho, y el ruido laríngeo podrá también ser bastante intenso para ocultar el murmullo vesicular ó debilitarle hasta hacerle casi imperceptible.

La *expectoración*, variable en cantidad y calidad, depende mucho del estado de los pulmones. Al principio de la tisis laríngea, se manifiesta ya una salivación abundante; pero en los últimos períodos puede derramarse en gran cantidad de la boca del enfermo, bien porque no quiera, ó porque le sea difícil el tragarla.

Cuanto á los verdaderos esputos tuberculosos, se arrojan con mucha menos facilidad en el estado más avanzado de la tisis de la laringe, porque, por una parte, está disminuída la energía de los músculos respiratorios y, por otra, las partes hinchadas constituyen un obstáculo

para la expulsión de las materias detenidas en las partes atacadas. La expectoración, mucosa al principio, se hace poco á poco moco-purulenta, purulenta, estriada de sangre y puede hasta contener vestigios de cartilagos necrosados. Por lo demás, se comprende que los pulmones han de suministrar su contingente de secreciones, las cuales se mezclan al paso con las del órgano vocal.

La expectoración laríngea propiamente dicha puede ser completamente sanguinolenta (Joal, Albers); pero apresúrome á decir que éste es un hecho absolutamente excepcional. Á menudo, es preciso buscar en el árbol respiratorio la fuente de la hemorragia, mejor que en la mucosa laríngea.

La nutrición general no marcha siempre á la par con el estado de la laringe; los enfermos pueden tener un aspecto relativamente bueno, con desórdenes laríngeos muy graves, si las alteraciones pulmonares no son muy pronunciadas. No sucederá lo propio si las úlceras laríngeas determinan una disfagia que no permita, sino con gran dificultad, la introducción de los alimentos.

Compréndese que estos diversos desórdenes funcionales se marcarán tanto más cuanto la afección vocal se encuentre más avanzada. Así es que, en el período catarral, los diferentes trastornos que acabo de enumerar no existen, por decirlo así; sólo la fonación podrá estar más ó menos comprometida si la lesión recae en el aparato muscular del órgano vocal. Sucederá que veamos enfermos afónicos con lesiones materiales de la mucosa, insignificantes en apariencia, pero con desórdenes musculares, por el contrario, bastante graves. Los desórdenes de la respiración y de la deglución imputables á la lesión laríngea, no se presentan más que en el segundo y, sobre todo, en el tercer período de la enfermedad.

Para tener ahora una idea aproximada del aparato sintomático ofrecido por término medio en los sujetos atacados por esta terrible enfermedad, bastará echar una ojeada al adjunto cuadro, tomado por el Dr. Morell-Mackenzie en 500 enfermos de tisis laríngea.

Este autor ha comprobado los síntomas que siguen :

Afonía	123	veces.
Disfonía	337	—
Disfagia	151	—
Molestia en la garganta	62	—
Respiración estridulosa	8	—
Dispnea profunda que necesitó la traqueotomía	3	—
Tos	427	—
Respiración corta al menor esfuerzo	415	—

2.º *Síntomas objetivos.*—Vamos á estudiar el aspecto de las partes enfermas, vistas con el espejo laríngeo en las diversas etapas de la enfermedad.

A. *En el primer período* de la tisis laringea, el examen laringoscópico revela alteraciones análogas á las de la laringitis catarral aguda ó de la laringitis catarral crónica, no siendo posible, en esta época, fijarse definitivamente en el diagnóstico, para el que únicamente la marcha de la enfermedad y su persistencia podrán esclarecer su naturaleza.

En otras ocasiones, existen lesiones bastante localizadas en la mucosa que hacen sospechar la tuberculosis laringea. Vese rubicundez en la parte posterior del órgano de la voz, en los aritenoides ó en las cuerdas vocales; si es viva, de color de carmín y persistente durante muchas semanas, son legítimas las presunciones en favor de la tuberculosis, en especial si el enfermo presenta una facies particular y algunos síntomas generales de la terrible diátesis.

Muy á menudo se notan islotes rubicundos, casi equimóticos, diseminados por la laringe, con un tinte hemorrágico, como lo han advertido Isambert, Fauvel y Jaccoud. En otros casos, por el contrario, atrae la atención la palidez de la mucosa, sobre todo en el velo del paladar y la laringe. Isambert, y con él los autores ingleses, particularmente Lennox-Browne, lo mismo que los americanos, han concedido cierta importancia á la decoloración de la mucosa. Obsérvase, además, una especie de estado rugoso de la membrana interaritenoides que le comunica el aspecto del terciopelo de Utrecht, llamado por este motivo «aspecto velvético», y que impide, como he dicho más arriba, la conjunción completa de las cuerdas vocales. De este síntoma han querido hacer, el Dr. Brébion, en su discurso inaugural, y muchos autores, un síntoma patognomónico de la fimia laringea. No convendrá, sin embargo, cuando existe solo, darle un valor demasiado considerable; pero, si se observa al mismo tiempo una ligera infiltración de los repliegues ariepiglóticos y de las eminencias aritenoides, se tiene un excelente signo diagnóstico de tuberculosis laringea. Igualmente, si esta lesión va acompañada por una erosión como un araño ó como de lima (Isambert) de una cuerda vocal, será un signo probable de tuberculosis. Creo haber insistido suficientemente sobre este síntoma con motivo de la laringitis crónica simple, para que me detenga en él ahora.

Cuando las cosas se encuentran en este estado, pasa al segundo período.

B. *En el segundo estadio*, las diferentes partes del órgano vocal se tumefactan más y más con los progresos de la infiltración.

Los exámenes laringoscópicos practicados en los enfermos han hecho reconocer que las partes infiltradas más á menudo, y sobre todo atacadas, son, por orden de frecuencia: la región interaritenoides, los cartilagos aritenoides, las cuerdas vocales, las bandas ventriculares, los repliegues ariepiglóticos, y, en último lugar, la epiglotis.

La tumefacción de la región aritenoides puede aparecer con mucha precocidad, y, ella sola, facilitar notablemente el diagnóstico á las personas ejercitadas. Profesan esta creencia la generalidad de los autores, y también Schech pretende que la infiltración interaritenoides puede preceder muchos años á los síntomas pulmonares. Está caracterizada por ese aspecto particular al que he aludido (aspecto velvético).

Puede ser simétrica ó unilateral, y, en ambos casos, determinar desórdenes de la voz, merced á ciertas prolongaciones que se insinúan entre las cuerdas vocales, impidiendo su adaptación.

Más tarde sobrevienen erosiones, y después ulceraciones que se presentan bajo la forma de surcos, ó son, por el contrario, crateriformes. No siempre son fáciles de reconocer, sobre todo cuando se acompañan de granulaciones carnosas que pueden ocultarlas completamente. En este período, se encuentran también en este punto verdaderas hipertrofias polipoideas, tumores verrugosos desiguales con ancha base de implantación y casi puntiagudos en su vértice, que ocupan todo el espacio interaritenoides y hacen un relieve notable en el espacio glótico, al que ocultan en parte. Otras veces se perciben gruesas granulaciones anfractuosas, sobre las que se depositan y se desecan en mayor ó menor grado las secreciones.

Al mismo tiempo que la lesión precedente, se observa un edema más ó menos difuso ó circunscrito de las bandas ventriculares. Es preciso decir, sin embargo, que estos repliegues se encuentran, por punto general, atacados en toda su extensión y transformados cada uno en una especie de rodete sin límites definidos. La hinchazón puede ganar los ventrículos de Morgagni, cuya abertura desaparece á consecuencia de la tumefacción de la mucosa. Sucede también que la tumefacción de esta parte es tal, que se produce una verdadera eversión del ventrículo, eversión que ocupa toda ó una parte de la longitud de la mucosa.

Se reconoce fácilmente esta lesión, porque la cuerda vocal correspondiente desaparece más ó menos bajo la membrana tumefacta, y por la falta de la línea sombría que caracteriza la hendidura ventricular. Tales erosiones no son tan raras como ha podido suponerse hasta ahora, y se comprende muy bien el mecanismo de su producción.

Cuando la infiltración es demasiado considerable, la banda ventricular puede ocultar por completo el borde libre de la cuerda vocal que está situado inmediatamente debajo de ella; en estos casos, el enfermo tiene la voz de carraca. Las falsas cuerdas se hacen alguna vez asiento de ulceraciones, situadas lo más á menudo en su parte posterior, al nivel de la cara interna de un aritenoides, ó bien ocupando su parte anterior. Estas úlceras, que tienen por carácter ser achatadas, talladas en cráter en el espesor de la mucosa, no siempre son fáciles de perci-

bir. El Dr. Morell Mackenzie dice que se pueden comprobar, colocando oblicuamente el espejo y desviando un poco la cabeza del enfermo. Otras veces, por el contrario, existe una infiltración miliar, grisácea ó gris rojiza, que ofrece un aspecto parecido al del papel granujiento, y, por tanto, muy fácil de distinguir.

La alteración tuberculosa de los cartilagos aritenoides es uni ó bilateral. Nótese entonces uno ó dos tumores de volumen variable, con base ancha, dirigidos hacia arriba y afuera; son bastante regulares y recubiertos en general por una mucosa descolorida, muy semejante á la piel de la cebolla. Los pequeños cartilagos de Wrisberg y de Santorini toman parte en el proceso, y cuando éste adquiere un desarrollo inusitado, contribuyen por su parte á borrar la depresión ó hendidura que existe normalmente en la región interaritenoidea, la cual, durante la fonación, aparece como distendida y ligeramente plegada.

Ordinariamente, los repliegues ariepiglóticos participan también en la inflamación, y es frecuente ver uno ó ambos repliegues más ó menos tumefactos, deformar el aspecto de la laringe y hacerla aparecer desviada en el espejo, sobre todo cuando uno de los bordes de la epiglotis está invadido por el proceso tuberculoso.

Esta tumefacción, muy importante en ciertos casos, acostumbra á quedar largo tiempo estacionaria y constituir uno de los principales síntomas objetivos. Está igualmente sometida á diversas alternativas de aumento y disminución, durante las que puede variar el tinte de la mucosa que recubre la infiltración, y que, de descolorida que estaba al principio, se torna rosada ó de un rojo de heces de vino. Los ligamentos ariepiglóticos edematosos están deformados: tienen un aspecto piriforme, con pequeña extremidad anterior y gruesa extremidad posterior; sus bordes enteramente borrados no les dan ningún limite preciso, y en los casos intensos se continúan sin línea de demarcación aparente, con los bórdes de la epiglotis.

La infiltración tuberculosa de las cuerdas vocales se presenta ordinariamente, al principio, en un solo lado.

Las cuerdas no se ven tan nacaradas como en el estado normal, están más ó menos rojas, ó parecen también tumefactas. Gottstein hace notar que existe, en ciertos casos, como un encaje del borde libre, y que entonces parecen estar desdobladas en toda su longitud.

Las úlceras de las cuerdas vocales ocupan preferentemente las apófisis vocales, pero pueden también presentarse en los bordes, que deforman, ó bien interesar la cara superior de la cuerda y formar fisuras paralelas á las fibras elásticas. Estas últimas ulceraciones son generalmente menos profundas que las de los bordes, las cuales pueden determinar muy graves lesiones.

Con mucha frecuencia no aparece la inflamación más que en una

cuerda vocal, que se pone entonces tumefacta, se hace roja, granulosa, desigual, tomando en sus bordes redondeados un aspecto legañoso, ó sembrándose de pequeños dentellones superficiales. Entonces se tiene ante la vista la corditis inferior, *chorditis vocalis inferior*, á menudo acompañada por una ligera tumefacción de la banda ventricular correspondiente, ó de la región ariepiglótica del mismo lado.

Las nudosidades tuberculosas comprobadas al laringoscopio por algunos autores, han sido negadas por Heinze, quien, con justo titulo, hace notar que es imposible pronunciarse, por este solo examen, sobre la naturaleza de los relieves granulosa vistos en el espejo.

Sobre todo en las formas agudas, miliares, de la laringitis tuberculosa, encuéntrase este semillero amarillento, semitransparente, análogo á granitos de sémola, dando á la mucosa un aspecto de chagrín, y que abarcan toda la superficie de la laringe, y á menudo también la base de la lengua, la faringe, el velo del paladar, en una palabra, toda la garganta posterior.

La hinchazón de la epiglotis será más rara que su edema, por consecuencia de ulceraciones. Esta infiltración puede ser limitada ó generalizada. Los focos circunscritos están constituidos por eminencias gruesas, achatadas, situadas ora en las caras, ya en los bordes de la epiglotis. La hinchazón generalizada acarrea, en general, la inmovilidad y la deformidad del opérculo glótico. Se le ve, en efecto, revestir el aspecto en fimosis ó parafimosis de Isambert, aspecto que compararíamos de buen grado, con Fauvel, al que nos ofrece el hocico de tenca del útero. Sea como quiera, este opérculo puede adquirir cuatro, cinco y hasta seis veces su volumen ordinario. Algunas veces se ulcera. Estas ulceraciones, muy variables en su forma y en su número, suelen ocupar todo el cartilago, pero se las encuentra más particularmente en el borde libre y en las paredes laterales de la epiglotis. El opérculo glótico puede estar destruido total ó parcialmente, y en este último caso el muñón se asemeja á un turbante (Mackenzie), ó á una herradura (Capart), ó á un rasgón informe, deshilado en sus bordes espesos.

Las lesiones epiglóticas no existen nunca solas, sino acompañadas por alteraciones variables (hinchazón, úlceras) de la región posterior del órgano vocal, de las bandas ventriculares y de las cuerdas vocales, resultando múltiples deformaciones del orificio glótico, las que me bastará mencionar, pero que, como se comprende, pueden variar al infinito, según el grado de infiltración de cada parte de la laringe, la profundidad y el número de úlceras que se encuentren en ella.

Por otra parte, la inflamación está lejos de reconocer por límites las cuerdas inferiores; frecuentemente llega á extenderse más lejos su acción, y se suelen comprobar alteraciones de la mucosa subglótica. Ésta, tumefacta, hace relieve bajo las cuerdas vocales, y forma dos

rodetes que contribuyen á obstruir el orificio de la glotis. Dicha región se inflama, lo cual determina una estenosis respiratoria debida á la estrechez de las vías aéreas, pudiendo llegar las cosas á un punto que sea necesaria la traqueotomía. Encuéntanse también ulceraciones hasta en los anillos de la tráquea, que Louis describió el primero.

Todas estas partes ofrecerán un aspecto variable; la mucosa puede estar roja ó pálida, ó bien cubierta de mucosidades. Desprendidas éstas, se perciben las lesiones. En otros casos, las alteraciones de la mucosa no están diseminadas, y se observará una verdadera hemifimia, estan-

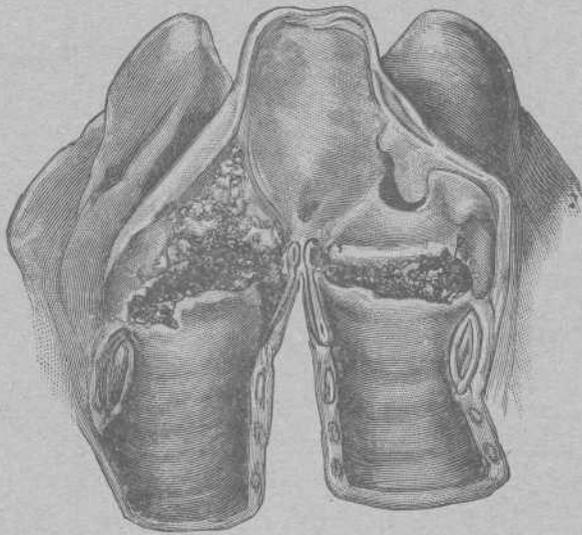


FIG. 16. — Muestra una laringe abierta después de la muerte, en cuyos ventriculos se ven claramente las masas de granulaciones nacidas en un fondo ulcerado, que ha invadido por un lado la banda ventricular. Las cuerdas vocales inferiores están casi destruidas por completo, los repliegues arriepiglóticos edematosos, los cartilagos osificados y en parte necrosados.

do sano un lado de la laringe y el otro atacado en proporciones variables.

Aunque raro, ha podido, sin embargo, comprobarse este fenómeno, que, por otra parte, tampoco debe sorprendernos el encontrarlo. Recuerdo á este propósito un precioso caso que referí en mi discurso inaugural y lo reproduje en mi traducción del libro de Morell-Mackenzie (pág. 515).

Pueden las lesiones ser articulares é inmovilizar una articulación necesaria á la vez para la fonación y para la respiración. Estas artritis, bien estudiadas por Cartaz, son bastante frecuentes, y se traducen por una hinchazón periarticular, con inmovilidad inspiratoria de la cuerda

vocal. Entonces se paralizará la cuerda vocal por compresión del recurrente, según ya lo hemos dicho, ó bien por una glándula hipertrofiada. Trátase, con mayor frecuencia, de una parálisis puramente mecánica por infiltración difusa de los tejidos.

También en esta época se muestran en general, en todo su desarrollo, vegetaciones tuberculosas, que, tomando un aspecto polipoideo, pueden llegar por su número, su volumen y su confluencia, á determinar una oclusión completa de la glotis, como poco há he tenido ocasión de advertir. Cuando estas vegetaciones ocupan la región posterior, hecho algún tanto frecuente, afectan un volumen bastante considerable, y descansando sobre una ancha base en toda la longitud de la pared posterior del órgano vocal, terminan en cono truncado, formando un relieve verrugoso gris-rosado en el interior del espacio glótico.

Conocidas desde largo tiempo há, señaladas por Mandl, Schnitzler, Foa, Pexey Kidd, Hering, etc., y estudiadas especialmente por Ariza (de Madrid), estas producciones polipoideas forman verdaderas masas carnosas intersticiales é interaritenoides, que impiden la aproximación de las cuerdas vocales.

Si los brotes nacen de las bandas ventriculares, del fondo de los ventrículos ó de las cuerdas vocales ulceradas, son entonces verdaderos tumores poliposos, á menudo pediculados, que hacen un relieve más ó menos considerable y que se parecen mucho á los pólipos de la laringe, de los que difieren por la coexistencia de lesiones en la región posterior de la laringe, y por las deformaciones del órgano que infaliblemente les acompañan. Se comprende no describa al detalle, las diversas especies de brotes de la mucosa laríngea en el curso de la tuberculosis; estas producciones podrán variar al infinito por su sitio, por su volumen, y, por consiguiente, por su aspecto. Así es que en ciertos casos graves pueden llegar á llenar en gran parte la luz glótica y acarrear desórdenes respiratorios suficientes para necesitar una intervención quirúrgica (ablación de las masas poliposas, traqueotomía).

Se han referido, igualmente, casos de papilomas verdaderos que coincidían con una tuberculosis del órgano de la voz. Esta concomitancia de dos lesiones no es absolutamente imposible; pero no la menciono más que á título de excepción ó de curiosidad patológica.

C. *Tercer período.*— Si la afección continúa ininterrumpidamente su curso, llega al último estadio de la enfermedad, irreparable, terrible, correspondiendo á la caries y la necrosis de Isambert. Encuéntrase entonces, en lugar de lesiones localizadas, una verdadera excavación de la región vocal.

Pueden ser expulsados los cartílagos aritenoides, puesta al desnudo la epiglotis, y á consecuencia del infarto considerable, ni tragar, ni

respirar el enfermo. Este período constituye el de las pericondritis consecutivas á ulceraciones, que ganan siempre en profundidad.

Ocupando al principio los cartílagos de Wrisberg, invaden en seguida los aritenoides, la epiglotis, el tiroides y el cricoides. En algunas formas lentas de tuberculosis se producen verdaderos osteofitos que sobresalen en la laringe ó en el esófago, como en el caso del Dr. Dignat, publicado en la *Revue de Laryngologie*. Son una especie de encondromas, cuya imagen presento para que se comprenda cuán considerables se hacen, en este caso, los desórdenes de la deglución. La laringe se deprime, su cavidad se hace anfractuosa y los síntomas funcionales

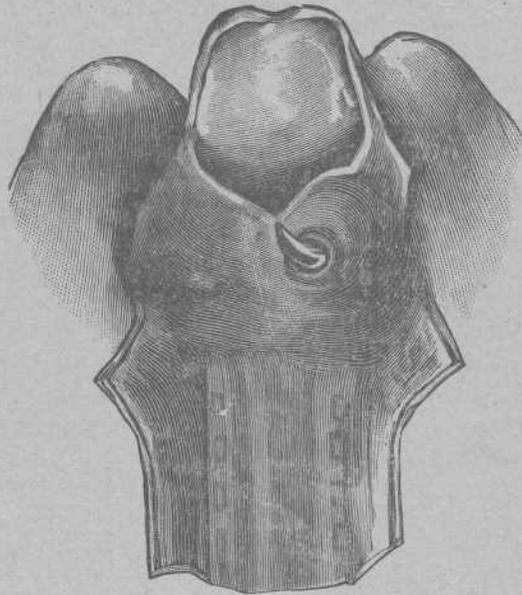


FIG. 17.—Muestra una faringe vista por su cara posterior. La región interaritenoides se halla atravesada por una especie de espina huesosa que sobresale en el esófago del enfermo. Era un osteofito formado á expensas del cricoides osificado y necrosado en parte.

adquieren su máximum de desarrollo. Fórmase una fistula de la laringe, que se recubre de pus. Los repliegues ariepiglóticos están representados por unos enormes rodetes recubiertos de úlceras parduscas, de aspecto miliar, que se continúan en las partes laterales con las úlceras de la epiglotis y de la base de la lengua. Todo el órgano se deforma, se deshilacha y se llena de una secreción pardusca, á menudo fétida, que el enfermo arroja con dificultad.

Aparecen abscesos en el tiroides por delante ó en las partes laterales, consecutivos á la necrosis de los cartilagos, teniendo estos últimos tendencia á desaparecer. En una palabra, las lesiones están en su apogeo. Puede haber un estado de escleroma bien descrito por Gayet y una estenosis laríngea muy grave, que pone en peligro la vida del enfermo por la asfixia que determina.

No necesito añadir, que los desórdenes funcionales siguen la marcha progresiva de las lesiones que acabo de describir en este último período.

El paciente está entonces, no sólo afónico, sino que sufre también al desembarazar su árbol aéreo de las mucosidades purulentas que en él se encuentran acumuladas. La disfagia se hace muy intensa, impide que el desgraciado enfermo se alimente, y sólo después de vivísimos sufrimientos consigue satisfacer la sed que le devora.

Demasiado frecuentemente se ve el triste cuadro que acabo de bosquejar, para que reporte utilidad el insistir en los desórdenes funcionales de este período; la respiración se torna penosa, difícil, anhelosa, tanto á causa de la estenosis laríngea, cuanto por los progresos incesantes de los tubérculos pulmonares. La capacidad respiratoria se reduce al *minimum* compatible con la existencia, y todo, en el estado general del enfermo, hace prever el desenlace de una enfermedad que ha llegado á su postrera etapa.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Dos clases de alteraciones debemos distinguir en la tisis laríngea: las que no son específicas y las que son verdaderamente tuberculosas. Las primeras, representadas por la anemia, los desórdenes de la motilidad, etc., se condenan generalmente al olvido, porque pasan inadvertidas en la autopsia. La anemia de la membrana mucosa de la faringe puede persistir durante todo el curso de la tisis, sin cambios apreciables y sin determinar desórdenes muy graves. El catarro, que se extiende á toda la laringe, puede complicarse con parestesia ó también con parálisis, y puede además provocar erosiones superficiales, pero nunca destrucciones profundas.

Cuanto á la tisis laríngea propiamente dicha, se caracteriza, desde el punto de vista anatómo patológico, por depósitos tuberculosos con infiltración de la membrana mucosa. Heinze opina que la laringe es, después del intestino, la primera atacada por orden de frecuencia en la tuberculosis; pero Willigk coloca todavía, antes que este órgano, los ganglios mesentéricos. Esta diferencia puede depender quizá de que las investigaciones de Heinze se hicieron con más cuidado.

El estudio de la sintomatología nos ha enseñado que el primer período se halla constituido por un estado de infiltración, localizado á ciertos puntos de la laringe. El edema crónico acompaña ó sigue casi

siempre á la infiltración; así, Morell-Mackenzie, en 500 casos de tisis laríngea examinados durante la vida, encontró 165 veces el edema. La frecuencia de este síntoma aumenta con los progresos de la afección.

La infiltración edematosa que, según Heinze, se presenta en la mitad al menos de los casos de tisis laríngea, será más frecuente, al decir de Morell-Mackenzie. Aparece en el cadáver como una hinchazón lisa é igual, extensa y resistente, recubierta por una mucosa pálida, con superficie deslustrada y sembrada á veces de granulaciones que tienen un aspecto caseoso.

Si se practica el examen microscópico de las partes tumefactas, se comprueba una infiltración celular abundante debajo de la capa epitelial de la mucosa. Encuéntanse nudosidades tuberculosas abundantes, sobre todo por debajo del epitelio, cuando el tejido celular, situado entre el depósito y el epitelio, contiene algunas células redondas y muchos vasos, pero no tubérculos, lo cual tiende á probar que las úlceras se fraguan de dentro á fuera. Los tubérculos casi no contienen bacilos; ciertos autores han dicho también que las lesiones primitivas de la tuberculosis laríngea no eran de origen bacilar y que no hacían más que preparar un terreno favorable de cultivo. Estos tubérculos aparecen en diversos periodos de su evolución, porque están á veces en vías de degeneración grasosa, y pueden también haber sufrido una fusión purulenta completa.

La mayor parte de los elementos constitutivos del órgano vocal, participan en el proceso. Así, la inflamación puede atacar primitivamente las glándulas, ó bien invadirlas secundariamente, como lo han demostrado los Dres. Cornil y Ranvier, Doléris, etc., etc.; se destruye el tejido conjuntivo que las rodea, y la infiltración tuberculosa, que penetra entre los acini, los comprime y pronto los hace desaparecer.

Más tarde, el mismo cartílago es atacado. En cuanto á sus vasos, la infiltración tuberculosa destruye igualmente sus tónicas. Es raro que los tubérculos ataquen á los músculos, pero se infiltran éstos de células redondas, y la sustancia contráctil puede transformarse en una fina masa molecular.

El pericondrio puede contener numerosas células purulentas, y el cartílago parece bañarse en el pus. El último, bañado á su vez, se ablanda y experimenta finalmente la transformación grasosa, a menos de que sea asiento de un trabajo de osificación y de necrosis.

El epitelio se conserva alguna vez, pero más á menudo se infiltra y desprende, dejando al descubierto puntos de la mucosa que serán origen de ulceraciones.

La úlcera tuberculosa se caracteriza por tubérculos en los bordes ó en la base de la ulceración, pero se la puede atribuir el mismo origen,

cuando no se encuentran más que células gigantes formando una infiltración difusa ó circunscrita en la trama conjuntiva.

Las úlceras tuberculosas varían en sus dimensiones, según suceden á una infiltración ó á simples tubérculos miliarios aislados. En el primer caso, se observan úlceras profundas crateriformes con bordes despegados; en el segundo, por el contrario, la mucosa, acribillada de pequeños agujeros, presenta, según la frase pintoresca de Schech, un aspecto etmoidal. Pero las úlceras del último género son menos profundas que las primeras, son superficiales y constituyen la úlcera aftosa corrosiva ó infecciosa de los autores. Estas úlceras aparecen, en general, en puntos en que la mucosa, poco adherente, se deja distender con facilidad, como las bandas ventriculares y, sobre todo, en la cara inferior de éstas.

Las vegetaciones papilares que con más frecuencia se observan en la región interaritenoidéa, forman evidentemente parte integrante del proceso tuberculoso, como muchas veces lo ha demostrado el examen microscópico. No hay que extrañar, sin embargo, que no se encuentren en estas masas polipoideas todos los caracteres de las lesiones tuberculosas. La inoculación de partículas de estas neoformaciones podrá dar un resultado negativo, sin que por esto las vegetaciones hayan tenido otra causa determinante que la tuberculosis. Estas transformaciones dermo-papilares de la región posterior del órgano vocal han sido perfectamente descubiertas por los Dres. Förster, Doléris y Virchow, y recientemente nuestro colega el Dr. Luc acaba de referir un ejemplo al Congreso de París. No me detendré en las caries y necrosis que pueden complicar la tisis laríngea en su último período, porque no presentan nada de particular.

Claro está que sólo me ciño en este capítulo á algunas investigaciones de la anatomía patológica de la tuberculosis vocal, cuyo estudio histológico se detalla perfectamente en la obra de los Dres. Tissier y Gouguenheim, á la que remito á todos los que deseen poseer nociones más completas sobre esta parte especial de tan importante materia.

CURSO. DURACIÓN. — El curso de la tisis laríngea es esencialmente variable, y su duración sujeta á numerosas condiciones. Por de pronto puede afirmarse que el estado de los pulmones influye por modo considerable en el de la laringe, y que, por tanto, la tisis laríngea seguirá una marcha paralela á la de la tisis pulmonar. Pero si se trata de una tisis primitiva del órgano vocal, las lesiones podrán permanecer largo tiempo estacionarias é inofensivas, por decirlo así. No sucederá lo mismo cuando existan graves desórdenes pulmonares, porque la marcha podrá entonces precipitarse, y recorriendo el enfermo las etapas con mucha rapidez, llegará pronto al término de sus días.

El primero y segundo períodos serán susceptibles de durar muchos años, á veces de retroceder para aparecer en seguida; pero, si por una ú otra razón, la enfermedad llega al tercer período, es cierto que la evolución será siempre rápida, y que en el espacio de algunos meses á un año como máximo, acarreará una terminación fatal.

Por lo demás, para el curso más ó menos rápido de la afección, hanse establecido las formas de tuberculosis aguda, subaguda y crónica.

Las dos últimas formas son las que principalmente he tenido á la vista para el estudio que estamos haciendo, porque la tuberculosis aguda, verdadera tisis galopante de la laringe, ofrece, en su marcha y en su manera de ser, algunos rasgos distintivos que voy á hacer conocer. Sucesivamente, y especialmente estudiada por Isambert, Bucquoy, Féréol, Koch, Trélat, Barth, etc., la granulía de la laringe se distingue de la enfermedad que estudiamos, en que la parte posterior de la garganta, el velo del paladar, las amígdalas, la faringe y la base de la lengua participan de la infiltración de la mucosa vocal, que es algunas veces secundaria. En la región atacada existe un semillero de granulaciones amarillentas que se reblandecen rápidamente, dejando tras sí ulceritas cupuliformes, que se reúnen pronto y dejan verdaderas cicatrices en supuración. Esta tuberculosis aguda se la encuentra limitada al órgano vocal, cuando, por un tratamiento intempestivo ó irritaciones locales, experimente la afección laríngea un brote inflamatorio agudo, lo cual he observado con mucha frecuencia después del empleo de las aguas sulfurosas. Aquí, el curso de la afección es rápido, y el enfermo sucumbirá arrebatado por la lesión local, antes que la tuberculosis del pulmón haya podido arribar á sus postreros límites.

Todos los síntomas funcionales que acabo de describir alcanzan la mayor intensidad; la disfagia es extremada, siendo la que domina la escena, y el enfermo se ve condenado á morir por inanición. El curso de la dolencia se torna vertiginosamente rápido, y en el espacio de algunos meses recorre sus diferentes períodos.

TERMINACIÓN. — Cuando la muerte es la consecuencia de la afección que nos ocupa, sobreviene por punto general, excepto en algunos casos de que acabo de hablar, por la simultánea agravación de las lesiones pulmonares y laringeas. Estas últimas pueden extenderse, ganar la faringe y acarrear la muerte por la sofocación consecutiva á la estenosis glótica; pero ésta, me apresuro á consignarlo, es una terminación rara de la enfermedad.

En los casos más felices en que las lesiones pulmonares están limitadas, evolucionan con lentitud, y generalmente, en los tuberculosos que han pasado de los treinta ó de los treinta y cinco años, se puede, bajo la influencia de un tratamiento bien dirigido, ver curar paulati-

namente las lesiones de la mucosa vocal, cicatrizarse á la par las de los pulmones, y la curación, algunas veces temporal, y en algunos casos casi definitiva, operarse de este modo. He aquí una terminación favorable de la tuberculosis, si bien muy rara. Tengamos en cuenta siempre que, aun durante años, debe el enfermo ser asistido con tanta atención cuanto lo exige una situación anterior tan grave.

PRONÓSTICO. — Después de lo que llevamos expuesto, podremos deducir con exactitud el pronóstico. En la forma miliar, es siempre fatal; en las formas subagudas ó crónicas, es siempre grave y muy frecuentemente mortal. ¿Es susceptible de curarse la tuberculosis del órgano vocal? Con Gottstein, es razonable admitir que nada garantiza contra los brotes túbiculosos de la laringe, mientras no consigamos curar radicalmente la tisis pulmonar. Respecto de las úlceras tuberculosas propiamente dichas, cada cual podrá afirmar que llegan á verse curar completamente. No es menos cierto que un tratamiento general y local bien dirigido influirá favorablemente en el pronóstico, cuando, por el contrario, la falta de cuidado lo complicará por modo singular.

La opinión de la curabilidad de la tuberculosis laríngea háse emitido antes que yo lo hiciera, y sostenidose por gran número de autores competentes. Störck, Schrötter, Tobbold, Rossbach, Gérardt, Fränkel, Schnitzler, Schmidt, Prosser James, Bossworth y Porter, han venido á adherirse á esta idea. Mas recientemente, los Dres. Krause y Hering defendieron con ardor tal opinión, tan lisonjera para los enfermos, preconizando un nuevo tratamiento, del que vamos á hablar al momento.

En justicia, no podemos omitir que otros autores muy reputados han negado la curabilidad de la tuberculosis laríngea, y los doctor-s Mandl, Lambert, Krishaber, Massei, etc., etc., han sostenido esta tesis, admitiendo, sin embargo, que las úlceras tuberculosas pueden cicatrizarse, pero que fatalmente se reproducen en otro punto del órgano ó del organismo.

Es evidente que, en la actualidad, la eficacia del tratamiento local de esta dolencia tiende á reconocerse por la generalidad de los prácticos, que no ven el pronóstico tan sombrío como les había parecido á algunos pesimistas. No convendrá evidentemente generalizar esta proposición, y creer que todos los casos de tuberculosis laríngea sean susceptibles de retrogradar, al influjo de un tratamiento bien dirigido. Mas, á la verdad, llevaría más allá mi pensamiento, pues si, por una parte, creo en la posible curación de tan terrible enfermedad, considero que existen, desgraciadamente, formas de laringitis bacilar, y son éstas en mayor número, que están muy por encima de los recursos del arte. En ellas, la diátesis está siempre viva, siempre pronta á mani-

festarse, porque el terreno es favorable á la evolución del bacilo, y en vano será luchar contra él.

Admitida la curación de la tisis laríngea, réstanos saber cómo se efectúa y cuáles son los medios terapéuticos más aptos para favorecer esta terminación de la enfermedad.

Opérase ésta por el mismo *processus* curativo que preside á la curación de la tuberculosis pulmonar, y cuyo secreto nos han revelado los histólogos: «Los trabajos de los histólogos—escribe el Dr. Jaccoud—en particular los de mi excelente amigo y eminente colega Grancher, han establecido la importancia y la frecuencia de un procedimiento curativo, que puede impedir el desarrollo del tubérculo, grande ó pequeño, en cualquiera momento de su evolución, y transformarlo en un producto inofensivo, en adelante sin acción sobre el organismo, no menos que sobre el tejido próximo. Consiste en la transformación fibrosa del neoplasma, transformación que no es excepcional, ni tampoco absolutamente rara». Pero voy á permitirme transcribir, con este objeto, la importante declaración de Grancher: «Lo que (aparte los caracteres anatómicos) diferencia la evolución del tubérculo de la del cáncer, es la tendencia *natural* del tubérculo á hacerse fibroso.» Trátase, pues, aquí de una transformación inherente á la naturaleza misma de la lesión, y no á un trabajo fortuito é irregular. En esta materia, todo tubérculo, sea la que quiera la forma, está sometido, desde su nacimiento, á dos procesos opuestos: la evolución caseosa en el centro y la evolución fibrosa en la periferia. De la preponderancia definitiva de la una ó de la otra de estas transformaciones, depende el destino ulterior de la neoplasia; se extiende y arrastra el tejido del órgano en su destrucción propia, si la caseificación y el reblandecimiento prevalecen; queda estacionaria y desprovista de toda influencia perjudicial sobre el tejido que la encierra, si la evolución fibrosa es total; ésta es la curación.

Es evidente que cuando las úlceras son numerosas, muy extensas y profundas, habrá poca esperanza de verlas desaparecer, sobre todo si las lesiones pulmonares están un poco avanzadas.

Cuando la nutrición general está comprometida, cuando el mal procede por brotes agudos sucesivos, la terminación fatal es casi la regla. Sépase también que un enfermo al que se haya considerado como curado durante muchos años, podrá, bajo la influencia de causas variables, ser atacado nuevamente por el despiadado bacilo, y esta vez sucumbir, á pesar del tratamiento mejor instituido y más escrupulosamente seguido.

Aun cuando en el estado actual de la ciencia sea todavía imposible saber de antemano cuáles son los casos que pueden curarse, estimo que los enfermos en que se obtendrá una mejoría apreciable son aque-

llos en que la tuberculosis evoluciona lentamente (formas crónicas), que produce lesiones locales casi aisladas, y que no sufren nunca brotes inflamatorios que desorganizan, en algunos días, la mucosa vocal y el parénquima pulmonar.

En todos los casos, no hay que olvidar jamás que la tisis laríngea es una enfermedad muy grave en sí misma, en el curso de la cual son frecuentes las recidivas, y cuyo pronóstico puede agravarse por ciertas circunstancias desfavorables, como la disfagia, una infiltración generalizada, producciones polipoideas, neurosis, caries, etc., etc.

DIAGNÓSTICO. — El conjunto de síntomas enumerados es un guía precioso para el diagnóstico; bastante á menudo también, se podrá afirmar la existencia de la tuberculosis laríngea. Y sin embargo, este cuadro de síntomas está distante de observarse siempre por completo, y son numerosos los casos en que puede legitimamente dudarse. En efecto: al lado de enfermos en los que lo avanzado de las lesiones pulmonares no dejan duda alguna sobre la naturaleza de las del órgano vocal, hay otros en que el examen físico del tórax dará resultados dudosos, cuando no negativos en absoluto, que es lo que sucede en la tuberculosis incipiente. En semejante circunstancia habremos de obtener un gran beneficio del examen laringoscópico bien hecho.

Creo haber insistido suficientemente sobre la anemia de la mucosa vocal, sobre su persistencia, sobre los desórdenes de la motilidad de que bastante comúnmente se acompaña, para que no tenga que detenerme de nuevo en ello. Hemos aprendido igualmente á conocer la importancia de los catarros de la laringe, que son á veces dudosos, difusos y con frecuentes recidivas; sabemos que tienen un curso lento y que no ceden al tratamiento casi nunca, siendo evidente que si todos estos signos se manifiestan en un individuo debilitado, constituirán una presunción en favor de la tuberculosis.

Las infiltraciones y los engrosamientos persistentes que se presentan en ciertos puntos de la laringe, casi siempre los mismos, deberán despertar de un modo serio la atención, para fijarla en los menores accidentes y detalles del curso de la dolencia.

Pero la dificultad no consistirá simplemente en establecer el diagnóstico de la tuberculosis laríngea; habrá más, porque algunas afecciones, fáciles de confundir con esta enfermedad, nos impondrán el deber de proceder al diagnóstico diferencial, tanto más importante éste, cuanto que, obrando así, se podrá, si no detener el mal en su principio, al menos retardar su evolución.

Una de las primeras afecciones con las que puede confundirse la tuberculosis laríngea es la simple inflamación de la mucosa vocal.

Á menudo se encuentra en los tuberculosos una simple laringitis

catarral. Pero es puramente transitoria, y desaparece rápidamente bajo la influencia del tratamiento. Además, el examen laringoscópico demuestra todas las lesiones del catarro simple; rubicundez, aspecto liso é igual, nada de hinchazón ni ulceraciones extensas en la región interaritenoidea.

Trátase de una simple laringitis catarral ó de una laringitis catarral crónica, se puede, en ambos casos, encontrar el aspecto velvético, del cual Türk y Brébion han querido hacer un sintoma patognómico de la laringitis tuberculosa. Nosotros no afirmamos tanto, pero no vacilamos en reconocer que, en la tisis de la laringe, los fenómenos son más pronunciados, y que se trata entonces, propiamente hablando, no de un estado velvético, sino más bien de un verdadero estado papilar.

Recuérdese todavía que las inflamaciones de la mucosa evolucionan más lentamente en los tuberculosos, y que pueden hacerse el punto de partida de una manifestación diatésica. No olvidemos tampoco esta localización y la rubicundez persistente de la región posterior, ni esta infiltración ligera del principio de la tuberculosis laríngea, que un examen superficial ó rápido podrá impedir comprobar. He aquí, pues, excelentes signos de diagnóstico en el delicado período del principio.

Las formas vegetantes del período ulceroso pudieran confundirse con los pólipos de la laringe; pero éstos, por regla general, aparecen en individuos perfectamente sanos. La mucosa sobre la que se destacan y sobresalen es normal, sin el menor vestigio de ulceración. En la laringitis tuberculosa se notan con claridad producciones fungosas, pero van acompañadas por pérdidas de sustancia características, que no permiten la menor duda. Apresúrome á añadir que, en los pólipos de la laringe, los desórdenes vocales son poco más ó menos los únicos síntomas de que el enfermo se da cuenta.

La confusión con los tumores malignos parecería más fácil, á causa de que en estos casos coinciden á veces las fungosidades con alteraciones de la mucosa, siendo entonces fácil el tomarlas por úlceras tuberculosas. Para evitarnos este error, servirán de guía la localización exacta del tumor, su aspecto característico, la facies particular del enfermo y los demás signos que caracterizan los neoplasmas malignos de esta región. (Véase *Tumores malignos.*)

Suelen las parálisis vocales observarse al principio de la laringitis tuberculosa, y se las podría confundir con desórdenes de la motilidad de otro género, debidos, por ejemplo, á la compresión de los recurrentes. Mas tendremos como signos distintivos, en el primer caso, una mucosa descolorida, pálida ó roja, al paso que estará sana en los otros trastornos. Además, las parálisis por compresión son generalmente unilaterales, y no suele ser difícil, con alguna atención, encontrar y reco-

nocer su causa. Esto no obstante, hemos visto que la tuberculosis es susceptible de acarrear trastornos de esta naturaleza; pero mediante el examen atento de los órganos torácicos llegaremos á establecer el diagnóstico exacto de la lesión recurrencial.

En períodos avanzados de la tisis, es posible comprobar lo que Krishaber y Peter han calificado con el nombre de parálisis últimas. No se trata entonces, en nuestro sentir, de verdaderas parálisis, sino de un estado particular, resultante de que la elasticidad pulmonar no tiene fuerza bastante, y de que las cuerdas vocales no se aproximan suficientemente. Y esta opinión la conceptuamos tanto más justa, cuanto que esta misma pérdida de motilidad se encuentra en tuberculosos que no tienen, propiamente hablando, lesiones de la laringe.

Las afecciones acabadas de señalar se distinguen, en general, bastante fácilmente de la tuberculosis laríngea; pero no sucede lo mismo con las dos laringopatías de que me resta hablar ahora, y que pueden constituir á menudo causas de error, tanto mayor, cuanto revisten frecuentemente los síntomas propios de la tisis laríngea. Estas dos enfermedades son la escrófula (lupus), y la sífilis en sus manifestaciones del órgano vocal.

Actualmente, no se necesita distinguir la escrófula de la tuberculosis, ya que podemos considerar ambas diátesis como de la misma naturaleza. Siendo, después de recientes investigaciones, la escrofulosa una forma de tuberculosis con bacilos raros, da á las lesiones un aspecto á menudo distinto, pero algunas veces idéntico.

En efecto: si se consideran los casos de tuberculosis laríngea de evolución lenta, crónica, será fácil ver que se asemejan mucho á las lesiones descritas con el nombre de lupus ó escrófulas laríngeas, y no habrá necesidad de buscar los caracteres distintivos de estas dos modalidades de una sola y misma diátesis. La escrófula desaparecerá poco á poco del cuadro nosológico, para hacer sitio á la tuberculosis crónica. Si ahora no es preciso hacer un diagnóstico diferencial entre estas dos modalidades de la misma diátesis tuberculosa, haré notar que el lupus principia en general por la piel, y se propaga más tarde á la laringe; pero no marchan las cosas del mismo modo en la tuberculosis laríngea vulgar.

Debo, sin embargo, añadir que muchos autores han descrito recientemente una variedad de lupus primitivo de la laringe, caracterizado por ulceraciones fagedénicas, localizadas, sobre todo, en la epiglótis y principiendo generalmente por ella. Reducida ésta á la mitad y hasta al tercio de su volumen ordinario, presenta mameloncitos muy numerosos é indolentes en absoluto, que aprenderemos á conocer en uno de los próximos capítulos.

En los repliegues ariepiglóticos se comprueba, en la tuberculosis,

una tumefacción lisa, pero rojo-pálida; en el lupus son mameloncitos rosados, sucios y de aspecto muriforme, sin haber el menor dolor y si simplemente un poco de fatiga. Las bandas ventriculares están alteradas en la escrófula y presentan el aspecto ya señalado; en la tuberculosis, las lesiones más pronunciadas se encuentran preferentemente sobre las demás partes de la laringe.

Los infartos ganglionares son más frecuentes en la forma lenta (escrófula) que en la tuberculosis laringea propiamente dicha; pero no diré, con Fauvel, que nunca se las encuentra en ella.

La sífilis invade la laringe en dos épocas diferentes de su evolución: en el período secundario ó en el terciario. En el segundo período, encuéntrase el eritema localizado en el borde libre de las cuerdas vocales. Los enfermos tienen al mismo tiempo la voz ronca. Además, se encuentran placas mucosas diseminadas en el órgano vocal, con lesiones análogas en la parte posterior de la garganta, comprobación que ayuda mucho para el diagnóstico. La placa laringea ofrece, finalmente, caracteres muy claros, que estudiaremos en otro lugar.

¿Trátase de gomas sifilíticas? El diagnóstico es, en ciertos casos, más difícil de establecer. Sin embargo, conseguiremos lograrlo.

También conservan los sifilíticos, en el período terciario, la ronquera y la tos, como he tenido frecuentemente ocasión de observarlo. Ahora bien: he aquí un síntoma funcional muy importante, que se encuentra casi de un modo exclusivo en los sifilíticos ó en los cancerosos. Por otra parte, hay que tener cuenta del dolor que, menos común en los sifilíticos, es, por el contrario, frecuente en la tuberculosis. No puedo, sin embargo, omitir que he podido convencerme de su existencia en la sífilis.

¿Ofrecen las lesiones, en ambos casos, caracteres perfectamente definidos? Algunos autores pretenden que el aspecto de las alteraciones sifilíticas no basta por sí solo para caracterizar la afección, porque si hay casos tipos en que, según las lesiones de la faringe y de la parte posterior de la garganta, es muy fácil diagnosticar la sífilis, precisa confesar que la confusión se hace fácil también entre las lesiones sifilíticas y tuberculosas de la laringe. Hase dicho que en la tuberculosis, los puntos infiltrados presentan una superficie mate, lívida y que son simétricos, mientras que, en la sífilis, la infiltración era irregular, más roja y rodeada por una aureola inflamatoria. Además, que las ulceraciones se presentan más pronto en la infiltración tuberculosa. La opinión de Morell-Mackenzie, según la cual la infiltración localizada en un solo lado será sintomática de la sífilis, parece haber perdido su valor, porque la corditis unilateral es bastante frecuente en los comienzos de la tuberculosis. Pero apresurémonos á añadir que, en la tuberculosis, está atacada toda la mitad de la laringe, la región posterior

infiltrada, y la cuerda opuesta siempre un poco catarral. En la sífilis, por el contrario, se encuentra tumefacta realmente una parte de la cuerda, mientras que el resto se halla simplemente rojo ó erosionado. Aquí todavía la lesión es más local, más circunscrita.

El goma infiltrado distínguese fácilmente de las granulaciones tuberculosas que, más pequeñas y más aisladas, tienen un aspecto panzudo, semitransparente, bastante análogo al de los tubérculos de las meninges. Destácanse sobre un fondo más ó menos rosado, y, si son confluentes, la secreción que recubre la laringe, las lesiones concomitantes de la base de la lengua, y frecuentemente la parte posterior de la garganta (tuberculosis miliar de Isambert), no dejan lugar á duda.

Respecto á la distinción que ha querido establecerse entre las úlceras sífilíticas y tuberculosas, es quizá más teórica que práctica, pudiendo escapar el hecho más claro al examen laringoscópico.

Lo que parece poder afirmarse con más certeza es que las lesiones determinadas por la tuberculosis no son nunca tan rápidas, ni ordinariamente tan profundas como las de la sífilis.

La evolución de la enfermedad es, en estos casos, un elemento precioso que conviene saber apreciar. En el espacio de algunos meses, ó en menos tiempo tal vez, se produce en un sífilítico estenosis laríngea por edema, ulceración ó pericondritis, mientras en la tuberculosis aguda, aun cuando camina con esta rapidez, son entonces las lesiones miliares de la misma por completo características.

El modo de formarse las dos lesiones es también muy distinto. Al paso que, en la tuberculosis, principia la ulceración ordinariamente por puntos circunscritos que, poco á poco, se reúnen y forman una úlcera confluyente con pérdidas de sustancia más ó menos considerables, en la sífilis, por el contrario, habitualmente única la úlcera, y más ó menos extensa su superficie, gana en seguida en profundidad.

Es un signo que puede constituir un recurso útil, y que se basa en el sitio de la lesión.

En la tuberculosis, la invasión del órgano vocal es poco más ó menos completa; en la sífilis es de regla que estén las lesiones limitadas, acantonadas y que no ataquen los mismos puntos que la tuberculosis. Las lesiones, situadas en la epiglotis y en la región interaritenóidea en la sífilis, encuéntranse, en la tuberculosis, en las cuerdas vocales y región glótica. Se ha dicho, y es verdad, que la sífilis marcha de alto á bajo, del exterior hacia el interior. Pero es también constante ver que la sífilis principia en la laringe, y limitarse á una parte de éste órgano ó á un punto particular. Así, se observarán úlceras en el borde y en la superficie hioidea de la epiglotis, en las cuerdas vocales inferiores, las bandas ventriculares y en la región interaritenóidea. La palidez del

velo palatino y el brote de la región posterior se encontrarán en ambas afecciones y no pueden servir de base para el diagnóstico.

La úlcera sifilítica es, en los casos tipos, de forma serpiginosa, irregular, con los bordes salientes, echados hacia fuera, cortados á pico, para emplear la expresión consagrada por el uso; las partes circundantes están de un rojo vivo, siempre un poco sombrío. El cartilago se halla á menudo denudado y la epiglotis algunas veces perforada.

No quiero terminar este problema del diagnóstico diferencial entre la tuberculosis y la sífilis de la laringe, sin hacer resaltar toda la dificultad que existe para establecer con toda claridad la naturaleza exacta de la afección.

Frecuentemente no tendremos más guías que el edema de la laringe con su aspecto rojo, de color más ó menos parecido al jamón, y entonces habrá que fijarse en el curso de la enfermedad y en el conjunto de los síntomas, para apreciar su naturaleza. Las cicatrices que alguna vez comprobamos en el velo del paladar ó en la faringe, serán signos probables en favor de la sífilis, porque son raras en la tuberculosis. En otros casos más dificultosos, el diagnóstico se deberá á la sagacidad del médico, si es inteligente, y á las indicaciones que la enfermedad le suministre.

Si, á pesar de las pesquisas más minuciosas de los antecedentes del enfermo, de su estado actual, del curso de los desórdenes funcionales, de la existencia ó de la falta de la tos y de los síntomas generales, quedan todavía dudas, tendremos otro elemento de juicio en los resultados que suministra el examen de los esputos y de las secreciones, tomadas en la laringe con el pincel ó la cucharilla. En la tuberculosis, contendrán el bacilo tan conocido actualmente, y cuya investigación está hoy día tan vulgarizada.

Finalmente, en los casos dudosos, el tratamiento nos esclarecerá definitivamente la cuestión, por los efectos que con él consigamos.

Conviene, sin embargo, abstenerse de obrar á ciegas, porque si la eficacia de los fármacos específicos está probada en la sífilis, resulta en cambio nociva en la tuberculosis.

No insistiré en los casos híbridos de sífilis y de tuberculosis, porque se comprende con facilidad las dificultades casi insuperables que ofrece el diagnóstico en tales casos, raros por fortuna. Sépase únicamente que á menudo prepondera la diátesis tuberculosa, y que con las manifestaciones graves de esta última, tienen mayor semejanza las lesiones.

TRATAMIENTO. — Llegamos á la última etapa de este largo estudio de una enfermedad desgraciadamente muy común, y sobre la cual he creído deber insistir más por esta razón. Vamos á ocuparnos ahora en el tratamiento de la tuberculosis laríngea, que debe ser, á la vez, gene-

ral y local. No hablaré del tratamiento general, que no difiere del de la tuberculosis generalizada. En cuanto al tratamiento local, puede ser profiláctico, curativo ó simplemente paliativo.

El tratamiento profiláctico se aplicará en los enfermos evidentemente tuberculosos, y consistirá en precauciones higiénicas de toda especie. Deberán evitarse todas las causas de enfriamiento, proscribir el uso del tabaco en los fumadores y hasta la estancia en sitios en que se fume. Asimismo debemos aconsejar á los enfermos expuestos á polvos ó vapores irritantes, sustraerse á ellos, y también, si es posible, se les recomendará el cambio de profesión. Los tuberculosos de la laringe deberán prestar mucho cuidado á su voz. Se vedará el uso de la palabra á los que tengan ulceraciones, ó cuanto más, se les permitirá hablar en voz baja. Será bueno acostumbrarles á cierta gimnasia pulmonar, como, por ejemplo, inspiraciones y expiraciones profundas al aire libre, los paseos en el campo, etc.

Convendrá asimismo evitar las medicaciones irritantes, entre las que creo deber colocar las sulfurosas. Si rechazo el uso de las sulfurosas en la tuberculosis de la laringe, es porque la experiencia me ha hecho prudente en esta materia, y porque no tengo que alabarme de su empleo. Esta opinión, por lo demás, está lejos de ser absolutamente personal, pues del mismo dictamen de los médicos que tienen gran costumbre, por dirigir establecimientos de aguas sulfurosas, y que las administran en las mismas estaciones termales, se deduce que no están indicadas en la tisis laríngea. No quiero abrir nuevamente polémica sobre si son nocivas las aguas sulfurosas en la tuberculosis del órgano vocal; el Dr. Charazac, de Toulouse, acaba de insistir suficientemente en esta cuestión, sobre la que creo inútil detenerme ahora; me limitaré á decir que Pidoux, entusiasta acérrimo de las de Eaux-Bonnes, y al que, por lo tanto, no puede tachársele de parcial, declaró que «siempre ha encontrado estas aguas inútiles ó perjudiciales en la verdadera tisis laríngea. Irritan demasiado la laringe, y no se observa, más tarde, la reacción en sentido inverso.»

En efecto: las medicaciones sulfurosas pueden transformar en afecciones sobreagudas, manifestaciones que hasta entonces habían sido crónicas ó subagudas. También en la actualidad principian á caer en desuso las recomendaciones que antes se hacían, y no se administran los sulfurosos más que raramente en la tisis laríngea. La experiencia enseña que con mucha frecuencia es útil conocer las medicaciones intempestivas ó dañosas que se destinan á combatir el mal. Acaso, administradas con mucha parsimonia á cucharadas de las de café, vigilando la laringe con atención, se llegará al resultado que se desea; pero esto no invalida los fracasos notorios y temibles que esta medicación ha suministrado, instituida á menudo á ciegas y sin exa-

men del órgano por parte del práctico que envía los enfermos á las estaciones termales; de tal modo, que al menos hasta nueva orden, y á pesar de las aserciones del Dr. Guinier, me creo en el deber de proscribir esta medicación, como muy irritante y muy perjudicial, más que útil, *en la gran mayoría de casos.*

Obraremos indirectamente sobre la tisis laríngea, por medio de revulsivos colocados á distancia. Por eso, antiguamente se aplicaban á los enfermos vejigatorios en los brazos. Esta práctica de los antiguos, debemos decirlo, quizá ha sido un poco olvidada en nuestros días. Buen número de médicos los usan con fruto todavía, y la mejor prueba de la eficacia de este tratamiento es el beneficio que obtienen los enfermos. Ahora, si se me piden explicaciones sobre el modo de obrar de estos vejigatorios colocados á distancia, declaro francamente que me es imposible darlas; pero es un hecho indiscutible, y como yo, fuerza es admitirlo, una vez decididos á emplear dicho método. Los vejigatorios se aplican en los puntos que menos molesten á los enfermos, á la izquierda si es derecho, ó recíprocamente. No hablaré, más que para mencionarlos, de la aplicación de cauterios en la región laríngea, ó de los sedales en la nuca. Son procedimientos desagradables y dolorosos, que los enfermos aceptan con mucha dificultad.

En los casos de edema de la laringe, se usarán, en la región arite-noidea, pequeños revulsivos, consistentes en tintura de iodo, en vejigatorios ó en puntos de fuego, según los casos y según los sujetos.

El tratamiento local, por medio de tópicos, variará según el período de la enfermedad que haya que tratar. Rechazo el empleo de las sustancias sólidas bajo la forma pulverulenta. Son, como ha dicho Mackenzie, ó inertes, ó perjudiciales, según se les agregue ó no, un principio activo. Moritz, Schiffer (de Lieja) y Massei (de Nápoles), han preconizado el cloroformo en solución etérea. Por mi parte, iré más lejos, á propósito de las aplicaciones tópicas, y habré de limitarme, por el momento, á decir que el olor desagradable de este medicamento es una de las causas principales por las que se ha proscrito frecuentemente su empleo. En efecto: este olor es tan penetrante y persistente, que á veces impide que el enfermo tome ninguna clase de alimentos. También rehusó el iodoformo bajo la forma pulverulenta, por este mismo motivo, y porque me parece que los polvos no convienen para tratar la laringe enferma.

En el primer período de la enfermedad (período catarral ó de infiltración), conviene usar inhalaciones con principios volátiles, como bálsamo del Perú, tintura de eucalipto, creosota, brea, ácido fénico, etc.

Las pulverizaciones con los diferentes pulverizadores de vapor que se conocen, encontrarán igualmente su indicación en estos casos. Según que la inflamación ó el estado catarral sean más ó menos pronun-

ciados, se empleará el ácido fénico al 1 por 500; el bicarbonato de sosa, bórax ó ácido bórico, el cloruro de sodio, el sulfato de zinc; todos los balsámicos, como el bálsamo del Perú, breá, ácido benzoico, benzoato de sosa, etc., encontrarán aquí su empleo.

Podrán usarse sucesivamente las dos formulas siguientes:

Ácido fénico.....	0,50 á 1	gramos.
Borato de sosa.....	4	—
Agua de laurel-cerezo.....	50	—
— destilada.....	300 á 450	—

Ó esta otra:

Benzoato de sosa.....	8	gramos.
Ácido bórico.....	4	—
Glicerina pura.....	50	—
Agua destilada.....	450	—

Para emplear dos ó tres veces por día, según la intensidad de la flegmasia, durante tres á cinco minutos.

En este periodo, será bastante á menudo útil tocar las partes de la mucosa atacadas, ya de eritema, ya de erosiones, con soluciones más ó menos astringentes, como el cloruro de zinc ó el nitrato de plata al 1 por 20, al 1 por 30 ó al 1 por 50, según los enfermos y según el resultado obtenido.

Durante este tratamiento, se vigilarán atentamente la laringe y el efecto obtenido por los toques, para modificarlos ó suprimirlos si irritan demasiado la mucosa, lo cual sucede alguna vez.

Si las lesiones han llegado *al segundo periodo*, en que existe hinchazón inflamatoria, brotes edematosos, úlceras que ganan en profundidad con ó sin botones polipoideos y con ó sin tendencia á generalizarse, habremos de variar y modificar el tratamiento, según las maneras de ser que á la vista se presenten.

En las formas inflamatorias, eréticas, emplearemos un tratamiento paliativo y antiflogístico; revulsivos al exterior (vejigatorios ó puntos de fuego en los lados de la laringe), inhalaciones ó pulverizaciones antisépticas y calmantes, y si hay necesidad, gargarismos emolientes y reposo absoluto del órgano. Si la epiglotis y la región extralaríngea son el sitio de ulceraciones, los gargarismos, ó mejor los baños de garganta bien empleados, encontrarán su aplicación muy natural.

Recomiendo á este efecto el gargarismo siguiente, que ofrece la doble ventaja de ser calmante y antiséptico:

Solución con:					
Iodo metálico.....	} añ	0,30	gramos.		
Ioduro de potasio.....					
Ácido fénico.....				1 á 3	—
Láudano Sydenham.....				4	—
Glicerina neutra.....				120 á 150	—

Una cucharada de las de café, de este líquido, por vaso de agua tibia, para baño de garganta, tres ó cuatro veces por día.

Si los enfermos encuentran esta mezcla enfadosa y desagradable, ó si no se llega á un resultado apreciable con este tóxico, púedese usar la fórmula siguiente:

Ácido fénico ó creosota de haya	1 á 2 gramos.
Bromuro de potasio.	3 á 5 —
Láudano Sydenham.	3 á 4 —
Glicerina neutra.	120 á 150 —

Una cucharada de las de café, por vaso de agua tibia, para gargarismo.

Si hay necesidad, la precedente solución se adicionará con 0,50 á 1 gramo de clorhidrato de cocaína para hacerla más anestésica.

Cuanto á los toques directos, me parece preferible renunciar á ellos, pues irritan casi siempre la laringe y se soportan mal; á lo sumo, si existen trastornos de la deglución, deben tocarse las partes ulceradas con una solución de clorhidrato de cocaína y de morfina. Si, por algún motivo, los toques no pueden hacerse, una pulverización calmante de dos ó tres minutos de duración, hecha con una de las fórmulas que indicaré más tarde, podrá entonces encontrar su indicación.

En la forma lenta de la tuberculosis laríngea, si existen ulceraciones, además de las pulverizaciones ó inhalaciones antisépticas y astringentes del primer período, que todavía podrán emplearse aquí, recomiendo también la fórmula que sigue:

Pulverización con:	
Clorhidrato de cocaína.	0,25 á 0,60 gramos.
Hidrato de cloral.	2 á 3 —
Bromuro de potasio.	2 á 4 —
Glicerina pura	50 —
Agua destilada.	300 —

Para emplear tres ó cuatro veces por día, durante tres ó cuatro minutos.

Según los casos, se suprime la cocaína y se la reemplaza por el ácido fénico cristalizado ó con la creosota de haya.

Las emulsiones de naftol disuelto en el sulforricinato de sosa, que contenga 1 ó 2 gramos de principio activo, podrán utilizarse en las formas completamente tórpidas de la enfermedad.

Hay que esforzarse en modificar las superficies ulceradas, y tratar de favorecer la cicatrización y la regresión de los productos infiltrados. Para llenar este doble objeto, las opiniones están muy divididas. Unos hacen mucho en la laringe, y otros muy poco; los unos emplean el nitrato argéntico, el ácido crómico (poco recomendable), la tintura de iodo, el cloruro de zinc á dosis concentradas; pero, en cambio, varios autores han abandonado actualmente la medicación cáustica, que, empleada un poco á diestro y á siniestro, produce la agravación del mal, en lugar de curarlo. Á menudo se cauterizan las superficies ulceradas, sin preocuparse más de los accidentes que pueden sobrevenir. Luego, después de las cauterizaciones, sucede con mucha frecuencia

que, en lugar de una pequeña ulceración, se encuentra una amplia escara absolutamente tuberculosa, en ocasiones triple y cuádruple en superficie, y con un edema considerable.

Por este motivo creo deber proscribir las cauterizaciones en general, en el tratamiento de la tuberculosis laríngea ulcerosa.

¿Deben emplearse los astringentes en este período de la enfermedad y en la forma lenta de que tratamos? Evidentemente sí, si se eligen bien los casos y los medicamentos. El cloruro de zinc y el nitrato de plata en soluciones débiles podrán sucesivamente encontrar su empleo, no de un modo regularmente constante, sino de un tiempo á otro, según el efecto producido. También el ácido fénico será útil.

Permítaseme, en efecto, hacer notar al paso que el ácido fénico, disuelto en la glicerina, pierde todas sus propiedades cáusticas, y entonces cabe emplearlo en dosis muy concentradas en apariencia, al 1 por 30, 1 por 20, 1 por 10 y hasta al 1 por 5, en ciertos casos, combinado, ya con el iodo, ya con otros medicamentos, según he manifestado hace poco.

El Dr. Ruault tiene recomendado (Diciembre, 1889) el ácido sulforricínico neutralizado con la sosa; este producto, empleado en la industria (tintoreros), tiene la ventaja, no solamente de mantener la solución á la temperatura ordinaria (40 por 100 de ácido fénico, más 10 por 100 de naftol y 15 por 100 de salol), sino que hace á este vehículo particularmente precioso. Dice el Dr. Ruault que comunica á estas dos sustancias la propiedad de emulsionarse en el agua, así como también él mismo. Puestas en contacto con el agua, estas soluciones dan, en efecto, emulsiones muy suficientemente estables, de las que una gota, examinada al microscopio, muestra igualmente pequeños glóbulos de diámetros diferentes, pero *ningún cristal*. Conociendo el título de cada solución, se hace muy fácil preparar emulsiones que contengan determinadas cantidades de naftol, de salol, etc.; por ejemplo, para obtener un litro de emulsión naftolada al 1 por 100, bastará agitar convenientemente 100 gramos de la solución en la cantidad de agua necesaria.

No hay necesidad de insistir en las ventajas que presentan estas diversas preparaciones. Hasta aquí, el naftol y el salol no habían podido utilizarse como tópicos mas que en solución alcohólica, ó también en solución en el alcanfor.

Sin embargo, el ácido sulforricínico, ó mejor el sulforricinato de sosa, no podía usarse ampliamente en las superficies absorbentes, porque los ensayos sobre su toxicidad no se habían intentado suficientemente. Por este motivo, cuando se usen las soluciones fenicadas ó creosotadas, se utilizará la glicerina, puesto que posee las mismas propiedades que el ácido sulforricínico, al menos para estos dos antisép-

ticos, siendo de un empleo cómodo, más fácil de procurarse y nada tóxico. Al contrario, para usar el naftol ó el salol debe recordarse el vehículo que acabo de señalar y del que M. A. Berlioz, conocido químico, ha dado la preparación en el núm. 6, tomo II, de los *Archives de Laryngologie*.

Si no se está muy al corriente de las diferentes formas de tuberculosis laríngea, será mejor usar los calmantes, cuyo empleo tendrá al menos la ventaja de no ser perjudicial al enfermo.

Aquí encontrará su lugar el iodoformo en solución etérea, que forma una capa protectora, como una especie de barniz, en la superficie ulcerada. Aconsejado por Massei y Schiffers, es este medicamento evidentemente útil para combatir la disfagia del segundo, y con frecuencia, del tercer período.

El iodoformo ó el iodol, en suspensión en la glicerina, es menos doloroso que el precedente, y constituye también un buen tópico. La solución iodofénica del gargarismo (pág. 279) empleada pura, llenará el mismo objeto. Yo la uso muy frecuentemente en la forma ulcerosa de la tuberculosis, y no he tenido nunca más que motivos para felicitarme de su empleo. Las soluciones de naftol ó de salol se utilizarán al 1 por 30, al 1 por 15 ó al 1 por 10, según los enfermos y también según el efecto producido.

El Dr. Schnitzler ha recomendado igualmente el bálsamo del Perú, que, al decir del autor, forma una verdadera capa de colodión en la laringe; pero no comprendo cómo el bálsamo del Perú ó el colodión pueden formar, en una mucosa húmeda, como es la de la laringe, la capa barnizada que se observa, por ejemplo, en la piel muy seca cuando estos tópicos se aplican. Á mi juicio, no pueden compararse ambas superficies, y al señalar este procedimiento no puedo admitir que obre formando una capa barnizada en las úlceras sobre las cuales se deposita.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. — No debo concluir esta larga enumeración de tópicos utilizables, sin hablar de una medicación moderna, preconizada por los Dres. Krause (de Berlín) y Hering (de Varsovia), los cuales hicieron en la Prensa médica una verdadera campaña en favor de cierto medicamento: refiérome al ácido láctico, que consideran como un agente curativo, casi un específico de la tisis laríngea. *Según estos autores, el ácido láctico debe usarse después que las ulceraciones se han raspado, detergido y hecho sanguinolentas* (1); hácese entonces aplicaciones de este tópico, diluido desde el principio al cuarto, al tercio, después

(1) El Dr. Hering ha hecho construir también, con este objeto, toda una serie de cucharillas cortantes, bastante ingeniosas, que pueden aplicarse á todos los casos y á todas las regiones del órgano vocal.

á la mitad y hasta puro. Luego, como primer efecto, experimenta el enfermo un dolor muy vivo, á veces acompañado también de edema. Por esta razón, Hering aconseja hacer, antes del raspado de las superficies y del toque cáustico, embadurnamientos con cocaína ó inyecciones submucosas con este agente; inyección que el Dr. Pieniazek recomendó en 1885 para extraer los pólipos de la laringe. El Dr. Hering adiciona, sin embargo, á su solución antiséptica, un poco de ácido fénico para hacerla aséptica.

He aquí la fórmula que recomienda :

Clorhidrato de cocaína.....	0,25 gramos.
Solución fénica al 2 por 100.....	2,50 —

Inyéctense dos ó cuatro gotas en uno ó dos puntos, según el grado de anestesia que se quiera producir. El Dr. Hering concede una importancia considerable á que se obtenga la insensibilidad de la mucosa laríngea antes de practicar el *curetaje* ó raspado y la aplicación del cáustico. También atribuye al olvido de las precauciones preliminares, los fracasos que se obtienen con este método. Obrando así, se obtendrán, según parece, curaciones rápidas é inesperadas.

Este tratamiento, ensayado en Francia por el Dr. Gouguenheim, ha sido preconizado por este autor en su *Traité de la phtisie laryngée*.

Á pesar de todo el ruido que se ha hecho en torno de semejante medicación, estimo que no ha dado los resultados que se esperaban, porque muchos prácticos, entusiastas en los albores del método, han abandonado paulatinamente este procedimiento, al menos en nuestro país. Por mi parte, siempre he dudado, y dudo todavía, de la eficacia de tal ó cual medicamento en una afección tan general como la tuberculosis. Es preciso modificar la receptividad del terreno, más que sacrificar al enfermo para matar el bacilo. Impedir que éste se reproduzca, encontrar los alimentos que lo desarrollen, hacer, en una palabra, que el enfermo sea refractario á su evolución, es el ideal del tratamiento de una diátesis que ataca al organismo *totius substantiæ*. Pretender, al atacar una sola manifestación, curar la tuberculosis, es evidentemente exponerse á muchas decepciones y á muchísimos desencantos. No es que ponga en tela de juicio los éxitos que los Dres. Krause y Hering refieren, pero estimo que no es conveniente exaltarse con exceso con estos maravillosos resultados que apenas datan de algunos años, y emplear á la ventura una medicación que, hecha fuera de propósito, puede ofrecer serios inconvenientes para el enfermo.

Debo decir, á la verdad, que el Dr. Masini (de Nápoles), ha publicado una serie de fracasos consecutivos al empleo del ácido láctico, fracasos capaces de infundir desconfianza en el ánimo de muchos prácticos. Entre otros, cita que uno de sus enfermos tuvo un acceso de

sofocación, del que murió. El Dr. Luc tuvo, en un caso parecido, que practicar la traqueotomía con urgencia, para salvar á su enfermo.

Concluiré lo referente al ácido láctico diciendo que, en su celo por este medicamento, ha llegado Hering hasta á recomendarlo en inyecciones intersticiales en la mucosa de la laringe, procedimiento que, según cuenta, lo ha empleado ya con éxito el Dr. Major (de Montréal). En las úlceras limitadas, lenticulares ó crateriformes de la epiglotis, desprovistas de reacción inflamatoria, es donde el Dr. Hering aconseja el empleo de las inyecciones intersticiales de ácido láctico. En las infiltraciones aritenoideas limitadas á un solo lado y poco dolorosas, este autor prefiere las inyecciones de iodoformo en emulsión, que no son dolorosas.

Como ha dicho el Dr. Hering, siempre entusiasta de un método al que debe muchas curaciones, es preciso saber escoger los casos en que puede emplearse el tratamiento. He aquí, desgraciadamente, una circunstancia y una experiencia que no puede adquirir todo el mundo, y para evitar accidentes, no debo lanzar al lector por esta vía.

Al encontrarse en presencia de la forma polipoidea con botones que, casi siempre, se combinan con la forma ulcerosa, ya lo he dicho, según que los botones sean más ó menos salientes, más ó menos voluminosos, se podrá ó se deberá también extirparlos, bien con la cucharilla de Hering, ya con el sacabocados de Ruault, que me parece el mejor instrumento para operar en estas partes. Teniendo en cuenta la exigua vascularización de las masas carnosas que han de extirparse, y operando despacio y poco á poco, nos pondrá casi seguramente al abrigo de hemorragias. Tan sólo cuando se está habituado á las maniobras laringoscópicas, únicamente en este caso, se podrán tocar con el galvanocauterio las partes salientes que con la pinza no se puedan extirpar. No tengo necesidad de advertir que todas estas maniobras se hacen con prudencia y después de la cocainización del órgano vocal. El doctor Ruault aconseja también cocainizar las fosas nasales, para que el aire penetre libremente en ellas, porque se sabe que, después de un toque un poco enérgico de la mucosa vocal, es indispensable hacer respirar al enfermo por la nariz, á fin de evitar el espasmo que á veces se produce. Conviene, pues, conservar este procedimiento, porque puede tener su utilidad en muchísimas ocasiones.

ESCARIFICACIONES PROFUNDAS. — Todavía tengo que señalar, entre los tratamientos quirúrgicos, el de Schmidt (de Francfort), quien preconiza las escarificaciones con las tijeras. El modo de que este especialista se vale para conseguir el objeto que pretende, me parece un poco audaz, pues abarcando la parte posterior del órgano y la pared anterior del esófago entre las ramas de las tijeras, corta francamente, sin pre-

ocuparse de lo que resulte. Según pretende, gracias á este método ha conseguido buenos resultados. Séame lícito no participar de tal modo de sentir, por dos razones: desde luego porque, como ya he tenido ocasión de decir en el capítulo precedente, la estructura del tejido conjuntivo de la laringe se presta mal, después de las escarificaciones, al derrame del líquido contenido entre sus mallas, y, en segundo lugar, porque después de semejante sección, temeríamos á un brote agudo y á los desórdenes de la deglución, consecuencia inmediata de la herida hecha en la parte intermedia entre el esófago y la laringe.

TRAQUEOTOMÍA. — Algunos autores, y en particular el Dr. Beverley Robinson, han pretendido erigir todavía la traqueotomía como forma de tratamiento de la tisis laringea. Según ellos, por este procedimiento se pondría la laringe al abrigo de las causas irritantes de toda especie (abuso de la voz, polvos, etc.), que puedan agravar la tuberculosis vocal. Á mi juicio, Beverley Robinson no ha tenido muy en cuenta el estado pulmonar, cuando haya de practicarse la traqueotomía.

Porque, en efecto, por punto general, cuando las lesiones laringeas llegan á este período, son indicio de desórdenes torácicos casi irreparables, los cuales, por consiguiente, hacen nulos los efectos de la traqueotomía. He aquí por qué me creo en el deber de condenar esta operación en la tuberculosis laringea, al menos como regla general. La traqueotomía es útil para acudir á un peligro inminente, cuando precisa prolongar á cualquier precio la vida del enfermo, ó cuando el estado de los órganos del pecho impone la operación; pero no sirve para combatir la afección.

La traqueotomía estará indicada tan sólo en cierto número de casos, y siempre teniendo en cuenta la oportunidad.

EXTIRPACIÓN DE LA LARINGE. — No hablaré más que para recordar y condenar la extirpación, intentada por algunos prácticos audaces y poco cuidadosos de la vida del enfermo, con el llamado objeto de curar la tuberculosis de este órgano. Se trata de un traumatismo demasiado grave para que pueda pensarse en él, ni un solo momento, con motivo de una afección diatésica de la naturaleza de la que venimos estudiando.

Si las diversas lesiones, que el lector conoce bien ahora, se encuentran combinadas, se debe modificar el tratamiento y aplicarlo según el caso lo requiera, puesto que la tuberculosis es una enfermedad que afecta las más variadas formas, ya como lesiones, ya, sobre todo, como curso.

Cuando el enfermo *ha llegado al tercer período* de la enfermedad, con las alteraciones difusas y profundas que acompañan al triste cortejo

sintomático que se sabe, somos entonces impotentes para curarle, y trataremos de calmar los dolores intolerables que martirizan á los tuberculosos de la laringe. Pulverizaciones calmantes bromo-morfinadas ó cocainizadas, toques con iodoformo cocaino-morfinados ó fenicados; todo debe aprovecharse para endulzar los últimos momentos de los desventurados que sufren de hambre y de la falta de aire.

Una de las dos fórmulas siguientes dará algunas veces el resultado que se busca:

Pulverizaciones con:

Clorhidrato de morfina.....	0,25 á	0,60	gramos.
— de cocaína.....	0,30 á	1	—
Ácido fénico.....	1	á	2 —
Glicerina pura.....		30	—
Agua de laurel-cerezo.....		20	—
Agua.....	300	á	500 —

Para emplear dos ó tres minutos, sin tragar.

Reemplácese, según los casos, el ácido fénico por 3 ó 4 gramos de bromuro de potasio ó hidrato de cloral cristalizado.

Las pulverizaciones de corta duración tendrán la ventaja de no fatigar al enfermo y de poder hacerse con más cuidado, con la boca ampliamente abierta; si hay necesidad, se recomendarán pequeños abre-bocas anulares que evitarán al enfermo esta fatiga, ó bien el tubo de vidrio de los pulverizadores que se introduce entre los dientes. Los líquidos pulverizados durante dos ó cinco minutos todo lo más, según el estado de los enfermos y el período á que haya llegado la afección de la laringe, bastan en la gran mayoría de casos.

Los toques podrán hacerse cinco minutos antes de comer, con un pincel empapado en una solución morfinada ó cocainizada:

Clorhidrato de morfina.....	0,25 á	0,50	gramos.
— de cocaína.....	0,50 á	1 ó 2	—
Glicerina pura.....		30	—

En caso de necesidad, se sustituye el ácido fénico por el iodoformo ó el salol á las mismas dosis.

Basta con hacer enjuagar la boca del enfermo para que pueda deglutir los alimentos semisólidos, procedimiento más fácil y sencillo de hacer.

Estos diversos tópicos, por punto general, se toleran bien si los enfermos no tragan los medicamentos, lo cual, por otra parte, no se verifica á causa del dolor que provoca la deglución. Sin embargo, puede también suceder, en sujetos sensibles y poco tolerantes para la cocaína, que se produzca inapetencia y tendencia á las lipotimias después de una pulverización que contenga 0,20 ó 0,25 gramos de clorhidrato de cocaína; hechos que, si bien son relativamente raros, conviene conocerlos.

No se olvide que si la tisis laringea fué considerada hasta estos últimos años como una dolencia absolutamente incurable; si muchos médicos dudan todavía en tratarla, es muy cierto que de tales dudas no participan los que tienen la práctica diaria del manejo del espejo laringeo. Por este medio se puede, *de visu*, darse cuenta del estado de las partes y juzgar de los progresos, á menudo ostensibles, que sobrevienen á consecuencia de un tratamiento conveniente y con inteligencia dirigido. Por consiguiente, nos unimos á los que miran como culpable la indiferencia que consiste en dejar sin tratamiento la tuberculosis del órgano vocal, recordando, para resumir, que si se debe lo más á menudo tratar de curarla, no se puede descuidar el aliviar á los enfermos y ahorrarles los sufrimientos del último período.

Finalmente, termino advirtiendo que las medicaciones locales suaves y lentas, y algunas veces hasta la abstención razonada, son todavía, en buen número de casos, los mejores medios para llegar al objeto que nos proponemos, esto es, la curación de la tuberculosis laringea.

[El Dr. Moure, al ocuparse en la terapéutica de la tuberculosis, se expresa cual debe hacerlo un clinico, pues realmente es demasiado cierto que no se puede curar una enfermedad que ataca al organismo *totius substantiae*, combatiendo *una sola* de sus manifestaciones.

Á pesar de conocerse la naturaleza específica de la tuberculosis, tenemos que contentarnos con un tratamiento complejo, en virtud del cual, á la par que intentamos modificar las diferentes manifestaciones de la infección—ya que la mayoría de los tuberculosos de la laringe lo son á la vez del pulmón—, nos proponemos mejorar el estado general.

Todo el mundo sigue el tratamiento general por la creosota ó el creosotal, y, sin embargo, nos es forzoso reconocer, con Schrötter, que nunca le vemos producir manifiestas mejoras en las lesiones tuberculosas de la laringe.

Esto no quiere decir que vayamos á abandonar este remedio del tratamiento general de la tuberculosis laringea, como se ha abandonado muy justamente la antigua revulsión á la parte anterior ó posterior del cuello, sino que debemos confiar poco de él por sí solo, aislado, y tan sólo estaremos en el caso de esperar algo más, combinándolo, á título de *coadyuvante*, con la terapéutica local, pues ésta es la única que merece el concepto de producir buenos resultados.

En la enfermedad que estudiamos, cual acontece en todas, cada especialista, cada médico, tiene un plan formado que desarrolla con mayor ó menor entusiasmo. Schnitzler, de Viena, recomienda mucho las inhalaciones balsámicas, más que para combatir la lesión laringea, para modificar las inflamaciones tráqueo-bronquiales que las acompañan, consiguiendo muy á menudo un notable alivio los enfermos, quie-

nes advierten pronto que se calma su tos y disminuye la expectoración. Los agentes que indistintamente emplea son: la trementina, la esencia de eucalipto, la creosota, el bálsamo del Perú, etc.

Las pulverizaciones, bien hechas, obran más eficazmente sobre la laringe. En el período catarral ligero, son convenientes las de sustancias astringentes. Schrötter las ordena aun en fases más avanzadas, reconociendo en ellas una eficacia real para reducir el edema colateral, y, por lo tanto, atenuar la estenosis laríngea.

Schnitzler las usa también, pero más concentradas que Schrötter. Su fórmula habitual es:

Alum.	2 á 5 gramos.
Ó	
Tanino.	1 á 4 gramos.
Agua destilada.	100 —

Aconsejan estos autores, para los casos en que hay secreción abundante de mucosidades purulentas, y en los que los esfuerzos de expectoración provocan quintas de tos penosa, las pulverizaciones alcalinas de clorato potásico, bicarbonato sódico, agua de Ems ó de Gleichenberg, etc.

Entre las fórmulas corrientes de la Policlínica general de Viena, merecen especial mención las siguientes:

Benzoato de sosa.	5 gramos.
Agua destilada.	100 —
Ó	
Salicilato sódico.	2 gramos.
Borato de sosa.	2,50 —
Agua de laurel-cerezo.	5 —
— destilada.	100 —

El bálsamo del Perú lo preconiza muy especialmente Schnitzler en el tratamiento de los distintos períodos de la tuberculosis laríngea. A su juicio, los efectos de este medicamento son sorprendentes, pues que agota las secreciones, resuelve las infiltraciones, cicatriza las ulceraciones y produce al paciente una sensación agradable de calor, atenuando de este modo considerablemente la disfagia.

También á mí me da excelentes resultados, por cuya razón lo aconsejo á menudo. Conviene disponerlo en pulverizaciones, que se practicarán dos veces al día por lo menos, consumiendo en cada una 50 gramos de la siguiente emulsión:

Bálsamo del Perú.	0,25 gramos.
Emulsiónese en	
Agua destilada.	250 —
Y añádase:	
Cloruro de potasio.	ññ 9 —
Agua de laurel-cerezo.	
Clorhidrato de cocaína.	0,25 —
Esencia de menta piperita.	x gotas.

Las inhalaciones y pulverizaciones bastan para mejorar las formas ligeras ó catarrales; pero si existen lesiones profundas, conviene utilizar los tópicos, bien en forma de insuflación de polvos, ora en toques.

Realmente, y opino en este punto como el Dr. Moure, no es conveniente, en tesis general, la insuflación de polvos en la laringe. Sin embargo, Schrötter dice que, si bien no sirven para curar por sí solas las lesiones tuberculosas de la laringe, constituyen una medicación sintomática eficaz, primero como insuflaciones antisépticas para deterger las ulceraciones laríngeas, y segundo como insuflaciones analgésicas para calmar la disfagia que acompaña.

Entre las primeras, ó desinfectantes, figura en primera línea el iodoformo, que si no cicatriza las ulceraciones tuberculosas, por lo menos impide el desarrollo de infecciones secundarias, descongiona sus bordes y previene las pericondritis. Schrötter facilita la adherencia de este tópico, mezclándole un peso igual de goma arábiga en polvo.

El iodol no tiene tan mal olor, pero en cambio es menos activo.

Schnitzler perfuma el polvo de iodoformo y goma arábiga, añadiéndole 10 gotas de esencia de menta por cada 5 gramos de iodoformo.

Schrötter recomienda mucho la insuflación de polvos analgésicos con objeto de calmar la intensa disfagia que producen las ulceraciones tuberculosas que radican en la región interarritenoidea, y que en ocasiones hace que los enfermos no se atrevan á tragar para evitarse sufrimientos. El medicamento que prefiere es la morfina, insuflándola media hora antes de cada comida, preferentemente de la del medio día, á partes iguales con polvos de goma arábiga. Produce una sedación más enérgica y duradera que la cocaína.

También calman este dolor al tragar, las inyecciones intralaringeas de aceite mentolado al 1 por 20, que á la vez son antisépticas. Por mi parte, prefiero este medio al de la insuflación de polvos, porque sobre ser más inofensivo, se obtiene un doble efecto terapéutico.

El bálsamo del Perú lo emplean asimismo los laringólogos vieneses en toques ó embrocaciones.

La fórmula ordinaria de Schnitzler es:

Bálsamo del Perú.....	} aa	5 gramos.
Alcohol á 90°.....		
Colodión elástico.....		
Esencia de menta piperita.....		

Respecto al ácido láctico, nada he de añadir á lo expuesto por el autor. Sólo, sí, que debemos utilizarlo siempre, combinando los toques con las pulverizaciones (para éstas, adicionándole el hidrato de cloral), pues si bien no resulta en la práctica como un verdadero específico de la tuberculosis laríngea, es lo cierto que, cual ocurre con la creosota

en el tratamiento general de la misma enfermedad, hasta ahora es el fármaco de más favorable acción contra tan funesta enfermedad.

De igual manera que para los toques se va aumentando el título, del soluto, según los casos, elevándolo hasta el 80 por 100 y hasta puro en pulverización lo empleo yo á diario desde la dosis de 6 gramos por 250 de agua y 12 gramos de hidrato de cloral, hasta llegar á 20 del primero por 15 del último, á condición de utilizar un pulverizador á vapor.

Cuando las ulceraciones laríngeas son muy extensas, da buenos resultados la resorcina en disolución, para tocarlas con el porta-algodones. La solución, algún tanto concentrada, es á la vez antiséptica y analgésica, pero la fórmula que conviene emplear es la de 10 gramos en 20 de agua. Schrötter prefiere dar inyecciones intralaringeas con este preparado, mejor que toques con el pincel ó el porta-algodones laríngeo.

El *tratamiento quirúrgico* de la tuberculosis laríngea cuenta con tres operaciones para atacar el foco tuberculoso; el curetaje ó raspado, la laringotomía y la laringuectomía.

Se utiliza el raspado ó curetaje en los casos de ulceraciones circunscritas, de infiltraciones ó de fungosidades, y en la forma papilomatosa y vegetante descrita por Gouguenheim, Tissier y Glover.

La laringotomía, propuesta por Desault á fin del siglo XVIII para la extirpación de tumores laríngeos en general, ha sido practicada pocas veces. Comprende tres procedimientos diferentes, de los que el más en boga y preferido por la generalidad de los especialistas, es la laringotomía total ó laringo-fisura, que consiste en dividir verticalmente el cartilago tiroides sobre la línea media. Está indicada la laringo-fisura, cuando las lesiones son profundas y están ocultas bajo las cuerdas falsas, ó cuando penetran en los ventriculos.

La laringuectomía ó extirpación total de la laringe, constituye una operación de alta cirugía por su gravedad y técnica quirúrgica.

La extirpación de los focos de infiltración tuberculosa por la pinza cortante, es una operación que presta buenos servicios en los casos de pericondritis aritenoidea.

La traqueotomía no debe sólo considerarse en esta enfermedad cual operación de urgencia para combatir la asfixia por estenosis, sino que, como decía el malogrado Dr. Ariza, debe practicarse antes del período asfíxico á título de proporcionar mayor entrada de aire á los pulmones y para poner en *dieta de función* al órgano fonético.

El Dr. Castex, en una comunicación presentada á la Sociedad Francesa de Laringología (Mayo de 1893) sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea, resume de este modo las indicaciones y contraindicaciones del empleo de los medios quirúrgicos:

«1.º Suponiendo que se trate de casos de tuberculosis laríngea primitiva, sin lesiones pulmonares ó, por lo menos, con lesiones pulmonares de escasa importancia.

a) Si la lesión es circunscrita en forma de tumor, como los pseudo-pólipos descritos por Avellis (de Francfort), es suficiente la pinza cortante, á condición de tocar inmediatamente los puntos de implantación del tumor con el galvanocauterio.

b) Las lesiones difusas reclaman el raspado, á menos que la movilidad de las partes (epiglotis, aritenoides) hagan necesaria la pinza cortante.

c) Si el raspado no basta, ó si el asiento de las lesiones es profundo, habrá que recurrir á la laringotomía.

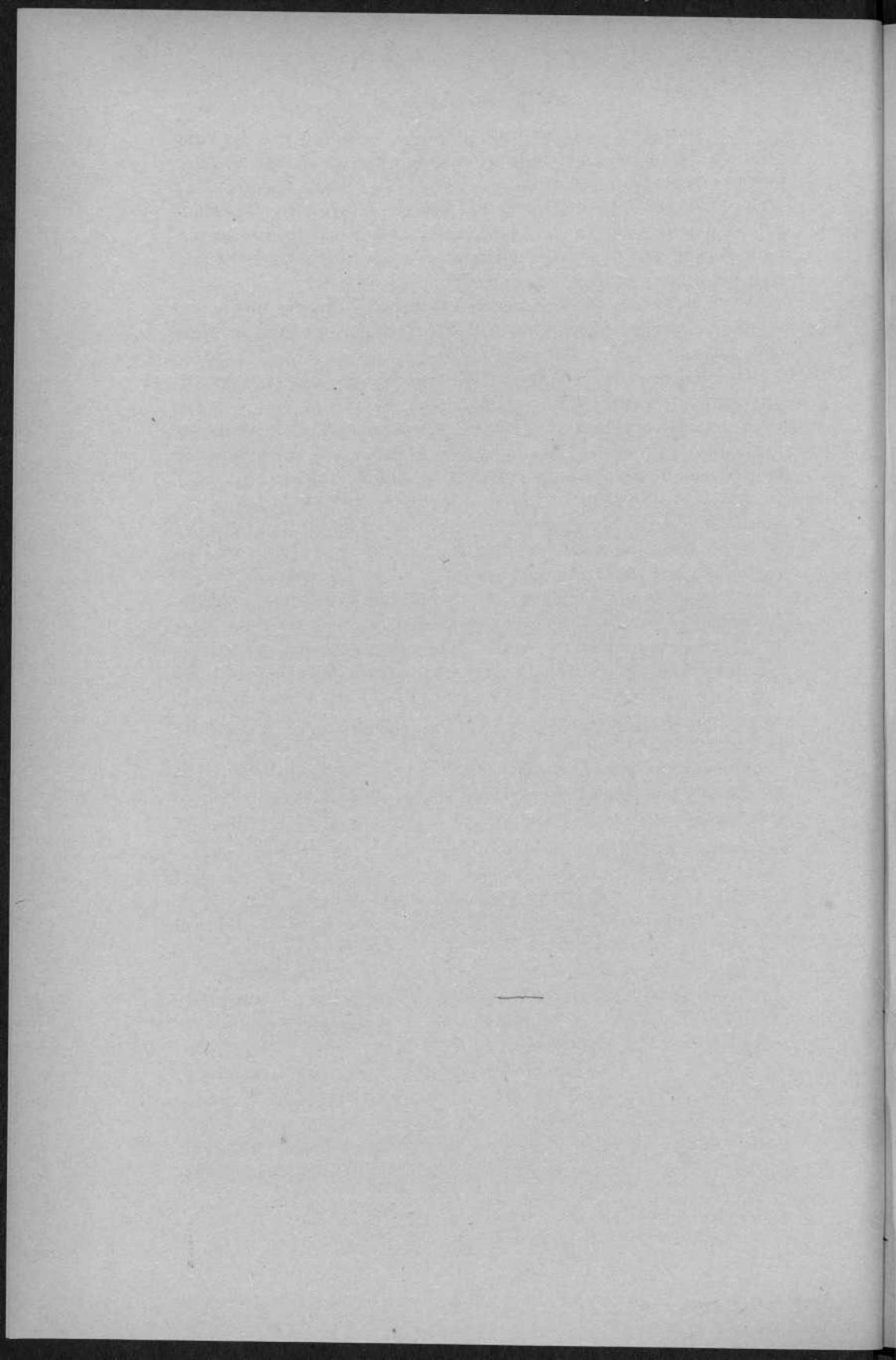
d) La laringotomía sólo debe emplearse cuando todos los demás medios hayan fracasado y el enfermo esté amenazado de muerte por la extensión de la tuberculosis, ó por la bacilosis laríngea.

2.º En los casos en que existe á la vez la tuberculosis laríngea y pulmonar, convendrá, en primer término, el raspado, que quita las fungosidades, hace menos dolorosas las ulceraciones, y desinfecta en parte la laringe de la infinita variedad de microbios que aloja.

La traqueotomía sólo debe ejecutarse cuando se presente la asfixia.

Respecto de las *contraindicaciones*, pueden considerarse como tales la tuberculosis pulmonar en tercer grado, enflaquecimiento y depauperación extremos, pérdida de las fuerzas digestivas, falta de sueño, fiebre, etc. La tuberculosis de curso rápido es desfavorable para todo acto operatorio. La forma híbrida (coexistencia de la sífilis) no contraindica la intervención quirúrgica».

En suma: el raspado con frecuencia, y la laringotomía á veces, son los dos métodos preferibles, y, sobre todo, en el segundo período de la enfermedad.] — DR. C. COMPAIRED.



Lupus de la laringe (laringitis escrofulosa).

Sumario. — El lupus y la escrófula de la laringe constituyen una misma entidad morbosa. No es muy raro. — Relato histórico. — Etiología, influencia diatésica, predisposición creada por la edad y por el sexo. — Síntomas. — El principio es insidioso. Caracteres de la voz y de la tos; esta última es rara. Desórdenes de la respiración y de la deglución. — Papel de la epiglotis. — Síntomas objetivos: eritema, hipertrofia. — Ulceraciones, botones carnosos; descripción de estas lesiones. — Anatomía patológica. — El bacilo de Koch existe en el lupus de la laringe. — El curso de la enfermedad es regular é intermitente, su duración variable y la curación posible. — Cicatrices viciosas consecutivas. — El diagnóstico no es siempre fácil; debe hacerse con la tuberculosis miliar, con la sífilis y con la lepra de la laringe. — Pronóstico. — Tratamiento general y local.

Las expresiones lupus y escrófula sirven para caracterizar dos afecciones sensiblemente idénticas, que pueden comprenderse en una sola descripción; no habrá, pues, que extrañarse de verme emplear alternativamente, y sin significación particular, los términos «laringitis escrofulosa ó lupus de la laringe», que, para nosotros, representa el mismo orden de lesiones del órgano vocal. Sabemos que desde las investigaciones histológicas de estos últimos años, la escrófula tiende á desaparecer del cuadro nosológico para compartir sus manifestaciones entre la tuberculosis y la sífilis hereditaria. También, con la moderna escuela, debemos considerar el lupus como una tuberculosis con bacilos raros y, por consiguiente, de evolución lenta. Esta es, en adelante, la significación que atribuiremos á la expresión escrófula, y que he de emplear de cuando en cuando en el transcurso de este capítulo.

Las manifestaciones de la escrófula son raras en el órgano vocal, hasta el punto de que el Dr. Homolle, en su discurso inaugural, creyó deber negar su existencia, expresándose en estos términos precisos: «La laringitis escrofulosa aislada no se ha observado jamás.» No seremos tan absolutos como este autor, y consideraremos como suficientemente demostrados los casos referidos por un considerable número de autores, quienes miran la afección como menos rara de lo que se había

supuesto desde luego. Sin embargo, no está de más añadir que, de una manera general, esta diátesis se manifiesta raramente en la laringe, como afección primitiva; pero, según se desprende del juicio de Homolle, las membranas mucosas pueden, en la escrófula, ser atacadas independientemente de la piel, y por esta razón admite dos clases de lupus, uno primitivo y otro secundario. Estos hechos fueron ya señalados por Türk en 1859, es decir, un año después del descubrimiento del laringoscopio; pues desde esta época publicó este autor cinco observaciones de lupus de la laringe, de las que, por lo menos tres, son perfectamente auténticas. Debo citar todavía dos casos de Tobold, dos observaciones de Morell-Mackenzie, y añadiré que Ziemssen, Waldenburg, Jurasz, Lefferts, Grossmann, Ganghofner, Rauchfuss, Christtett, Gerhardt y Gottstein refirieron un ejemplo cada uno. Según algunos autores, esta rareza no sería más que aparente, porque, á juicio de Lefferts, si se practicase con mayor frecuencia el examen de la laringe en los casos de lupus de la piel, se encontrarían en aquélla lesiones del mismo género. En general, los dermatólogos participan de esta opinión. He aquí algunas cifras que testifican la factibilidad de encontrar el lupus de la laringe con más frecuencia. Holm encontró seis veces el lupus de la laringe en 90 enfermos que padecían aquella afección en otros órganos, es decir, cerca del 5,5 por 100. Chiari y Riehl llegan á una proporción un poco más elevada, y citan la cifra de 8,8 por 100. Debo también recordar las observaciones de los Dres. Isabel, Ramón de la Sota y Lastra (de Sevilla), Cozzolino, etc., y, finalmente, el trabajo más reciente del Dr. Marty, quien compendia bastante bien el estado de nuestros conocimientos sobre el asunto hasta el día.

Puedo también añadir que la escrófula del órgano vocal se ha confundido á menudo con la sífilis.

Constituye una manifestación muy clara y muy característica, y, sin embargo, hasta el día, no ha merecido el honor de ser descrita por separado en los tratados generales y especiales.

El Dr. Morell-Mackenzie, en su *Traité pratique des maladies du larynx*, no le consagra más que algunas líneas, y pasa también en absoluto silencio la angina escrofulosa, acerca de la cual hemos hecho un capítulo adicional en la traducción que el Dr. Bertier y yo dimos del libro del eminente especialista inglés.

Debo decir, en verdad, que si la escuela francesa admite el lupus de la laringe, los alemanes, y Virchow en particular, niegan la escrófula del órgano vocal. Se tratará siempre, según ellos, en esta afección, de una sífilis de forma escrofulosa, es decir, de la enfermedad calificada por Ricord de «escrofulosis por gálico». Esta opinión, emitida largo tiempo hace, se profesa en la actualidad por un número bastante grande de autores; pero he dicho poco há que si la diátesis escrofulosa

está destinada á desaparecer, será para tomar el nombre de tuberculosis crónica, y no el de sífilis, á pesar de las aparentes relaciones que parece ofrecer con esta última.

Vamos á proceder en la descripción de esta nueva forma morbosa, como lo hemos hecho hasta ahora en el estudio de las demás dolencias del órgano vocal. Forzoso nos será ensanchar un poco nuestro programa y de paso señalar los desórdenes que la escrófula ocasiona en las mucosas de la nariz, del paladar y de la parte posterior de la garganta.

ETIOLOGÍA. — Desde el punto de vista etiológico, pondremos en primer lugar la influencia de la diátesis del enfermo. ¿Esta influencia depende, como algunos autores han creído, de una sífilis hereditaria transformada, que altera profundamente el organismo y que prepara un terreno propicio para las manifestaciones llamadas escrofulosas?

¿Se trata entonces de una predisposición especial de los individuos, quienes por su constitución ofrecen menos resistencia á la enfermedad?

Cuestiones son éstas difíciles de resolver. Sin embargo, con el profesor Dr. Fournier admitiremos que, si con frecuencia se han confundido la sífilis y la escrófula, hay, esto no obstante, casos perfectamente típicos de escrófula sin vestigios de sífilis, y que describiremos por separado.

Según Homolle, aparecerá en la adolescencia más frecuentemente la escrófula, encontrándola, sobre todo, desde los quince á los treinta años. Así, según las estadísticas de este autor, se la observa cuatro veces antes de los diez años; seis veces de los diez á los quince; ocho de quince á veinte, tres de veinte á treinta, y una vez á los cuarenta años. El Dr. Isabel llega á las cifras de trece casos, desde los once á los diez y nueve años; doce de los veinte á cuarenta y cuatro, y uno solo á los cincuenta años.

Observándose la escrófula con más frecuencia en la mujer que en el hombre, parece que el sexo femenino constituye una causa predisponente.

En treinta casos observados en este sentido por Chiari y Riehl, estaban atacadas veinticinco mujeres, de las cuales, quince tenían menos de veinte años; en veintiséis casos recogidos por el Dr. Isabel, contó diez y siete mujeres y sólo nueve hombres.

SÍNTOMAS. — Como sintomatología, llama muy á menudo la atención el hábito exterior del enfermo, que tiene todo el aspecto del llamado tipo escrofuloso; mejillas prominentes, labios gruesos, infartos ganglionares, lesiones óseas; sabañones, flujo de oídos, queratitis, etc.; otras veces, por el contrario, no se encuentran signos exteriores, y entonces puede dudarse si se trata de escrófula ó de sífilis.

El principio del lupus de la laringe pasa inadvertido con mucha frecuencia y los enfermos piden asistencia, cuando las lesiones se hallan muy avanzadas. Será completamente una casualidad que se compruebe al principio la escrófula del órgano vocal. He podido encontrar un caso de esta índole en una muchacha que se me presentó con otitis media catarral, sin quejarse por nada del mundo de unas lesiones laríngeas, cuya existencia no había sospechado. Tal oscuridad inicial puede considerarse como el motivo primordial por el que la escrófula de la laringe se observa menos comúnmente por los laringólogos que por los dermatólogos, á quienes se consulta con oportunidad para la escrófula de la piel. Algunas veces experimenta el enfermo una ligera fatiga en la parte posterior de la garganta, pero casi siempre insuficiente para atraer su atención de una manera formal.

Obsérvanse alteraciones de la fonación, que, por lo demás, varían en absoluto. Si se trata de úlceras de las cuerdas, la voz se pone velada, ronca y hasta llega á extinguirse; pero si están sanas, lo cual no es raro, estará la voz normal ó poco enronquecida.

Á mi juicio, ni la tos ni la expectoración ofrecen nada de característico. Tal era la opinión de Krishaber, cuando dijo que si las lesiones eran puramente laríngeas, los enfermos no tenían tos ni expectoración, opinión demasiado absoluta, como hemos visto en los precedentes capítulos. En la afección que nos ocupa, la tos es rara, y este síntoma no suele existir, aunque haya ulceraciones muy pronunciadas.

Decimos que no hay dolor en la escrófula de la laringe; sin embargo, si hemos de referirnos á la descripción de Homolle, que admite brotes agudos, intermitentes, con algún dolor, describiremos la forma subaguda ó aguda de la tuberculosis laríngea, con la que ofrecerá la enfermedad numerosas relaciones, tanto desde el punto de vista de los desórdenes funcionales, cuanto de las alteraciones locales.

Por el contrario, si nos limitamos á la forma lúpica verdadera, es decir, á la inflamación lenta de la mucosa laríngea, de que en este momento nos ocupamos, podemos afirmar que el dolor es absolutamente nulo, aun en las lesiones epiglóticas avanzadas, destrucción parcial del opérculo glótico, ulceraciones aritenoides, etc.

Por parte de la respiración, los desórdenes son, al principio, poco marcados, á menos que no se trate de la forma hipertrófica, de la que el Dr. Isabel refiere un caso. La hipertrofia, en efecto, produce estenosis y cornaje, necesitando, á veces, una intervención quirúrgica.

La deglución, fácil en los comienzos, puede sufrir á la larga graves alteraciones. Si existen lesiones en el velo del paladar, sucederá que al deglutir los alimentos serán arrojados por la nariz; estos desórdenes, como se comprende, resultan más de una complicación que de la misma afección laríngea.

Otras veces existen lesiones considerables aparentemente, como la destrucción parcial ó total de la epiglotis, sin que se observe el menor trastorno en la deglución. Y esto me conduce á hablar del papel de la epiglotis en la deglución, papel que parece completamente secundario. En efecto: no tiene como función recubrir el orificio de la glotis mientras los alimentos pasan, sino que parece más bien destinada á dirigir los alimentos líquidos por las gotieras faringo-laringeas, y la mejor prueba de ello es que los que no tienen epiglotis pueden tragar. Lo probable es que la función de proteger el orificio glótico está encomendada á la base de la lengua, puesto que cuando se dirige hacia atrás en el primer tiempo de la deglución, echa el opérculo glótico sobre la laringe ó lo reemplaza cuando falta. Si algunas veces penetran los alimentos en las vías respiratorias, en los tuberculosos, por ejemplo, es porque los desórdenes son absolutamente reflejos y debidos á la alteración de la sensibilidad laringea, no reaccionando los labios del orificio de la glotis y verificándose la deglución de una manera incompleta, por el violento dolor que el enfermo siente durante este acto fisiológico. Porque el dolor, durante el cumplimiento de este acto fisiológico, es nulo en los lúpicos, cuya epiglotis está más ó menos destruída, y á pesar de esta deformidad, no se producen desórdenes bien marcados cuando el enfermo traga de una manera normal y con un poco de atención.

Desde el punto de vista objetivo, el lupus se manifestará en la laringe por un eritema lívido, según Homolle, ó por una simple hipertrofia. Pero esta lesión es muy rara, no conociéndose más que un solo caso, debido á Béringier. Tratábase en esta observación de un eritema lívido, tórpido, como lo llama Krishaber, parecido á la laringitis inflamatoria más bien que á un verdadero eritema. Este caso debe considerarse como auténtico; mas á causa de la indolencia con que se estudió, creemos sería difícil obtener un síntoma diagnóstico.

Al mismo tiempo que el eritema puede existir una hipertrofia que, al decir de Poyet, precedería al proceso ulceroso y se constituiría por una infiltración de la mucosa, cuya ulceración sería la consecuencia. Lefferts ha señalado hechos de la misma especie.

Después de un intervalo de tiempo más ó menos largo, se ve sobrevenir una pérdida de sustancia, cuyo aspecto es análogo al de las manifestaciones lúpicas de las demás mucosas. Así es que por el examen se observan mamelones rojizos, ó mejor, rosados, que tienen un aspecto verrugoso, desigual, que forman pequeños relieves parduscos, cuya coloración se atenúa poco á poco y llega, casi sin transición, á confundirse con la mucosa sana. Por sí solo basta este aspecto á un ojo ejercitado, para establecer el diagnóstico entre el lupus y la sífilis.

Puede suceder al principio que estos mamelones se destruyan, de-

jando en su lugar ulceraciones granulosas en su fondo. Estas últimas, muy variables en cuanto á su extensión y su profundidad, podrán atacar, en algunos casos, al tejido cartilaginoso, que se hace, á su vez, sitio de caries ó necrosis, después de una osificación previa.

En algunas laringitis escrofulosas se encuentran deformidades en la parte posterior de la garganta, que resultan con frecuencia de adherencias viciosas consecutivas al proceso ulceroso.

En el órgano vocal las lesiones están, de un modo casi constante, localizadas en la epiglotis, la cual estará tumefacta, guarnecida de mamelones rojizos y con deformidades más ó menos variables.

Lo más habitualmente, la epiglotis parece como roída, pálida, rosada, en algunos puntos, amarillenta en otros en que el fibro cartílago está al desnudo; existen en sus bordes pequeños tubérculos parduscos, esclerosados al tacto, cuyo es el carácter de las manifestaciones lúpicas. El opérculo puede estar completamente destruido y como cortado por un saca-bocados.

Los repliegues están descoloridos, desiguales, rugosos y recubiertos de mamelones, que les dan un aspecto granuloso particular y deforman singularmente el orificio de la glotis.

Las ulceraciones que entonces se comprueban no están, como en la tuberculosis vulgar, recubiertas por abundantes exudaciones; todo al contrario, no se encuentra más que una ligera capa exudativa, difícil de desprender, á causa de la anfractuosidad de las partes atacadas. Las pérdidas de sustancia están situadas en la comisura interarritenoidea, los repliegues ariepiglóticos, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales. Éstas se hallan igualmente rojas, fungosas, desiguales, y como sembradas de pequeños relieves; en otros casos las cuerdas vocales están más ó menos roídas por el proceso ulceroso. De una manera general, el aspecto del órgano es pálido, rosado, muriforme y más ó menos deforme, según la extensión y la antigüedad de las lesiones.

La lengua, que á menudo toma parte en la sífilis, está casi siempre libre en la escrófula, y esta integridad podrá servir para esclarecer el diagnóstico. No diré tanto del velo del paladar, de sus pilares, de la faringe y de la bóveda palatina, que con frecuencia presentan el mismo aspecto que la laringe.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Los exámenes microscópicos del lupus de la laringe son muy raros, y las descripciones que se han dado de las lesiones de este género, hanse fundamentado especialmente en los resultados obtenidos por las investigaciones laringoscópicas. Por otra parte, se ha tratado de establecer analogías con las alteraciones anatómicas de las demás mucosas que se alteran en el lupus. Hasta aquí, se ha tomado por guía la descripción que Virchow publicó, sa-

cada de un solo caso examinado por él. Se comprobó, dice este autor, «una cicatriz indurada, rodeada de excrescencias del tamaño de un guisante, extendidas por en medio del dorso de la lengua hasta la profundidad de sus raíces. La epiglotis era excesivamente dura y rodeada de producciones verrugosas igualmente duras. Desde este punto, estaban los tejidos esclerosados y nudosos hasta la tráquea. Los cartilagos aritenoides estaban profundamente alterados y rodeados de excrescencias papilares».

Chiari y Riehl, reuniendo sus propias observaciones, han dado la siguiente descripción: se verá comenzar el lupus por pequeñas granulaciones aisladas al principio, y agrupándose más tarde; grupos de efflorescencias se forman por un brote posterior en la proximidad ó en las mismas placas, y representarán entonces engrosamientos ligeramente glandulosos de la mucosa; otras veces, constituirán placas rugosas, aisladas y muy salientes.

Las infiltraciones suelen desaparecer al cabo de algún tiempo, ó supurar; la ulceración, de variable profundidad, puede ganar el pericondrio y los cartilagos, y determinar toda la serie de desórdenes conocidos (pericondritis, etc.).

Las partes atacadas son, por orden de frecuencia: la epiglotis, los repliegues ariepiglóticos, la cara superior de los cartilagos aritenoides, y raramente las cuerdas vocales.

Los nódulos de lupus están constituidos por tejido granuloso, ordinariamente poco vascular. Las proliferaciones celulares están alrededor de los canaliculos excretores de las glándulas, así como entre los lóbulos; se encuentran también células gigantes y también el bacilo tuberculoso de Koch. En un caso observado por Gottstein, se vió una infiltración celular abundante en el tejido conjuntivo, así como pequeños nódulos que encerraban células gigantes. En una preparación de Koch veíase también, en una célula gigante, un bacilo del grosor del bacilo tuberculoso.

La cicatrización consecutiva á la úlcera es puramente aparente; los tejidos nuevos no gozan, en efecto, más que una débil vitalidad, cuya resistencia á un nuevo brote del proceso lúpico es, por decirlo así, nula. Se ve, pues, que yo tenía algunas razones para hacer entrar el lupus en el cuadro de la tuberculosis.

Esta asimilación que acabo de hacer para las manifestaciones llamadas escrofulosas del órgano vocal, las ha hecho igualmente para el lupus de las fosas nasales mi jefe de Clínica el Dr. Raulín, en una extensa Memoria publicada en 1889, sobre esta interesante materia.

CURSO. DURACIÓN. TERMINACIÓN. — Por punto general, el lupus procede lentamente; pero hanse visto, bajo la influencia de causas va-

riables, terrenos casi refractarios á la evolución del bacilo tuberculoso, hacerse idóneos para su reproducción, y entonces tomaba la dolencia una marcha aguda que precipitaba su evolución y modificaba paulatinamente los caracteres tórpidos que acabo de describir. En estos casos en que la duración de la enfermedad, generalmente muy larga, se encuentra notablemente disminuida, es cuando la tuberculosis recupera pronto sus derechos, que, por un momento, pareció haber abandonado.

Me apresuro, sin embargo, á decir que la duración del lupus de la laringe es casi indeterminada. Puede, efectivamente, prolongarse durante muchos años, diez, quince y hasta veinte, de tal suerte, que será difícil asignar un término preciso á esta afección.

La terminación de la enfermedad se produce de dos maneras distintas: 1.º, por agravación de los síntomas, complicación de las lesiones preexistentes y tuberculización general, y 2.º, por cicatrización. En este último caso, la curación (si curación puede llamarse esto) parecerá algunas veces terrible, á consecuencia de los desórdenes que la acompañan.

Así, se han visto sobrevenir ejemplos de adherencia total del velo del paladar con la pared posterior de la faringe, y adherencias de las cuerdas vocales y de los repliegues ariepiglóticos (observación de Garel).

Estas adherencias pueden ser irremediables, comprendiéndose entonces toda su gravedad. En todos los casos exigen operaciones de bastante importancia, como la abertura del velo y entubamiento de la laringe, que no siempre corona el éxito. En algunos casos más favorables, la curación se obtiene antes que la enfermedad produzca grandes destrozos, y, por consiguiente, sin dejar tras ella desórdenes graves.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la laringitis escrofulosa está distante siempre de ser cosa fácil. La afección primitiva es, como ya lo he dicho, bastante rara, para que ciertos autores hayan negado su existencia, y en sus hermosas lecciones sobre la sífilis terciaria, hace observar el profesor Sr. Fournier cuán poco común es esta manifestación en el Hospital de San Luis, puesto que, según su estadística personal, sobre 100 enfermos de laringitis diatésica, encontró dos veces solamente la laringitis escrofulosa y 98 lesiones sífilíticas terciarias.

No debemos detenernos en la tuberculosis miliar aguda de la parte posterior de la garganta; el curso de la dolencia, la gravedad de los síntomas funcionales y el aspecto de las lesiones, bastan y sobran para hacer el diagnóstico. Hay, sin embargo, ciertas formas de tuberculosis laríngea, en las cuales las dificultades son mayores; las vegetaciones polipoideas de la tuberculosis habitual, que ocupan los aritenoides, ó

bien las bandas ventriculares y la epiglotis con ligeras erosiones, parecense mucho á las alteraciones lúpicas.

Esta analogía de lesiones viene á corroborar todavía su semejanza, y el grado de infección es el que habrá que saber reconocer para obrar en consecuencia.

El embarazo es mucho mayor cuando se trata de hacer el diagnóstico entre la sífilis y el lupus de la laringe. Sin embargo, si se tiene en cuenta el hábito exterior del sujeto, las lesiones que suelen observarse en los ojos (queratitis intersticial), en los oídos (otorrea), de las que se presentan en la piel ó pueden interesar las mucosas y las cicatrices que existen en diversos puntos, se deducirá el diagnóstico, casi con certidumbre, de este conjunto sintomático. El aspecto particular que ofrecen los dientes en algunos casos, aspecto designado con el nombre, que se ha hecho clásico, de dientes de Hutchinson, hablará en favor de la sífilis; pero, sin embargo, añadiremos que no tiene más que una importancia relativa este signo, porque, como lo ha hecho notar el profesor Fournier, encontramos á veces en la escrófula dientes que tienen un aspecto parecido al de los dientes llamados sifilíticos.

El sitio de las lesiones es quizá más importante, desde el punto de vista del diagnóstico. La sífilis, en efecto, tiene tendencias marcadas á localizarse en un punto único cualquiera; la escrófula, por el contrario, invadirá por completo una parte del órgano vocal. Creo, por lo tanto, insistir sobre esta localización de la lesión.

Se ha señalado también el carácter diferencial del edema. En la sífilis es rojo y la mucosa está congestionada; sucediendo todo lo contrario en la escrófula, donde el edema es liso y pálido. En la sífilis, existe algunas veces dolor, y nunca ó muy pocas veces se le observa en la escrófula.

Si se trata de formas secundarias de la escrófula buco-faríngea, el diagnóstico es más fácil, porque en este período es muy difícil confundirse, por ser las lesiones muy claras. En efecto: en la sífilis, encuéntrase ulceraciones profundas, «cortadas á picos», según la expresión consagrada por el uso; son rojas y no presentan nunca ese aspecto muriforme, aframbuesado y pálido, propio de las úlceras escrofulosas.

También el curso de la enfermedad es muy importante desde el punto de vista de su diagnóstico. Así, mientras en la sífilis tiene una evolución relativamente rápida, por el contrario, la escrófula emplea mucho tiempo en desarrollarse. Esta lentitud en el curso del mal es, pues, un signo que se debe tener en cuenta.

El diagnóstico es muy fácil cuando existen lesiones cutáneas. Sin embargo, fuerza nos es observar que el lupus de la piel no siempre es claro por sí mismo. La lepra con manifestaciones laringeas es muy rara en nuestros países. Se manifiesta por tubérculos aislados, blan-

quecinos, con infiltración areolar y generalmente sin anestias, según el Dr. Ramón de la Sota. En un período más avanzado, respecto de la laringe, se traduce la lepra por mamelones situados en el opérculo glótico, pareciéndose la epiglotis á una cáscara de castaña, recubierta por sus eminencias papilares.

Por lo demás, conoceremos las manifestaciones leprosas del órgano vocal en uno de nuestros capítulos próximos.

Cuanto al cáncer, me ceñiré únicamente á mencionarlo, porque ofrece signos tan claros y tan característicos, que me parece imposible pueda confundirse con la afección que en este momento nos ocupa. En efecto: él acompaña á una sensación muy dolorosa, es unilateral y no presenta cicatrices como el lupus. Además, obsérvase casi exclusivamente en las personas de edad, que es lo contrario de lo que pasa en el lupus.

PRONÓSTICO. — El pronóstico de la escrófula de la laringe es benigno, si se interviene á tiempo. Pero si la mucosa de los labios vocales está atacada, se debe temer la estenosis glótica.

Puédense temer igualmente las adherencias de toda especie, pues suelen acompañarse de los mayores desórdenes. Por último, la escrófula puede tener en la laringe y en la faringe manifestaciones de una intensidad tal, que todas estas partes queden absolutamente desconocidas.

Además, sabiendo que el lupus y la tuberculosis son dos expresiones análogas, que no varían más que en su manera de ser, se comprende de la gravedad del pronóstico en buen número de casos. Basta que un terreno, largo tiempo refractario á la evolución de los bacilos, se haga propicio ó apto para su desarrollo, por consecuencia de variadas circunstancias (debilidad del sujeto, trabajo forzado, tratamientos irritantes, etc., etc.), para que estalle una verdadera tuberculosis con todas sus consecuencias y gravedad.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de la escrófula laríngea debe ser general y local. Como tratamiento general, debe prescribirse el aceite de hígado de bacalao, el jarabe de ioduro de hierro y de ioduro de potasio á cortas dosis. También administraremos los sulfurosos, que obrarán como modificadores y especialmente como excitantes; se les dispondrán como modificadores, en bebida, gargarismos, inhalación directa y pulverizaciones; pero convendrá vigilar muy atentamente su empleo, y á la menor excitación que ocasionen, disminuir las dosis y hasta suprimirlas. Las aguas sulfurosas, sabido es que no deben emplearse sin conocimiento de causa, y, sobre todo, habremos de basarnos en el curso del mal para aconsejar ó proscribir su empleo.

Localmente están indicadas, según los casos, las cauterizaciones con la solución glicero-fénica con ó sin iodo, de naftol alcanforado y otros diversos cáusticos.

Si existen botones carnosos exuberantes, convendrá emplear el raspado y el curetaje. Empleados ya por el Dr. Poyet en un enfermo del que el Dr. Isabel refiere la observación en su tesis, el raspado y las escarificaciones produjeron excelentes efectos. El ácido láctico en toques y en solución al principio, y después puro, según el método de Krause y de Hering (véase *Laringitis tuberculosa*, pág. 245), podrá también utilizarse, y manejado con una sabia prudencia, será un excelente tópico.

El galvanocauterio encontrará su empleo en las formas tórpidas con producciones neoplásicas difusas, después de la cocainización completa de la mucosa vocal ó del punto en que se desee obrar.

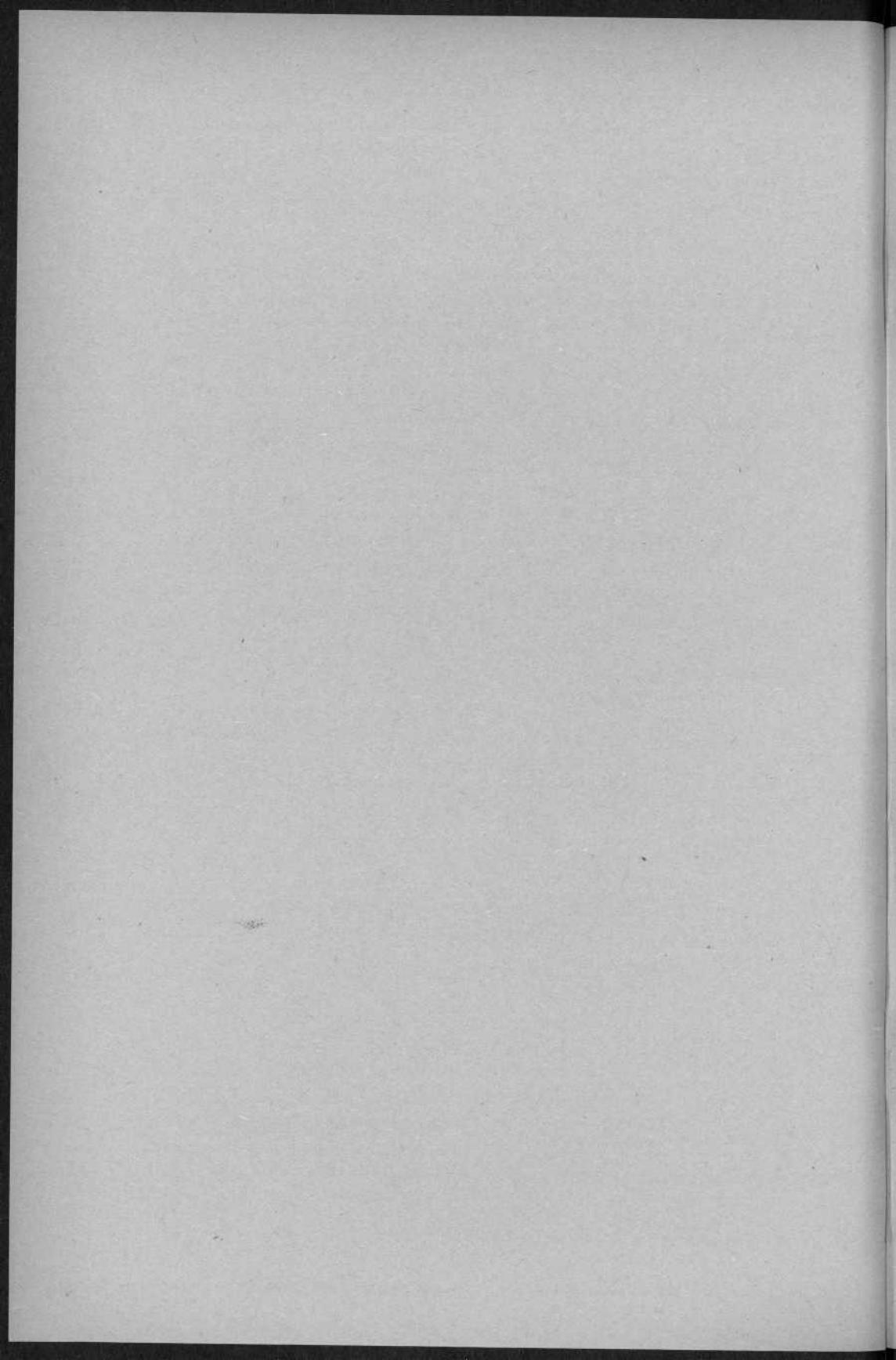
El Dr. Faugère recomienda las soluciones de iodhidrargirato al 1 por 20 ó al 1 por 10. El ácido crómico cristalizado y fundido en la extremidad de un estilete (método de Fränkel y de Hering), convendrá igualmente. Aquí no debe temerse el empleo de los excitantes locales, que ayudarán á obtener la cicatrización del mal, pero debe obrarse siempre con alguna precaución, y acostumar á los enfermos á los toques cáusticos, que, me apresuro á decirlo, generalmente se soportan bien. Al menor brote inflamatorio, debe suprimirse.

Como ayudantes de los tópicos, las diversas pulverizaciones astringentes tendrán alternativamente su indicación, y, en este concepto las pulverizaciones de ácido láctico y de cloruro ó sulfato de zinc aprovecharán á los enfermos. He aquí, por ejemplo, una fórmula aplicable á las formas tórpidas y lentas del mal:

Acido láctico ó sulfato de zinc.....	3 gramos.
Glicerina pura.....	50 —
Agua destilada.....	300 á 500 —

Para emplear tres veces por día, durante algunos minutos.

Una vez curada la úlcera, queda cierto grado de estenosis, que se tratará como diré en uno de los próximos capítulos (véase *Sífilis, tratamiento*), mediante el entubamiento con ó sin traqueotomía, según las indicaciones de cada caso.



De la laringitis sífilítica (sífilis laríngea).

Sumario. — Algunas palabras sobre historia; es útil establecer una división fundada en el orden cronológico de los accidentes laríngeos (accidentes primitivos, secundarios y terciarios). — Chanero de la epiglotis; es raro y difícil de reconocer. Frecuencia de los accidentes laríngeos.

Accidentes secundarios. — Etiología. Influencia del frío y de los irritantes locales, en particular del tabaco; de la edad. — Sintomatología. Eritema; modo de aparición; disposición. Placas mucosas; época de su evolución. La epiglotis es el punto predilecto. Aspecto de estas lesiones; son á veces difíciles de distinguir de las simples erosiones catarrales; del edema laríngeo secundario. — ¿Existen condilomas en la laringe? ¿Cuál es su aspecto? — De las parálisis secundarias. — Síntomas funcionales del período secundario. Alteraciones de la voz, desórdenes respiratorios.

Accidentes terciarios; su aparición puede ser muy tardía. Influencia de la herencia. Gomas, ulceraciones superficiales y profundas, vegetaciones, estenosis. Aspecto de estas diferentes lesiones. La ulceración principia por la superficie. Deformidades de la laringe. La ulceración principia por el cartilago; las alteraciones son extensas y graves. — Laringo-estenosis, puntos membranosos, sinequias, artritis y estenosis propiamente dichas. — Parálisis. — Síntomas funcionales: voz, tos y respiración. Deglución. Curso y duración de los accidentes sífilíticos. Terminación. — Diagnóstico; debe hacerse con la tuberculosis, el cáncer en el período de infiltración y de tumor, la escrófula y la lepra. — Pronóstico. Es grave en el período secundario. Peligros de las estenosis cicatriciales. — Tratamiento: A, general: mercurio y yoduro; B, local: toques. — Cómo deben tratarse las estenosis cicatriciales. De la dilatación de la laringe. Diversos procedimientos, resultados. — Traqueotomía; sitio de elección.

Vamos á ocuparnos ahora en el estudio de las manifestaciones de la sífilis en la mucosa vocal. Las lesiones de esta diátesis, conocidas desde poco tiempo há, englobábanse en otra época con la escrófula y a tuberculosis bajo el nombre de tisis laríngea. Desde el descubrimiento del laringoscopio, la sífilis laríngea, negada hasta entonces, hizose de una evidencia tal, que algunos autores vieron, en las manifestaciones laríngeas de la sífilis, la reproducción exacta de todos los accidentes cutáneos de esta enfermedad. También Cusco y su discípulo Dance describieron, en la mucosa vocal, lesiones de todo punto análogas á las que se encuentran en la piel; así, señalaron el eritema, las placas mucosas, las pápulas, los tubérculos, etc., etc.

Pero tal opinión, momentáneamente adquirida, se controvirtió y combatió por otros autores tan competentes como los primeros, tales como Fournier, Duplay, Isambert y Ferras, para no mencionar más que los franceses. Este último autor trató de probar que no existía, como admitían Dance y Cusco, una íntima correlación entre la sífilis del tegumento externo y la de la laringe, y adoptó en la descripción de la sífilis laríngea una clasificación muy sencilla, dividiéndola en sífilis ulcerosa y no ulcerosa. Tal división era, evidentemente, un poco vaga, porque con dificultad podían caber en este cuadro algunas lesiones diatésicas, como las placas mucosas y los condilomas negados por el autor. Sin embargo, bueno es agregar que, poco tiempo después, admitiendo las ideas de su discípulo Ferras, Isambert, en sus lecciones clínicas, aceptó la posibilidad, aunque rara, de las placas mucosas. Es evidente que, en esta época, no se describió claramente la sífilis de la laringe, mas los Dres. Krishaber y Ch. Mauriac, en Francia, y en el extranjero, Gerhardt y Roth en Alemania, para no nombrar más que algunos, estudiaron de nuevo tan importante asunto y describieron accidentes de tres clases: primitivos, secundarios y terciarios, según el orden cronológico de la presentación de los accidentes, cual se había hecho para los de la piel y demás órganos. Esta distinción que Krishaber estableció, y admitieron Isambert y Rollet, es la que nosotros aceptamos y seguiremos en el curso de este estudio. Colocaremos el chancro entre los accidentes primitivos; los accidentes secundarios comprenderán el eritema, las placas mucosas, los condilomas y las parálisis; en cuanto a las lesiones cutáneas, se caracterizan por las úlceras simples, los gomias, las caries, las necrosis y las parálisis.

ETIOLOGÍA. — El chancro del órgano vocal no se ha descrito casi, por la sencilla razón, dice Rollet en su *Dictionnaire encyclopédique*, de que no se le ha encontrado más allá de las amígdalas. Por su situación profunda, estando distante la laringe de toda causa que pueda contaminarla, se comprende sea en rigor muy rara vez atacada primitivamente. Sin embargo, no creo deje de haber algún ejemplar en la Ciencia, de comprobación del accidente primitivo localizado a la epiglotis, y tengo muy presente el recuerdo de un hombre de veintidós ó veintitrés años, al cual presté mis cuidados en la clínica por un chancro hunteriano que ocupaba el borde libre de la epiglotis (lado izquierdo), seguido más tarde de accidentes secundarios, y cuyo ulterior desarrollo no observé, á causa de haber perdido de vista al enfermo. Todo lo que puedo decir es que la ulceración epiglótica cicatrizó con mucha lentitud.

Sin embargo, no temo decir que estas especies de accidentes son muy raras y no se encuentran en la epiglotis, sino es por el contacto de

la base de la lengua, que primitivamente se infecta. Como se comprende fácilmente, el *modus faciendi* es el mismo que para el chancro de la amígdala, y nada más he de añadir á propósito de las maniobras obscenas, cuya existencia delatan.

¿Se puede reconocer el accidente primitivo en el opérculo glótico? La cuestión es difícil de resolver, porque una úlcera pardusca, generalmente fungosa, limitada á uno de los lados superiores de la epiglotis, rodeada por una zona inflamatoria circunscrita, puede ser indicio de accidentes terciarios ó de un tumor maligno al principio, más que un accidente primitivo; y dada la poca frecuencia con que éste se presenta en dicha región, deberáse pensar mejor en una de estas lesiones, que en el chancro indurado. Únicamente por la evolución del mal, la ausencia de toda puerta de entrada á la sífilis y la aparición de accidentes ulteriores, estaremos en la posibilidad de admitir la infección laringea.

Las lesiones secundarias de la laringe— y entiendo por éstas las placas mucosas —, sin ser muy raras, están, sin embargo, lejos de ser tan comunes como las placas amigdalianas; pero su existencia está hoy absolutamente establecida y admitida sin ningún género de duda. Así que el Dr. Bouchereau en su estadística de 135 enfermos observados en Lourcine, encontró 59 veces manifestaciones sífilíticas en la laringe (eritemas, placas, etc.), cifra que no me parece muy exagerada. También son bastante frecuentes los accidentes terciarios. Resulta de las estadísticas de Mackenzie, que en 10.000 enfermos encontró sólo 308 veces afecciones sífilíticas de la laringe en el tercer período. La estadística de Lewin eleva estos casos al 4 por 100, y la de Villigk al 15 por 100. Para que pueda juzgarse con conocimiento de causa, he aquí las cifras que los autores aportan: en 20.000 sífilíticos constitucionales admitidos desde 1863 á 1880 en el Hospital de la Caridad de Berlín, encontró Lewin 575, ó sea cerca del 2,9 por 100, que presentaban manifestaciones laríngeas, y de entre ellos, unos 500 estaban atacados ligeramente y 75 de una manera más grave. Por la comparación de estas cifras, resulta que la relación de los casos secundarios será como 7 : 1.

Acabo de decir que el Dr. Morell-Mackenzie comprobó 308 veces la sífilis laringea en 10.000 enfermos de la garganta; Schroetter, en 21.044 enfermos, observó 947 casos de sífilis de la laringe, es decir, que para este autor la proporción será de 4,5 por 100, en tanto que no es más que de 3,08 por 100 para el laringólogo inglés.

Como se observan notables diferencias en las estadísticas que otros prácticos suministran, es bueno hacer notar á qué causas pueden obedecer. Es bastante raro que se consulte á los laringólogos para las manifestaciones leves de la sífilis; no se les pide asistencia más que en los casos graves, y, por el contrario, en los establecimientos en que se

trata especialmente la sífilis, si se examinan todos los enfermos de sífilis secundaria ó simplemente los que se quejan de desórdenes de la laringe, se tendrá ocasión de alcanzar cifras que se aproximan mucho á la realidad. Así que, en este sentido, deben mirarse las estadísticas con la mayor reserva.

Los accidentes secundarios reconocen por causa ocasional las influencias de la estación; de manera que un simple catarro laríngeo debido á la acción del frío en el órgano de la voz, puede, en un sujeto contaminado por la sífilis, hacerse el punto de partida de accidentes secundarios.

Según Morell Mackenzie, la acción del frío es absolutamente indiscutible, por lo menos en el primer periodo. En 118 casos de sífilis secundaria observados por él, 79 veces se manifestaron desde el 1.º de Septiembre al 1.º de Marzo y 39 entre el 1.º de Abril y el 31 de Agosto.

En 110 casos de sífilis terciaria, vióse que la enfermedad comenzó 66 veces en los seis meses de invierno y 44 en los seis meses de estío.

Todas las demás causas capaces de producir la laringitis catarral, pueden determinar accidentes laríngeos en los sífilíticos, como por ejemplo: el abuso de la voz y, sobre todo, el uso inmoderado y aun moderado del tabaco, al cual no temo atribuir el papel principal en la etiología y en la larga duración de las manifestaciones laríngeas del venéreo.

De tal modo creo en la influencia nefasta del tabaco en la producción de la sífilis laríngea, que prefiero renunciar á prestar mis cuidados á los sífilíticos que son fumadores incorregibles. La influencia de este irritante diario es tan verdadera, que me ha sucedido muy á menudo tratar enfermos visitados por otros compañeros que habian diagnosticado con exactitud y prescrito un tratamiento apropiado, sin conseguir mejoría, porque estos enfermos no dejaron de fumar; sucede en estos casos que si se suprime en absoluto el uso del tabaco, se ve sobrevenir la curación con rapidez.

Como es lógico suponer, *à priori*, la mayor parte de los casos de sífilis laríngea se presentan especialmente durante el periodo activo de la vida genital, es decir, de los veinte á los cuarenta años; por las mismas razones se presentan en las mujeres, principalmente de los diez y siete á los treinta años.

Se ha dicho que era muy rara en los niños, pero las hermosas investigaciones de Fournier nos han enseñado á ponernos en guardia contra las manifestaciones de esta diátesis, aun en los niños, lo cual quizá se tenga ya ocasión de comprobarlo con más frecuencia.

SINTOMATOLOGÍA. — El estudio de los síntomas de la sífilis secundaria de la laringe nos enseña que, en el primer estadio, se observa el

eritema caracterizado por una rubicundez de carmín oscuro, algunas veces difusa, pero con más frecuencia localizada en ciertos puntos, particularmente en las cuerdas vocales, en su inserción anterior y en la comisura llamada por Fournié vibrante.

Hállase formada la rubicundez por un puntito muy fino, cuyos diferentes tintes pueden verse fácilmente mediante un buen alumbrado (luz de Drummond, luz eléctrica). Con frecuencia se acompaña el eritema de lesiones análogas de la piel ó de la faringe, y á menudo también persiste cuando aparecen placas mucosas en la parte posterior de la garganta. El eritema puede invadir también las bandas ventriculares.

Muchas veces pasaría inadvertido, si la atención no fuese atraída por las lesiones de la piel, á las que casi siempre sigue ó coincide con ellas. En algunos casos, sin embargo, el eritema constituye la primera manifestación sífilítica, como he podido convencerme de ello mediante el examen de los enfermos infectados por esta diátesis. Recuérdese, no obstante, que éste es un hecho absolutamente excepcional.

La mucosa vocal atacada de eritema, está, no solamente roja, si que también erosionada en algunos puntos, y se suele observar que el epitelio desaparece total ó parcialmente. No es raro tampoco comprobar cierta modificación en la secreción, que puede aumentar en cantidad, hacerse viscosa y formar después, por desecación, costras adherentes. En cuanto al edema de la mucosa, que algunos autores señalan, particularmente Lewin, pocas veces se presenta ocasión de observarlo, cuando se comprueba el eritema específico.

Las placas mucosas de la laringe hanse señalado por Ferras, Isambert, Bouchereau, Gerhardt y Roth, Krishaber y Mauriac, MacNeil Whistler, Massei, y por otros muchos autores. Yo mismo he tenido ocasión de encontrar algunos casos, que consigné en 1879 en mi discurso inaugural, y desde esta época he observado muchas veces dicho accidente secundario de la sífilis.

Las placas del órgano vocal aparecen generalmente al mismo tiempo que la roseola de la piel, y casi siempre coinciden con placas guturales, bucales ó anales. El Dr. Martel observó, sin embargo, un ejemplo, en el que aparecieron aquéllas diez meses después del chancro. Este es un hecho excepcional, puesto que, por punto general, es hacia el fin del primer mes, y más ordinariamente en el segundo, ó en el tercero lo más tarde, cuando se observan los mencionados accidentes.

Las placas mucosas se ven ordinariamente en la epiglotis, en su cara lingual, en los repliegues glosa-epiglóticos, en las bandas ventriculares y en las cuerdas vocales.

En la epiglotis tienen el mismo aspecto que en la parte posterior

de la garganta y en el velo del paladar. Son casi siempre aisladas, salientes, parduscas, con un aspecto estampado; frecuentemente rodeadas por un cordoncillo inflamatorio, se destacan en gris-sucio, deslustrado, sobre el fondo de la mucosa roja y tumefacta. Tales islotes suelen ofrecer un milímetro ó milímetro y medio de superficie. En las cuerdas vocales la placa mucosa es saliente, rosada y rodeada muy á menudo por un cordoncillo rojo de carmín muy diferenciable; otras veces parece producida por un arañazo, de suerte que la ensambladura que hace en la cuerda vocal parece clara y bien cortada. Las placas mucosas no ocupan siempre las dos cuerdas. Se las encuentra, ya en la una, ya en la otra, casi siempre en la cara superior y más raramente en su borde libre que, según tengo manifestado, es el sitio de predilección del eritema. Algunos autores han dado dibujos de las placas mucosas, en verdad demasiado típicos para que sean exactos, pues son algunas veces muy difíciles de reconocer, y conviene evitar-nos el confundirlas con las simples erosiones de la laringitis catarral, cosa que á muchos les sucede, viéndolas por todas partes.

No es prudente tomar como tipo constante la descripción que acabo de hacer de esta lesión secundaria. Algunas veces, en efecto, la membrana mucosa que rodea estas placas se halla tumefacta, y el edema, así constituido, puede adquirir tales proporciones, que se convierta en una causa de peligro para el enfermo. Bajo la influencia de esta hinchazón puede verse sobrevenir estenosis laringeas ó accesos de sofocación, que necesiten sin demora el tratamiento específico y algunas veces también el quirúrgico. Este edema, ó mejor, esta tumefacción inflamatoria secundaria, ocupa ordinariamente la epiglotis y sus repliegues, rara vez las bandas ventriculares ó la región subglótica. En los sífilíticos que abusan de su voz, del tabaco ó del alcohol, es donde se encuentran más particularmente estas complicaciones graves del período secundario, como también se ven en ellos las placas bucales y faríngeas ulcerarse y hacerse fagedénicas. Las cauterizaciones violentas é intempestivas de la mucosa vocal pueden determinar la explosión de los accidentes.

Con menos frecuencia se observan en la laringe, en el período secundario, brotes polipiformes, verdaderas crestas de gallo ó condilomas de la mucosa. Aunque esta lesión sea bastante rara, existe, sin embargo, y en este momento tengo en observación dos casos muy definidos: el primero se refiere á una niña de seis años y medio, en la que los pilares del velo del paladar y la cara lingual de la epiglotis están absolutamente guarnecidos de tumores papilares de un color blanco-pardusco, casi rosado en ciertos puntos, muy manifiestos en la mucosa, la cual al primer golpe de vista parece recubierta por una falsa membrana irregular. Estas lesiones, que desaparecieron por completo

la primera vez, gracias al tratamiento específico (licor de Van Swieten, ioduro de potasio, toques iodados y de nitrato ácido de mercurio disuelto al 1 por 10, alternados), han reaparecido al mes de suspensión del tratamiento. La niña tiene, muy probablemente, una sífilis hereditaria de un año ó de dieciocho meses, próximamente. El segundo caso concierne á una mujer de cincuenta y cinco años, cuya observación publicó ulteriormente el Dr. Lacoarret (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, Julio, 1890). Yo hice mención también en mi tesis de otro caso muy claro en una mujer adulta. La lesión ocupaba las bandas ventriculares, y, como en la primera observación, los condilomas desaparecieron con el tratamiento específico, pero no tardaron en reaparecer de nuevo desde el momento en que el enfermo suprimió la medicación.

Los tumores condilomatosos constituyen, sépase bien, una lesión tenaz, que recidiva con facilidad y desaparece con mucha lentitud, á pesar del tratamiento mejor establecido.

Las parálisis forman la última serie de los accidentes secundarios de la sífilis del órgano vocal. Hanse comprobado por muchos autores, y Morell-Mackenzie, Massei, Liebermann, Poyet y Ch. Mauriac, han referido numerosos ejemplos, á los cuales podría agregar algunos de mi práctica personal. Estas parálisis, manifiestamente independientes de toda compresión apreciable de los recurrentes, presentan la singularidad de que casi siempre se las ha observado á la izquierda. ¿Es una coincidencia? Tal vez, porque es difícil explicar el motivo de semejante localización. ¿Habrá aquí una compresión de los ganglios peritraqueales hipertrofiados, que no puede comprobarse por el examen exterior del enfermo? He aquí evidentemente una explicación plausible, por la que, como se comprende, podríanse comprobar los efectos, lo mismo del lado izquierdo que del derecho. Cuanto á las alteraciones miopáticas, es muy problemática su existencia. Es un hecho importante que la parálisis se localice ordinariamente en uno de los lados de la laringe. Según los músculos paralizados, se encontrará la cuerda vocal atacada en una de las situaciones que describiré más tarde, cuando estudiemos los desórdenes de la motilidad de las cuerdas vocales, bastándome por ahora señalarlas. Recuérdese que, por medio del examen laringoscópico, advertiremos de ordinario la cuerda atacada ocupando la línea media, de cuyo punto se separará poco ó nada durante la inspiración

¿Se trata aquí de un espasmo de los aductores ó de una parálisis del abductor crico-aritenoideo posterior? Hipótesis son éstas sobre las cuales volveremos á ocuparnos en otro capítulo. (Véase *Parálisis de los dilatadores crico-aritenoideos posteriores.*)

Tales son, en suma, las diversas lesiones que pueden encontrarse

en la laringe durante el período secundario de la sífilis; las dos últimas alteraciones sirven, por decirlo así, de transición entre el segundo y el tercer períodos, que estudiaremos pronto.

Veamos ahora cuáles desórdenes funcionales corresponden á las manifestaciones que acabo de describir.

Desde luego, el eritema se manifiesta simplemente por una modificación del timbre vocal, que se hace grave, ronco, duro y desagradable al oído (ronquera sífilítica). En algunos casos muy pronunciados, se encuentra afonía más ó menos completa al emitir ciertas palabras.

Las placas mucosas del órgano vocal no acarrearán ningún dolor, sino una pequeña molestia al deglutir, que se hace más marcada cuando las lesiones están en la parte posterior de la garganta, y, sobre todo, al decir de los autores, en las ulceraciones profundas de la epiglottis. La voz se encuentra ronca si las placas se sitúan en las cuerdas vocales; hay disfonía, voz bitonal, y también afonía completa, según el sitio de la lesión.

En los casos de parálisis, si están atacados los aductores, el enfermo hablará afónico ó simplemente disfónico, según que pase el aire por entre las cuerdas vocales sin producir vibraciones, ó que todavía se pongan casi en contacto para emitir un sonido más ó menos alterado en su timbre.

Cuando la lesión interesa, no los constrictores, sino los dilatadores, la cuerda se coloca en posición vocal y vibra durante el esfuerzo; entonces, como es consiguiente, se observa una voz más ó menos normal, á pesar de la parálisis ó de la contractura, según exista una ú otra de estas lesiones.

Fuera de los desórdenes vocales, rara vez se comprueban síntomas graves, como el dolor al deglutir y fatiga respiratoria.

Para producir la disfagia, precisa que sobrevengan ulceraciones ó inflamaciones vivas de la mucosa epiglótica, lesiones bastante infrecuentes, según tengo dicho. Cuanto á los desórdenes de la respiración, pueden ser consecutivos á la hinchazón edematosa de la mucosa laríngea, ó á la parálisis doble de los crico aritenoideos posteriores, hecho absolutamente excepcional en este período de la sífilis.

ACCIDENTES TERCARIOS. — En los párrafos precedentes nos hemos consagrado al estudio de las lesiones primitivas y secundarias de la sífilis de la laringe; ahora vamos á pasar revista á los accidentes terciarios de esta afección.

Estas manifestaciones pueden presentarse en el órgano vocal, en una época algunas veces lejana de la primera infección. En efecto: si en la mayor parte de los casos se presentan las lesiones terciarias de

la sífilis con bastante rapidez en la piel ó también en órganos importantes, se las observa por el contrario, tardíamente, en el órgano vocal. Pues si Türck ha citado un caso de sífilis terciaria precoz que sobrevino en el sexto mes, nosotros podemos, con el Dr. Ch. Mauriac, sabio sifiliógrafo del Hospital du Midi, considerar que una laringopatía que se produce al fin del tercer año puede mirarse como precoz.

Es, por el contrario, relativamente habitual ver sobrevenir los accidentes terciarios diez, quince y hasta veinte años después de la infección sífilítica. Además, se han citado ejemplos en que estos mismos accidentes aparecieron treinta y cinco años después que se hubo contraído el chancreo.

ETIOLOGÍA. — En lo referente á las causas de las manifestaciones tardías, son absolutamente las mismas que las de los accidentes secundarios, y no creo deber volver sobre ellas; aparecen también en el mismo período de la vida, sin ser, sin embargo, muy raras más allá de los sesenta años, aunque, si es preciso citar un ejemplo, diré que Morell-Mackenzie refiere dieciseis casos de sífilis terciaria en individuos que habían pasado la precitada edad.

Otras veces, la sífilis terciaria aparece casi de repente como *lesión hereditaria*. Rauchfuss y Semon citan casos de esta naturaleza en niños de cinco á seis años, cuyas observaciones son actualmente mucho menos raras de lo que se había supuesto antiguamente.

Convendrá, pues, pensar en la posibilidad de accidentes semejantes, aun en niños relativamente jóvenes. Entre los hechos más típicos de este género que me ha sido dado observar, citaré una niña que actualmente tiene seis años y medio, la cual, desde hace dos, lleva una cánula que una estenosis laríngea obligó á introducir. Operada al principio por un llamado crup, pude convencerme, por el examen laringoscópico, que esta niña presentaba lesiones ostensibles de una sífilis hereditaria, de la que el tratamiento específico triunfó en poco tiempo. La familia conserva la cánula de esta niña, por el temor á los nuevos brotes que suelen aparecer de vez en cuando, los cuales son prontamente refrenados mediante los tratamientos mercurial y iódico en combinación.

La sífilis hereditaria precoz y aun tardía, es en la actualidad un hecho establecido perfectamente, tanto para la laringe cuanto para el velo del paladar, la parte posterior de la garganta y las fosas nasales, sobre cuyo asunto es muy recomendable el consultar las notables investigaciones del profesor Dr. Fournié.

Más frecuentes son las manifestaciones que sobrevienen pasados los diez años; y sin recordar que el mismo Czermack citó un ejemplo, pudiera señalar las observaciones de los Dres. J. M. Mackenzie, de

Poyet, Bobone, Schnitzler, etc., y, en fin, el reciente trabajo de mi amigo el Dr. Cartaz sobre cuestión tan interesante.

Puede decirse que la sífilis terciaria se manifiesta en la laringe, de tres maneras distintas: encuéntrase, según los casos, un simple tumor gomoso, ora un goma superficialmente ulcerado, una ulceración vegetante, profunda, con alteración del esqueleto, ya una oclusión laríngea por una membrana cicatricial, y deformidades del órgano, que ocasionan la estrechez del calibre de la laringe.

El goma, que tiene con mucha frecuencia el aspecto de una infiltración difusa, puede, por el contrario, presentarse bajo la forma de tumor muy claro, cosa por cierto muy rara. Vemos, pues, un goma infiltrado difuso, ó la misma lesión en forma circunscrita, lo cual es la repetición de lo que en otros órganos se observa.

A. *Los tumores gomosos* son lisos, amarillentos, pero este aspecto no es siempre característico por las mucosidades que con frecuencia embarazan la laringe y por el edema peri-inflamatorio que los circunscribe. Sin embargo, obsérvase este aspecto cuando el goma se reblandece y se ulcera; además, no es raro entonces encontrar alrededor uno, dos ó tres relieves globulosos, cuyas dimensiones varían. Su grosor, que alcanza alguna vez el de una cereza ó de una avellana, puede no ser superior á un perdigón.

Varían también en cuanto al número, porque forman alguna vez un verdadero semillero confluyente que constituye el nódulo sífilítico. Finalmente, pueden formar gruesas nudosidades circunscritas, cuya superficie está perfectamente lisa é igual.

Los gomas ocupan, por orden de frecuencia, la base de la lengua, la epiglotis, las bandas ventriculares, los repliegues ariepiglóticos y, en último término, las cuerdas vocales inferiores y la región subglótica. Sommerbrodt coloca las cuerdas vocales antes que las bandas ventriculares; pero mi experiencia personal no confirma semejante aseveración. Según Eppinger, los gomas no tienen sitio alguno de predilección y aparecen en las partes de la laringe en que hay tejido conjuntivo muy vascular, y de aquí su frecuencia en el tejido conjuntivo submucoso.

El goma, bajo la forma infiltrada, tiene el aspecto de un rodete tumefacto, rojo é inflamatorio, especialmente en las bandas ventriculares. Otras veces la lesión es bilateral ó bien se sitúa en la región subglótica. La infiltración gomosa, según algunos autores, se producirá por inoculación directa del virus sífilítico que proviene de puntos próximos; también se la observa en las partes más expuestas al rozamiento y al derrame de la secreción, como las cuerdas vocales, la epiglotis y la pared posterior de la laringe.

En la epiglotis, por el contrario, produce el goma deformidades, á

veces considerables, del opérculo, el cual se encuentra echado hacia fuera, ó como replegado sobre sí mismo ú obturando completamente el orificio de la laringe, según que la infiltración se encuentra en la parte media, en la lateral ú ocupa el órgano por entero. Á menudo es en su base ó en el repliegue glosó-epiglótico medio donde se fija la infiltración, dejando entonces al opérculo inmóvil, rojo y levantado sobre su base engrosada é infiltrada.

B. *Las ulceraciones*, que pueden considerarse como la segunda manifestación del proceso gomoso, principian frecuentemente por la superficie de la mucosa. Ligeras al principio, aumentan en seguida en anchura y en profundidad, destruyendo la mucosa, el tejido submucoso y llegando hasta el cartilago, que se osifica al principio y luego se recrosa. Este proceso efectúase comúnmente con una gran rapidez; la región se hincha, se deforma, y, con frecuencia, se llena la laringe de vegetaciones polipiformes, granulosas, rojas, que recubren la mayor parte del órgano y también todo el orificio de la glotis, hasta el punto de necesitar que se intervenga quirúrgicamente.

Las ulceraciones atacan muy de ordinario la epiglottis, no siendo raro se perfora, ó se reduzca á fragmentos, desgarrada por úlceras de formas variables, que se extienden por los lados de la laringe ó por el interior de la misma. Fráguanse pérdidas de sustancia de forma irregular, franjeadas por sus bordes, dentelladas, cuyo fondo es sucio, deslustrado y recubierto de materia purulenta. El raspado con el algodón en rama ó el pincel no modifica el aspecto de la úlcera. Los bordes son, por punto general, salientes y más ó menos cortados á pico en ciertos casos; otras veces, despegados por el proceso ulceroso, que se extiende por debajo, forman un verdadero cráter subterráneo. Entonces sobrevienen despegamientos de la mucosa que, medio desprendida, flota en el interior de la laringe y produce sofocación, si no se interviene con la pinza. Hase atribuido á las úlceras, según son consecutivas á simples infiltraciones ó á gomas sífilíticas, caracteres diferentes. Así, las que provienen de infiltraciones serán irregulares, con bordes poco salientes, raras veces despegados y con frecuencia rodeados por un círculo rojo. Estas pérdidas de sustancia se extienden especialmente en anchura, y no determinan, sino muy rara vez, pericondritis ó alteraciones de los cartilagos.

En cuanto á las úlceras consecutivas á los gomas, se presentan claramente limitadas, con bordes hinchados, como hechos por un sacabocados, y tienen tendencia á profundizarse y ganar el pericondrio y el cartilago.

Á menudo, siguiendo el proceso ulceroso su marcha invasora, destruye poco á poco la epiglottis, hasta reducirla á un verdadero muñón difícil de reconocer, ó bien afecta formas muy extrañas, ó á veces no

existe á causa de haber sido reemplazada por un botoncito colocado en el orificio de la laringe sobre la base de la lengua.

Los Dres. Péroné é Isambert, en los *Annales des maladies de l'oreille* (1875), han señalado un caso de este género, absolutamente notable por la extensión de la lesión; y en mi discurso inaugural (1879), existe dibujada una ulceración serpigínosa que cortó la epiglotis hacia su parte media, dejando un colgajo que se retrajo por encima de la glotis.

Considero poco pertinente detenerme ahora en una descripción detallada de los diversos modos de ser de la úlcera sifilitica de la laringe. Es un verdadero Proteo, cuyas formas varían en cada enfermo.

La destrucción de la epiglotis, en la sífilis, corrobora lo que decía en uno de los capítulos anteriores; á saber: que el epérculo de la glotis no juega en la deglución mas que un papel absolutamente secundario.

C. *Pericondritis*. — En algunos enfermos, el pericondrio y el cartilago son invadidos los primeros, siendo entonces secundaria la ulceración. Cuando el proceso sigue una marcha de este género, el armazón del órgano vocal se desorganiza con bastante rapidez, produciendo vastos destrozos al eliminarse los cartílagos necrosados (aritenoides, cricoides, etc.). La tumefacción se hace visible al exterior, y si el proceso ulceroso no se detiene en su curso, sobreviene un verdadero hundimiento de la armadura laríngea, con las consiguientes amenazas de asfixia. Es raro, sin embargo, que se produzcan alteraciones tan profundas del esqueleto, porque el tratamiento detiene los progresos del mal; pero, si se instituye tarde, estallan lesiones serias, sobre las que ya he llamado la atención, circunstancia que no debe olvidarse nunca, pues todo es posible en la sífilis, pudiendo presentarse formas profundas de la enfermedad, en que los más graves accidentes ocurren cuando menos se piensa.

D. *Laringo-estenosis*. — *Cicatrices viciosas*. — La sífilis es grave, no sólo por las ulceraciones que engendra, la pericondritis y otros accidentes, si que también, y muy especialmente, por las cicatrices que deja como reliquia. En ciertos casos, y según los puntos atacados, pueden éstas acarrear estrecheces que originen la estenosis glótica, ó que recaigan asimismo, ya en la laringe, ya en la tráquea.

Las cuerdas vocales pueden adherirse entre sí y soldarse en una parte de su longitud; en otros casos existirá un punto membranoso constituido por una brida fibrosa, que se extiende de una á otra cuerda. Estos hechos no son tan excepcionales como pudiera suponerse desde luego, puesto que el Dr. Etchbarne pudo reunir en su discurso inaugural (1878), doce ejemplares de este género. El Dr. Poore refirió un caso en el Congreso de Londres en 1881. Débese otro al Dr. Solis-Cohen, que lo señaló al mismo Congreso. Á propósito de la comunicación del Dr. Poore, refirió el Dr. Morell-Mackenzie la obser-

vación de un enfermo en el que la oclusión ocupaba las partes anterior y posterior del orificio glótico; y á los ya mencionados agregó el doctor Etchbarne dos nuevos casos, tomados en la clínica de su maestro el Dr. Fauvel. Finalmente, pudiera citar dos más, procedentes de mi práctica particular, lo cual suma un total de diecinueve observaciones, sin hablar de las que otros autores hayan publicado.

En los niños, sobre todo, pueden observarse accidentes de este género. Prevenidos de su existencia, será muy fácil reconocerlos, aun no habiendo asistido al desarrollo de las alteraciones, de las cuales sólo se comprueban con frecuencia los efectos tardíos.

La anquilosis más ó menos completa de una ó de ambas articulaciones crico-aritenoideas, resultado de artritis ó de bridas cicatriciales, es igualmente susceptible de estrechar el campo respiratorio y de producir una laringo-estenosis.

Obsérvanse asimismo oclusiones más ó menos completas de la laringe, como consecuencia de hinchazón hiperplásica, retracciones cicatriciales ó eliminación de algunos cartílagos. La cosa, por rara que parezca, se encuentra sin embargo, y recientemente todavía presentó el Dr. Schiffers á la Sociedad de Medicina de Lieja, un cartílago aritenoide expulsado por un enfermo sifilítico.

Cuando se trata de un puente membranoso tendido entre ambas cuerdas vocales, al laringoscopio, y durante la inspiración, se ve la membrana blanquecina más deslustrada y más pardusca que las cuerdas, ocupando, por punto general, el tercio anterior de las mismas y formando una especie de media luna, cuyo borde cóncavo mira á la parte posterior de la laringe, y, por consiguiente, á la parte inferior del espejo. Otras veces la membrana cicatricial formará una especie de anillo infundibuliforme, cuya abertura, más ó menos estrecha, suele ser, por regla general, ovalada.

En estos casos, las cuerdas se confunden con el tejido de la cicatriz, que es duro y resistente al tacto. El orificio, habitualmente difícil de dilatar, tiende, por el contrario, á estrecharse gradualmente á impulsos de la retracción cicatricial.

Si se trata de una artritis crico-aritenoidea, la articulación está tumefacta, fruncida, y sobre todo, casi inmóvil durante la expiración. Al contrario, si son las bridas cicatriciales las que la inmovilizan, se apreciarán de un aspecto blanquecino, cual si estuvieran duras, relucientes en ciertos puntos y esclerosadas, signos que caracterizan los restos de la sífilis de las mucosas.

Tales son, pues, á grandes rasgos, las principales modalidades de la sífilis de la laringe en el período terciario. ¿Necesito agregar que estas lesiones pueden encontrarse combinadas en el mismo individuo, y que las bridas cicatriciales, vestigio de ulceraciones curadas, son

compatibles con las infiltraciones gomosas consecutivas á nuevas manifestaciones de una diátesis siempre vivaz?

¿Existen en el período terciario de la sífilis, parálisis laríngeas como las que hemos descrito en el período secundario?

Es posible, y el Dr. Ch. Mauriac refiere muchos ejemplos en un trabajo reciente (1889); pero, como ha dicho este autor, la patogenia de estos desórdenes es muy difícil de explicar. Las lesiones musculares, las alteraciones de los filetes nerviosos periféricos, las compresiones de los mismos nervios en su origen, han sido sucesivamente imaginadas por el Dr. Mauriac; mas todas estas hipótesis conviene ventilarlas en la mesa de autopsias, ó bien por el microscopio.

Nada he de decir aquí de las parálisis que se asemejan á éstas en todos sus puntos, por su aspecto y por su sintomatología, porque de ellas hablaré en los capítulos siguientes.

SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Los síntomas funcionales no ofrecen nada característico.

La voz está comúnmente ronca en el segundo, así como en el tercer período de la sífilis, y esto basta por lo general para establecer el diagnóstico. Otras veces está, por el contrario, profundamente alterada en su timbre, y hasta extinguida por completo. Se comprende fácilmente que dichas modificaciones dependen en absoluto del sitio y de la extensión de la lesión. La voz puede estar intacta con lesiones graves de la epiglotis ó de sus repliegues, mientras que si la lesión recae en la proximidad de las cuerdas, sufrirá mayor ó menor alteración.

En general, la tos es nula, pero se encuentra en los enfermos una tos ronca, sonora, casi característica, sobre todo si la lesión ocupa la tráquea.

La expectoración, nula habitualmente, puede, en algunos casos de ulceraciones extensas, hacerse moco-purulenta, pardusca, estrada de sangre y hasta fétida; si existen pericondritis ó necrosis de los cartilagos, contendrá vestigios de cartilagos osificados ó necrosados.

Los desórdenes respiratorios son insignificantes algunas veces; pero en algunas lesiones terciarias afectan una considerable intensidad. Encuéntrase todos los grados de dispnea, desde la simple fatiga intermitente hasta el cornaje continuo, con sensación de desgarramiento laríngeo y asfixia inminente. Estos desórdenes, como se comprende, variarán con el calibre más ó menos estrecho del orificio glótico. De curso rápido, y sobre todo pronunciado durante la noche en los casos de infiltración gomosa con ó sin alteración de la cavidad laríngea, la fatiga respiratoria se establecerá, por el contrario, con lentitud en las estenosis cicatriciales, pudiendo llegar á un grado considerable é incompatible con la vida, si la estrechez se produce bruscamente.

Los sífilíticos parece que se habitúan á la dieta respiratoria, pues si se practica el examen laringoscópico, sorprende la estrechez del orificio glótico y la poca fatiga respiratoria que experimenta, relativamente, el enfermo. El cornaje ocupa habitualmente los dos tiempos de la respiración; pero es siempre más pronunciado durante la inspiración, la que, á menudo difícil, produce el fenómeno conocido con el nombre de tiraje cuando la estenosis es muy acentuada.

La sofocación puede ser rápida y hasta brusca, cuando un fragmento necrosado de cartilago ó un trozo esfacelado de mucosa cae en las vías aéreas y hace el oficio de cuerpo extraño. Sin embargo, estos hechos son absolutamente excepcionales.

El aliento es fétido pocas veces, y cuando este síntoma se presenta, convendrá inquirir, ya en las fosas nasales, ya en el pulmón, si hay un foco necrósico ó gangrenoso que lo produzca.

Cuanto al dolor espontáneo, falta casi siempre, y la compresión de la laringe es apenas indolente, si los cartilagos no están atacados profundamente. La deglución, fácil con frecuencia, se ejecuta sin dolor, pero se torna, sin embargo, dolorosa cuando las lesiones inflamatorias ocupan la epiglotis ó la región posterior. En este caso puede revestir un carácter tan agudo como en la tuberculosis laringea, y dificultar ó impedir la nutrición del enfermo. El vino, el caldo y en general todos los líquidos, provocan una sensación de quemadura que repercute dolorosamente en los oídos, haciendo difícil la alimentación. Sucede asimismo que los líquidos refluyen por las fosas nasales ó se introducen en las vías aéreas, acarreado un violento acceso de tos.

Basta con lo dicho en lo referente á los trastornos de la deglución, sobre los cuales he insistido lo suficiente al describir la laringitis tuberculosa.

CURSO. — DURACIÓN. — El curso de la sífilis del órgano vocal es, de ordinario, muy largo. En efecto: si los accidentes cutáneos secundarios desaparecen con rapidez, el eritema vocal, por el contrario, persiste bastante tiempo, y suele durar la ronquera muchos meses. Las placas mucosas acostumbran á persistir y transformarse simplemente en lesiones terciarias. Las parálisis unilaterales, preferentemente, son casi indefinidas, y se modifican poco aun con un tratamiento bien dirigido, á menos que sean de reciente fecha. Asimismo se encuentran, en muchos enfermos, parálisis compensadas, pues estando paralizada una de las cuerdas vocales y en posición cadavérica ó externa, su congénere traspasa la línea media y se pone junto á ella, siempre que hay necesidad. Estas parálisis compensadas indican que la afección es ya de larga fecha.

La duración de los accidentes terciarios varía bastante, dependien-

do mucho de la intensidad, de la manifestación y de su antigüedad. Es de toda evidencia que si el enfermo consulta al principio y el diagnóstico se establece, las lesiones desaparecerán en algunos días; mas, por el contrario, si se constituye la ulceración, si el pericondrio y el cartílago son atacados, habrá necesidad de contar por meses antes que la curación se realice. En efecto: por su situación, la laringe está expuesta á numerosas causas de irritación, como el polvo, el aire, abuso de la voz, etc. He aquí otros tantos agentes que entretienen la lesión, hacen que disminuya con menos rapidez y que recidive con una tenacidad á menudo desesperante, especialmente en los fumadores. No hablaré de la deglución y de la ingestión de líquidos, que son causas puramente secundarias.

Si la enfermedad no se combate, entonces no hay que extrañarse de su duración y de su gravedad.

TERMINACIÓN. — La sífilis de la laringe, termina en el segundo período por resolución completa, no dejando ningún vestigio, ni ninguna cicatriz, porque los accidentes son puramente superficiales.

Cuanto á las sífilosis terciarias, terminan felizmente cuando se dignostican á tiempo y las alteraciones de la mucosa no son muy graves ni muy extensas; pero cuando el proceso invade las capas profundas, cuando las úlceras comprenden una extensa superficie, resultan, no la curación del mal, sino modificaciones serias de la voz, ó desórdenes respiratorios, ya porque se destruyen partes importantes para la fonación, ya por sinequias ó cicatrices viciosas, que dificultan más ó menos estas dos funciones de la laringe.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la laringitis sífilítica es muchas veces difícil. Si se reconoce fácilmente el eritema sífilítico, porque coexiste con otros accidentes; si es también sencillo diagnosticar las placas mucosas por el infarto de los ganglios, por las lesiones de la piel ó del cuero cabelludo y de la parte posterior de la garganta, hay que convenir en que no sucede lo mismo con los accidentes terciarios.

La infiltración puede dejar algunas veces dudas sobre su naturaleza exacta, y la incertidumbre cabe entre la sífilis y la tuberculosis. Habrá que acordarse de que las tumefacciones sífilíticas tienen generalmente un curso mucho más rápido que las infiltraciones tuberculosas; fuera de esto, la mucosa está muy pálida en la tuberculosis, en tanto que en la sífilis está roja, lo mismo que las partes próximas. No obstante, y á pesar de los caracteres que pueden fundarse en la rapidez del mal, en su precocidad y en la extensión de las ulceraciones, habrá que recurrir al tratamiento específico, para basar el diagnóstico de una manera lo más cierta y exacta posible.

El goma, por punto general, se distingue sin trabajo; quizá se le podría confundir con un quiste, pero los quistes son casi transparentes, más lisos, más igual su superficie, y además no se acompañan de hinchazón periférica de la mucosa, ni de los desórdenes inherentes a ella. Los gomas, además, ocupan con mucha frecuencia la epiglotis, la región interarritenoidea y los repliegues arriepiglóticos, cosa que, por el contrario, es raro observar en otros neoplasmas en dichos puntos.

Los gomas reblandecidos parecense á otras ulceraciones diatésicas, por cuya razón es difícil establecer un diagnóstico diferencial. En efecto: las lesiones terciarias se presentan muy tardíamente, al paso que, intencionadamente ó no, se ocultan con frecuencia los anamnésticos. Las ulceraciones que más se prestan á confusión son las de naturaleza tuberculosa; recuérdense los caracteres que he descrito á propósito de la tisis laríngea, y notaránse entre ellos y las ulceraciones sífilíticas algunas diferencias que servirán de mucho para distinguirlas.

No me extenderé con más amplitud sobre el diagnóstico diferencial de ambas afecciones. Me limitaré á recordar que los trastornos funcionales, y particularmente la tos, la expectoración y la disfagia, se marcan de un modo general más en la tuberculosis que en la sífilis. La decoloración de los tejidos (velo del paladar, faringe) y la difusión de las lesiones pertenecen, sobre todo, á la primera diatesis, que tiene una pronunciada preferencia por la región posterior de la laringe. Finalmente, el estado general del enfermo, el examen de los esputos ó de las partes que se extirpan de la laringe, aclararán un diagnóstico que será fácil en la mayor parte de los casos, y que, con un poco de costumbre en el uso del laringoscopio, se llega á formar casi siempre; únicamente los casos híbridos ofrecerán una dificultad real, aunque sea para un ojo ejercitado; pero felizmente son excepciones muy raras.

Entre las demás alteraciones laríngeas, con las que todavía pueden confundirse los gomas en su período de ulceración, es preciso contar el cáncer. Sin embargo, puede decirse que, al principio, existen siempre signos muy claros sobre los que fundamentar con certeza el diagnóstico diferencial.

En ambos casos compruébase una hinchazón oscura, circunscrita, que ocupa, ora una de las bandas ventriculares, ora la epiglotis. Estas regiones son entonces apenas indolentes; y excepto los casos en que el enfermo tenga expectoración sanguinolenta, el diagnóstico ofrecerá dificultad. Recuérdese, á este propósito, que la evolución de la sífilis es generalmente más rápida que la del cáncer incipiente. Me explicaré. Si se trata de la sífilis, la infiltración gomosa, ó pericóndrica, marchará hacia la ulceración, y el goma se reblandecerá con velocidad. En los tumores malignos, por el contrario, la ulceración no es tan rápida, y las cosas pueden quedar estacionarias durante seis meses, un año y

hasta dieciocho meses ó mayor tiempo todavía. Debe, pues, observarse mucho el curso de la enfermedad, ya que será uno de los mejores elementos de diagnóstico entre la sífilis y el cáncer de la laringe, al menos cuando este órgano se infiltra.

El dolor constituye también un signo de diagnóstico. Así, los sífilíticos pueden estar atacados por lesiones considerables intralaringeas sin que los enfermos se percaten de que tales alteraciones existan, por su casi completa indolencia; y eso que en el examen nos vemos á menudo sorprendidos por la extensión y profundidad de las manifestaciones que presentan.

En el cáncer, por el contrario, los enfermos acusan frecuentemente dolores espontáneos neurálgicos que se irradian á la nuca. Es cierto que este síntoma suele faltar, pero cuando existe, debe pensarse en cualquiera enfermedad menos en la sífilis. En el cáncer hay también pequeñas hemorragias espontáneas, que nunca se presentan en la sífilis.

En el período de tumor, el diagnóstico es fácil, porque entonces vemos que se trata de un neoplasma maligno y no de un sífiloma. El mamelonamiento del cáncer jamás hemos de confundirle con una ulceración fungosa de naturaleza sífilítica, pues el relieve globuloso es menos considerable en estos casos, y los brotes muy pálidos y con aspecto muriforme; además, el tumor carcinomatoso sangra con mayor facilidad y está rodeado por una zona inflamatoria é infiltrada que no se encuentra en tanto grado en la sífilis. Finalmente, el tratamiento resolverá los casos dudosos; pero en lo relativo á esto, es bueno saber que el tumor carcinomatoso puede retroceder al principiar el tratamiento antisifilítico, para permanecer después estacionario y no variar en algún tiempo. El Dr. Fauvel y su discípulo Blanc señalaron tiempo há este hecho que, á mi juicio, convendrá recordar oportunamente.

El examen microscópico de una partícula del tumor nos fijará el diagnóstico, si revela la naturaleza maligna del neoplasma; mas conviene advertir que el resultado negativo suministrado por el microscopio no debe, en primer término, hacernos rechazar la idea de un tumor carcinomatoso, pues una segunda investigación histológica de otro trozo del neoplasma podrá revelarnos su malignidad. Ocurre algunas veces que no se puede establecer la naturaleza de la producción morbosa, sino mediante muchos exámenes microscópicos.

El lupus presenta caracteres bastante claros, sobre los que ya he llamado la atención. Las úlceras sífilíticas, cortadas á pico, son rojas, mientras son rosadas y pálidas en la escrófula. Las ulceraciones sífilíticas antiguas están recubiertas por un tejido fibroso liso y nacarado. En ambos casos compruébanse adherencias fibrosas en el velo del paladar ó en la pared faríngea; pero la mayor parte de estas adherencias se refieren á la sífilis tardía, porque en la escrófula las partes

están más roídas, destruídas y recubiertas por pequeños mamelones carnosos esclerosados.

En cuanto á la lepra, independientemente de los síntomas cutáneos, presenta caracteres muy claros, puestos admirablemente de relieve por el Dr. D. Ramón de la Sota y Lastra, quien ha estudiado, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, la lepra, la sífilis y el cáncer. Tales caracteres no permiten la menor confusión. Por último, si todavía se abrigase alguna duda, podemos, como último recurso, apelar al examen microscópico.

Pronóstico. — El pronóstico de la sífilis laríngea dista mucho de ser siempre tan benigno como el de la sífilis de los demás órganos, puesto que en el período secundario los accidentes llegan á ser hasta graves. Si el eritema no presenta serios inconvenientes, puede en cambio sobrevenir algunas veces en este período la hiperplasia seguida de accidentes que hagan necesaria la traqueotomía. El Dr. Massón, en su tesis inaugural, estudió con cuidado los edemas de la laringe durante el período secundario de la sífilis. Sin necesidad de que insista en este asunto, constituyen un elemento que entenebrece mucho el pronóstico.

En el período secundario pueden presentarse accidentes paralíticos que pongan en peligro la vida del enfermo y obliguen á intervenir quirúrgicamente. En este último caso, el examen laringoscópico será muy ventajoso, porque permite diagnosticar la parálisis é indicar el punto en que habrá de recaer la traqueotomía.

En el período terciario, los accidentes son mucho más graves todavía, pues avanzan tanto las lesiones, que cuando el enfermo reclama asistencia, es ya tarde para remediarlos. Así, en los enfermos atacados de necrosis de los cartílagos de la laringe, existirá un hundimiento del órgano vocal, contra el que todo remedio resultará impotente, y hágase lo que se haga, estará el enfermo expuesto á una muerte cierta. Es fácil comprender cuánta gravedad entraña el pronóstico cuando no se ha diagnosticado á tiempo. Sin embargo, puede decirse que los casos en que el pronóstico es fatal en absoluto, son, por regla general, relativamente raros. Al efecto, pueden detenerse las ulceraciones más destructoras, interviniendo oportunamente, si bien con gran pérdida de sustancia y una verdadera deformidad local.

Gracias á la traqueotomía, se previenen los mayores peligros de sofocación, cuando hay necrosis de los cartílagos ó ulceraciones muy extensas de las cuerdas vocales. Sin embargo sucederá con bastante frecuencia que estará el órgano vocal completamente perdido, así como necesitará el enfermo conservar su cánula indefinidamente.

Krishaber ha hecho notar, además, que el pronóstico era tanto más

desfavorable, cuanto la sífilis estaba más cerca de los bronquios. Se han señalado también (Türck) casos en que la muerte se produjo consecutivamente á una hemorragia por ulceración profunda y extensa de las cuerdas vocales, lo que puede considerarse como absolutamente excepcional.

¿Necesito hacer resaltar los inconvenientes, lo mismo que los peligros, resultantes de las cicatrices viciosas (adherencia de las cuerdas, inmovilidad de las articulaciones, etc.), de las estrecheces que pueden sobrevenir y agravar una situación que parecía favorable? La curación es, en algunos casos graves, una verdadera complicación, por las reliquias patológicas que deja tras sí.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de la sífilis laríngea no difiere del de la sífilis de los demás órganos; es preciso dirigirse al estado general á la vez que al local.

Algunos autores preconizan exclusivamente el mercurio, mientras otros creen más en la eficacia del iodo. Por mi propia cuenta, aconsejo prescribir el mercurio, aun en el periodo terciario, y esto porque el iodo suele obrar de un modo más eficaz. El primero de estos agentes, en efecto, atrae, por decirlo así, al segundo. Tiene también la ventaja de impedir las determinaciones iódicas y de evitar las congestiones producidas por el iodo, que en algunos enfermos susceptibles ocasiona una verdadera irritación de la mucosa, acompañada de hinchazón, cuyo resultado es aumentar la asfixia, en lugar de evitarla. He aquí por qué se debe hacer tomar mercurio á los enfermos, tanto cuanto sea posible. Habitualmente se emplea en fricciones en el periodo terciario, teniendo cuidado de prescribir, al mismo tiempo, clorato de potasa al interior, y de vigilar atentamente la boca y las encías del enfermo.

Un poco más tarde se prescribe el ioduro de potasio, vigilando también el efecto, á fin de saber cómo lo soporta el enfermo, y recordando que basta muchas veces una medicación mal dirigida para producir accidentes. En mi práctica particular, tengo la costumbre de administrar á los enfermos un jarabe iodurado, según la fórmula de Ricord con lo que me va muy bien, pues los enfermos soportan mejor este tratamiento que el simple jarabe de Gibert. He aquí la fórmula empleada por el malogrado práctico:

Ioduro de mercurio.	0,15 gramos.
Ioduro de potasio.	15 á 20 —
Agua ó jarabe de cortezas de naranjas amargas. .	300 —

Dos cucharadas grandes al día, en leche ó en una infusión amarga.

Gottstein estima que el tratamiento por el iodo tiene, en las formas graves, una acción mucho más rápida que el mercurio. También lo prescribe en los casos urgentes; prefiere la solución á las píldoras,

cuando hay ulceraciones de la laringe, porque las píldoras se tragan entonces difícilmente. Una vez conjurado todo peligro, aconseja instituir simultáneamente un tratamiento mercurial, recomendando preferentemente las fricciones.

Debo indicar también las inyecciones subcutáneas de sublimado corrosivo, vivamente preconizadas por Lewin á la dosis de 0,02 á 0,25 gramos, que se puede repetir al cabo de cuatro á ocho horas, según la gravedad de los casos, hasta la desaparición del peligro mortal. Si no importa el esperar, se administrará á la dosis de 0,01 á 0,12 gramos, hasta que hayan desaparecido todos los fenómenos sífilíticos. Estas elevadas dosis de mercurio pueden provocar fenómenos tóxicos; sin embargo, Lewin asegura no haber visto nunca sobrevenir accidentes mortales ni enfermedades consecutivas. En fin, lo que importa considerar es que, en 26.000 enfermos sífilíticos de la «Real Caridad», de Berlín, ninguno murió de estenosis laríngea. El Dr. Mauriac prefiere igualmente la medicación iodurada, la cual, dice, debe sobrepasar al tratamiento mercurial en los casos en que el iodo no está contraindicado por los fenómenos congestivos que algunas veces determina.

Cuanto al tratamiento local, su eficacia se subordina á la del tratamiento general; esto no obstante, puede acelerar la curación. En el período secundario, se practicarán toques con el nitrato ácido de mercurio, ya al 1 por 50, bien al 1 por 30; también servirá una solución iodo-iodurada, ó bien una solución de nitrato de plata.

Estos mismos medicamentos serán asimismo útiles en el período terciario, si la estenosis no provoca ni cornaje ni los demás síntomas de estenosis, pues si existen accidentes de este último género, deben proibirse los toques de toda especie, á menos que se trate de enfermos que tengan una laringe perfectamente elucada y que gocen de una gran tolerancia. En el período terciario de la sífilis de la laringe, se harán toques con soluciones iodadas, con tintura de iodo pura, con nitrato de plata en solución, pero en ningún caso deberemos descuidar la más exquisita prudencia. Algunas veces, cuando las lesiones son extralaringeas, emplearemos con éxito el ácido crómico según el procedimiento de Hering. El tratamiento tópico no será útil en la infiltración, ó en los gomos no reblandecidos. Se combatirán ventajosamente las úlceras por los embadurnamientos con soluciones de ioduro de potasio ó de ácido fénico, en la proporción de 0,01 hasta 0,12 por 10 de glicerina. Demarquay, Schnitzler, Waldenburg y otros autores, recomiendan con energía las inhalaciones de sublimado en la forma siguiente:

Bicloruro de mercurio corrosivo.....	0,20 gramos.
Espíritu de vino rectificado.....	50 —
Agua destilada.....	200 —

Inhalar dos ó tres veces cada día, desde la décima hasta la quinta parte.

Las ú'ceras pueden dejar cicatrices y puntos membranosos que determinan estenosis inflamatorias. Encontrándose con bastante frecuencia esta estenosis en las afecciones sifilíticas de la laringe, y siendo, por otra parte, contencioso un tratamiento especial, creo llegado el momento oportuno de hablar del tratamiento que es conveniente dirigir contra ella.

Cuando hay que obrar sobre *puntos membranosos*, se seccionarán éstos con el cuchillo de hoja oculta de Whistler, ó con el galvanocauterio. Recuérdese únicamente que no es preciso limitarse a seccionar las bridas fibrosas, porque no tardarían en soldarse de nuevo; precisa practicar la dilatación de la laringe, cuyo orificio tiende a estrecharse gradualmente.

El tratamiento de las estenosis laríngeas no tiene partidarios en Francia; parece haber sido practicada por el Dr. Petel, quien encargó hacer sobre esta materia una Tesis inaugural á su discípulo el Dr. Malfilâtre. En el extranjero, dos autores han practicado especialmente la dilatación de la laringe: los Dres. Trendelenburg y Schrötter. Este último es quien en realidad ha honrado el tratamiento de la estenosis laríngea por dilatación. Procede de dos maneras diferentes, según se ha practicado, ó no, previamente la traqueotomía: en el primer caso, se sirve de conos macizos, y por el contrario, en el segundo emplea cilindros huecos.

Este entubamiento de la laringe no es de invención extranjera, como pudiera creerse desde luego, pues ya en 1859 lo preconizó el doctor Bouchut para reemplazar á la traqueotomía en el crup, no obteniendo su proposición una favorable acogida. Acababa Trousseau de recomendar la traqueotomía y, muy entusiasmado por su procedimiento, hizo una oposición sistemática á Bouchut, quien sucumbió á los ataques de su formidable adversario. La cuestión del entubamiento de la laringe, como lo aclararé más adelante, acaban de repetirla los americanos. Sabido es que ha encontrado muy recientemente, en la personalidad del Dr. O'Dwyer, un adepto muy convencido, hasta el punto que tiende, acaso un poco demasiado, á generalizar su empleo. Si hemos de creer sus estadísticas, esta práctica ha dado resultados favorables en buen número de casos; pero no vamos á discutir ahora el valor de este procedimiento en el crup, pues el método de entubamiento de Schrötter mantiene indicaciones muy distintas á las del de Bouchut, con el cual ofrece, sin embargo, alguna semejanza. De este modo, he tenido el gusto de indicar el origen francés del mencionado método terapéutico de las estenosis laríngeas, sean ó no diftéricas.

La dilatación de la laringe, dada la perfección de los instrumentos hoy día usados, se hace con mucha comodidad. Preferentemente me propongo hablar del entubamiento con los conos macizos.

Consiste este procedimiento en introducir un pequeño cilindro en la abertura de la hendidura glótica.

Si el entubamiento se practica en un sujeto traqueotomizado, una vez introducido el tubo, se le hace penetrar en una pequeña abertura situada en la parte superior de la cánula traqueal (cánula de doble corriente), y se inmoviliza el cilindro en la laringe, mediante una pequeña pinza provista de un tornillo de presión. Cuando se opera en un enfermo tolerante, empléanse conos gradualmente gruesos. Al principio, no se dejan colocados los cilindros más de algunos minutos tan sólo, y más tarde, durante algunas horas. Algunas veces se puede también, según Schrötter, dejarlos un día entero. En la actualidad, la introducción y la tolerancia de estos dilatadores se facilitan considerablemente, por medio de la cocaína, que debe usarse siempre para anestesiar la mucosa antes de introducir los dilatadores.

El tratamiento de la estenosis laríngea por la dilatación ha dado muy buenos resultados, particularmente en los enfermos que forzosamente tienen que retirar la cánula. Mediante aquélla, ha podido llegarse á suprimir en absoluto la segunda y hasta hacer uso el enfermo de la voz. Á mi juicio, merece vulgarizarse este tratamiento. En Francia, limitanse, por desgracia, al tratamiento paliativo, y considero esta práctica como muy defectuosa, porque condena al paciente á respirar siempre por la cánula, y, por consiguiente, á llevar una existencia penosa y á menudo desgraciada. Así es que, en un enfermo indócil, en vez de los tubos de Schötter, hice la dilatación, sirviéndome simplemente de sondas, género Béniqué, á las cuales hice dar la curvatura laríngea. Como se ve, por mi propia cuenta practiqué la dilatación, modificando un poco el procedimiento instrumental. Por medio de estas sondas, puede el enfermo dilatar por sí mismo y vencer su estenosis laríngea, absolutamente lo mismo que en algunas estrecheces de la uretra. Si la logramos hacer desaparecer, podremos suprimir la cánula y evitar, como se ha visto en ciertos casos, la formación de vegetaciones en el contorno del orificio de la herida traqueal. Estas vegetaciones, raras en verdad, suelen determinar accidentes graves, según lo ha demostrado el Dr. Petel en una comunicación dirigida al Congreso de Rouen.

La dilatación de la laringe, de nuevo preconizada por el Dr. Hering en el Congreso de Londres, ha sido modificada por este autor de la manera siguiente: en lugar de hacer pasar el tubo dilatador por la vía bucal para introducirlo en seguida en la laringe, sigue el Dr. Hering la marcha inversa y hace la dilatación de abajo arriba, introduciendo el tubo por la tráquea. Practicó el entubamiento de la laringe en enfermos completamente estenosados, y pudo de este modo evitar la traqueotomía. Por muy sorprendente que sea la cosa, es, sin embargo, posible; pero carezco de experiencia personal en este sentido.

El entubamiento de la laringe ofrece algunos inconvenientes indicados por Hering, quien recomienda mucha suavidad en las maniobras, lo que, por lo demás, se comprende. El punto capital estriba en no producir inflamación secundaria que pudiera interrumpir el tratamiento y provocar la pericondritis. Obrar dulce y gradualmente, son las dos recomendaciones principales sobre las que se debe insistir, cuando la dilatación se practica con tubos huecos. Es preciso saber también que, después de quitar el tubo, puede producirse estenosis laríngea por aproximación de los labios del orificio glótico.

Hanse recomendado como agentes dilatadores, los tallos de lamina-ria; pero tienen el inconveniente, al reblandecerse, de pegarse á la mucosa por su superficie externa y provocar inflamación. Este procedimiento no es realmente conveniente.

No debo terminar lo referente al tratamiento de la sífilis laríngea sin hablar de la traqueotomía, muchas veces practicada en los casos de este género. En efecto: á pesar de todas las tentativas, y á pesar de un tratamiento apropiado, no siempre es posible evitar la estrechez del orificio glótico; forzoso será entonces recurrir al tratamiento quirúrgico. Si hay que traqueotomizar, creo un deber recomendar que la incisión recaiga en el espacio inter-crico-tiroideo. La membrana crico-tiroidea está situada casi inmediatamente por debajo de la piel, y las dificultades operatorias, por tanto, son muy pequeñas. Esta es una ventaja que algunas veces no se aprecia en todo su valor. Si el cricoides no está necrosado, y, por otra parte, el espacio inter-crico-tiroideo no es bastante ancho para permitir introducir con facilidad la cánula, deberemos incidir sin temor este cartilago. En efecto: se ha temido ver sobrevenir trastornos vocales después de la sección del cricoides, fundándose en ejemplos que se creía auténticos. Pero la verdad es que, si se han observado trastornos vocales consecutivos á la sección del cricoides, es porque la voz estaba alterada antes de la intervención operatoria. Y de esto, puedo citar un ejemplo muy notable: refiérese á un enfermo atacado de estrechez sífilítica de la laringe, el cual lo envié á mi colega, el profesor agregado Dr. Boursier, quien lo operó, algunos años há, en el hospital, cuando estaba encargado del servicio de clínica quirúrgica de la Facultad. En este enfermo, posteriormente á una traqueotomía inter-crico-tiroidea, habíamos observado siempre desórdenes vocales; pero correspondían siempre á determinaciones agudas que se producían en la mucosa vocal, desapareciendo en seguida. Actualmente la laringe está dilatada, la cánula suprimida y las funciones vocales completamente restablecidas. No puedo menos, pues, de recomendar la traqueotomía inter-crico-tiroidea, que ofrece la doble ventaja de ser mucho más fácil, y que, en segundo lugar, á causa de la situación más elevada de la cánula, permite cómodamente la dilatación por la vía bucal.

Sin embargo, si la estenosis ocupa la parte inferior de la laringe (región glótica ó subglótica), convendrá colocar la cánula por debajo del primero ó segundo anillo de la tráquea, ante el temor de que esta última, colocada muy arriba, impida la dilatación. He aquí una nota que ha corroborado el Dr. Charazac (de Toulouse), á propósito de un enfermo operado, en el que la dilatación fué difícil y larga, precisamente por la situación elevada de la cánula (espacio crico-tiroideo), que impedía la introducción del dilatador en el espacio estrechado.

Tales son los diferentes medios terapéuticos de que podemos disponer en una afección que ataca al órgano vocal en períodos tan diferentes de su evolución, y que se manifiesta por lesiones tan variadas.

[Además del tratamiento general recomendado por el autor, conviene emplear al mismo tiempo otro local.

En la sífilis secundaria, producen excelentes resultados las pulverizaciones de licor de Van Swieten. Deben hacerse dos veces al día, empleando en cada sesión de 10 á 20 gramos de líquido.

Las placas mucosas ceden, sin embargo, bastante bien á los toques endo-laríngeos con glicerina iodo-iodurada, en concentración adecuada á la tolerancia individual. Schnitzler la emplea al 5 por 100 al principio, y llega rápidamente á elevar la dosis hasta el 20 por 100.

Schrötter, por el contrario, es partidario de las soluciones argénticas concentradas.

Indistintamente empleo las dos en mis enfermos, y con ambas consigo el efecto que se persigue.

También en las manifestaciones terciarias, sobre todo en las ulceraciones gomosas, es altamente beneficioso el nitrato de plata, pero á condición de usarlo, como Schrötter, en forma sólida. En cambio, Chiari prefiere los toques con iodo puro.

El Dr. Ch. Mauriac administra simultáneamente, en el tratamiento general, el mercurio y el yoduro.

En ocasiones parece ser que obra el segundo con más prontitud que el primero, pero hay que dar de una vez dosis altas como 3 ó 4 gramos, ó llegar hasta ocho al día. Al mismo tiempo conviene prescribir los tónicos, como el hierro y la quinina.

Indicaciones y contraindicaciones del yoduro. — Actúa con más energía y rapidez, activando la cicatrización de las úlceras, pero suele favorecer la formación de estenosis cicatriciales.

En las estenosis agudas y en las parálisis bilaterales de los dilatadores, no será oportuna su administración, porque se aumentaría la congestión existente y la estenosis, toda vez que su principal acción electiva es la de congestionar rápidamente la mucosa faringo-laríngea, así como la óculo-nasal.

Semejantes circunstancias hacen que renunciemos muchas veces á su empleo. Mas, por fortuna, tales casos no son frecuentes, y, por lo tanto, la contraindicación formal no es tampoco muy común.

Las fórmulas á que suelo dar preferencia son, al interior:

Bioduro de mercurio.....	0,10 gramos.
Ioduro de potasio.....	5 —
Jarabe de quina.....	300 —

Para tomar dos ó tres cucharadas de las de sopa al día, en una taza de infusión de tila, aromatizada con agua de azahar.

Y embrocaciones con:

Extracto tebaico.....	0,10 gramos.
Iodo metálico.....	1 —
Ioduro potásico.....	1 —
Glicerina.....	30 —

ó con disolución argéntica al 1 por 20 ó al $\frac{1}{3}$; ó de nitrato ácido de mercurio al 1 por 100, ó de cloruro de zinc al 2 ó 3 por 100; ó de ácido crómico al 1 por 5.

Contra las parálisis laríngeas de origen sífilítico, además del tratamiento general mediante las fricciones mercuriales y la fórmula antes citada, recomiendo la electrización externa (aplicando los polos á ambos lados del cuello), ó la interna. Esta última se practica de dos maneras: ora introduciendo un solo polo en la laringe y el otro sobre la mano del enfermo, bien sirviéndonos de un reóforo doble, que lleve ambos polos al interior del órgano fonético.

Se completará la curación, en el período de la convalecencia, mediante una gimnasia vocal apropiada. — DR. COMPAIRED.

Lepra de la laringe.

Sumario. — La lepra es bastante rara en Francia; sus manifestaciones laringeas hanse estudiado poco. — Comprenden tres periodos; descripción de las principales lesiones. — Desórdenes funcionales. Van según el sitio y la extensión de las lesiones. — Anatomía patológica. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La lepra es una afección bastante rara en Francia; se la encuentra más comúnmente en otros países, y en particular en las leproserías de Sevilla, Madera, San Remo, Molde, Bergen, y principalmente en Trondjheim, que contiene 150 leprosos en la aldea de Reitgjerdel, donde se encuentra el hospital.

Á los Dres. Schrötter, Elsberg, Masini, Thin, Ramón de la Sota, y más recientemente á Morell-Mackenzie (1888), debemos los conocimientos que poseemos sobre la lepra del órgano vocal.

La lepra de la laringe no es más que un fenómeno parcial de la lepra general, y reconoce las mismas causas. Su naturaleza parasitaria se encuentra en el día fuera de toda controversia. Parece ser relativamente frecuente, porque, según Virchow, aun en la Edad Media, la *vox rauca* se tomaba en mucha consideración por los médicos, para que tuviesen como leproso á todo individuo con dispnea y ronquera. Es cierto que, en aquella época, semejante aserción producía numerosos errores, pero esto basta para demostrarnos que las manifestaciones leprosas de la laringe eran ya conocidas en el período medioeval.

SÍNTOMAS. — La lepra se manifiesta en la laringe de diferentes maneras.

El Dr. Wolff ha comprobado en un caso, catarro crónico con hipertrofia de la mucosa laringe y tumefacción simultánea de las cuerdas vocales y de la región interaritenoides.

Existía, además, una vascularización muy pronunciada, con coloración amarillo-rojiza en las diversas partes del órgano vocal. Á más,

notábanse pequeños tumores papilares diseminados en diversos puntos de la mucosa.

El laringoscopio reveló, finalmente, cierto grado de paresia muscular con fatiga en la fonación y en la respiración. Gibb ha indicado pérdidas de sustancia en la epiglótis y en las cuerdas. Schrötter comprobó tubérculos aislados, como pudo observarse algún tiempo há, en un enfermo del servicio del profesor Dr. Vergely, en el Hospital de San Andrés de esta ciudad, enfermo que pude examinar.

Elsberg vió un caso en que había tumefacción de la epiglótis con masas tuberculosas; unas excrecencias muy pequeñas ocupaban los pliegues ariepiglóticos.

Yo mismo, en 1879, examiné, en el servicio del Dr. Besnier, un enfermo con tumefacción de la epiglótis, de forma redondeada, tumefacta y vellosa, pareciéndose este opérculo á la cáscara exterior de una castaña, con todos los relieves que le da el aspecto erizado que todo el mundo conoce.

Existen síntomas laringoscópicos bastante variados, al menos en la apariencia; pero, como dijo muy bien el Dr. Masini, estas diferencias coinciden con periodos diferentes de la enfermedad. En efecto: púédense asignar á la lepra tres periodos distintos: 1.º, período de eritema caracterizado por rubicundez; 2.º, período de infiltración (hinchazón inflamatoria con ó sin depósito de tubérculos aislados), y 3.º, período de ulceración ó de necrosis, parecido á los casos de Gibb y de Mackenzie.

En resumen: puede decirse que, al principio, la mucosa de la laringe está cubierta de pequeñas nudosidades, parecidas, según Virchow, á las papilas sifilíticas.

Estas nudosidades están diseminadas algunas veces; pero pueden faltar en ciertos casos ó, por el contrario, agruparse tan intimamente, que la mucosa parezca como infiltrada, con espesor considerable de las partes. Si las nudosidades se ulceran, lo que es muy frecuente, síguense perforaciones cartilagosas, y las úlceras dan lugar á su vez á la estenosis. Las ulceraciones se presentan más ó menos redondas, si bien sus bordes son chatos é indurados.

En ocasiones, la epiglótis y la región posterior aritenoidea son las únicas atacadas; otras, se encuentra enfermo el mismo interior del órgano y, en estos casos, se halla muy comprometida la respiración. El opérculo glótico puede desaparecer ó adherirse con la base de la lengua, y, finalmente, los ataques de edema agudo no son, al decir del Dr. Kaurin, de Molde (citado por Morell - Mackenzie), tan raros como pudiera suponerse, por lo cual, cuando esto ocurre, sucumben los enfermos con rapidez á los progresos de la asfixia. Es temible semejante accidente, sobre todo en el tercer período.

Concluiré la descripción de las lesiones leprosas, añadiendo que, la mayor parte de las veces, la úvula, el velo palatino y frecuentemente la faringe, están más ó menos atacadas de infiltración ó de ulceración. Las fosas nasales, notablemente estrechadas por la coartación de las ventanas de la nariz, ó por las lesiones de la pituitaria, completan el cuadro del leproso en el período confirmado de su mal.

Los stutomas funcionales varían según las partes atacadas. Si la epiglottis es la que padece, la sensibilidad estará disminuída y hasta abolida. Al principio, sin embargo, sucederá que se mantiene íntegra la sensibilidad laríngea. Si las lesiones recaen en las bandas ventriculares ó en los repliegues ariepiglóticos, obsérvanse los desórdenes correspondientes á esta lesión. Igualmente la fatiga respiratoria será el obligado corolario de la tumefacción de la región glótica, de la hinchazón edematosa de los repliegues ariepiglóticos ó de la estenosis inflamatoria causada por la lesión.

Según las investigaciones de Morell-Mackenzie, las modificaciones vocales aparecen diez ú once años antes del principio de la lepra. La voz, generalmente normal en los comienzos, no tarda en volverse ronca, después gangosa por lesión del velo palatino ó de las fosas nasales; más tarde, ahogada, y hasta extinguida por completo en el último período de la enfermedad. La tos es nula, porque la secreción laríngea está más bien disminuída que aumentada, á causa de haber desaparecido el tejido glandular. Los síntomas funcionales son, pues, muy poco pronunciados, y no es en su aparición en lo que convendrá basarse para saber si la mucosa laríngea está atacada, ó si está sana todavía.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.— La anatomía patológica es la misma que la de la lepra en general, como resulta de los estudios completos que Virchow ha hecho en esta materia.

Las nudosidades encierran numerosas células de tejido conjuntivo íntimamente unidas, que contienen entre sí nudos libres. Nudos y células que se agrupan alrededor de los vasos sanguíneos y de las glándulas mucosas. La hinchazón de la mucosa resulta de la infiltración del tejido por los elementos leprosos, del edema y de la hiperplasia del tejido conjuntivo. El epitelio está generalmente sano, excepto en los puntos ulcerados, y el cartílago casi siempre normal. El punto capital, demostrado por los Dres. Massei y Thin, es la presencia de células redondas, análogas á los glóbulos sanguíneos y que contienen de uno á muchos bacilos de la lepra. El tejido glandular desaparece en gran parte.

DIAGNÓSTICO.— Es, por punto general, muy fácil, por la razón sencilla de que la lepra de la laringe va siempre precedida de mani-

festaciones cutáneas. Virchow pretende, no obstante, que puede existir cierta semejanza entre las alteraciones laríngeas de la lepra y las de la sífilis, así como del lupus; pero creo haber insistido suficientemente acerca del diagnóstico diferencial en los capítulos anteriores.

PRONÓSTICO. — El pronóstico de la lepra varía, pero siempre es grave. En efecto: siendo la lepra una afección esencialmente crónica, tiene tendencia á persistir en los puntos en que se desarrolla; mas, sin embargo, no determina ningún accidente serio que comprometa la vida del enfermo. Las cosas cambian de aspecto, por el contrario, si se acompaña de tumefacción y ocupa el orificio glótico, porque el enfermo está amenazado de asfixia y se impone emplear la traqueotomía.

TRATAMIENTO. — Cuanto al tratamiento, es muy difícil consignarlo, pues ocurre frecuentemente que es infructuoso. El mejor tratamiento consiste en cuidados higiénicos y profilácticos. Localmente pueden hacerse toques con ácido láctico; al interior se administra el ietiol ó los diversos medicamentos que contra esta terrible enfermedad se preconizan, pero sin mucha esperanza de éxito. En todos los casos debe pensarse en oponerse á las complicaciones que pudieran sobrevenir y prepararse á practicar la traqueotomía si hubiera amenaza de sofocación.

[No tengo experiencia personal respecto de la lepra de la laringe, Pero aunque así fuera, nada mejor, para conocer bien tal enfermedad, que leer el concienzudo trabajo del profesor D. Ramón de la Sota y Lastra, de Sevilla, modelo en su clase, cuyo artículo fué expresamente escrito por él, á petición del Dr. Charles H. Burnett, de Filadelfia, para una obra titulada *Sistema de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del oído, nariz y garganta*, publicación que preparaba la casa F. B. Lippincott y C.^ª, bajo la dirección del Dr. Burnett. Lo entiendo así, y al efecto creo preferible trasladarlo íntegro, á hacer un resumen que, sobre no reflejar con claridad las opiniones y resultados clínicos del autor, le haría desmerecer en el concepto literario.

«Laringitis leprosa (1)

DEFINICIÓN. — Las alteraciones que se presentan en la laringe á consecuencia de la infiltración de ésta por la materia tsarática, constituyen la laringitis leprosa.

(1) Publicado este trabajo en los "Arch. intern. de Rinol., Laring., Otol.," etc. (Octubre de 1892).

FRECUENCIA.— Siendo estas alteraciones propias del desenvolvimiento natural del proceso leproso, no se encuentran más que unidas á otras manifestaciones del mismo, las cuales siempre son anteriores al padecimiento laríngeo. Éste corresponde, verdaderamente, al segundo período de la enfermedad, y como nunca falta, puede decirse que la laringitis leprosa se observa con la misma frecuencia casi que la enfermedad á que debe su origen.

Si se piensa en que las lesiones leprosas de la laringe existen siempre, y en que su importancia es tan grande ó mayor que la que tienen los desórdenes que la lepra determina en otras partes del organismo humano, no se concibe la poca atención que han merecido á la mayor parte de los dermatólogos y á muchos laringólogos. Aprovechando todo cuanto útil he encontrado para mi objeto en las obras clásicas de Dermatología y de Laringología, en monografías y en revistas, voy á escribir este artículo, fundándome especialmente en mis propias investigaciones, pues, por desgracia del país en que vivo, la lepra es en él endémica, y, por fortuna, cuenta Sevilla con una de las más antiguas leproserías de Europa, perfectamente situada, y correctamente llevada por las Hermanas de la Caridad. Así, con mayor razón que Sir Morell-Mackenzie (1) al hablar de esta misma leprosería, puedo decir: *My observations, whatever they may otherwise be worth, have at least this merit, that they are based on a larger and more varied clinical material than any of my predecessors has had to deal with.*

En la lepra, como en el lupus, no puede darse el estudio del mal limitado á la laringe, pues coincidiendo con lesiones de las regiones inmediatas, que muchas veces por extensión han alcanzado al órgano de la voz, por necesidad hay que describirlas con esmero si se quiere que el cuadro resulte completo. Así, pues, mi trabajo ha de versar sobre la lepra de la garganta, comprendiendo boca y nariz, faringe y laringe.

ETIOLOGÍA.— Entre las causas predisponentes de la lepra se citan la raza blanca, la herencia, el sexo masculino, la residencia en las costas del mar y en las orillas de los ríos, el terreno húmedo y pantanoso, la alimentación mala ó insuficiente, la suciedad, la habitación baja, estrecha y lóbrega, la miseria, la falta de higiene, las enfermedades anteriores y la cohabitación con leprosos.

La raza blanca, incluida por Profeta (2) entre las causas predispo-

(1) Morell-Mackenzie: "A Rapport upon Leprosy in Europe (particularly as it affects the air-passages).", — "The Journal of Laryngology and Rhinology.", volumen I, pág. 359.

(2) "Sulla etiologia é patogenesi della lepra.", — "Giornale Italiano delle Malattie Veneree ó de la Pelle.", 1889, pág. 447.

nentes de la lepra, dista mucho de ser la más castigada por tan terrible enfermedad. La prueba de mi aserto se tiene echando una mirada sobre la carta que representa la distribución geográfica de la lepra en el mundo, con que se termina la magnífica monografía que acerca de este mal publicó en 1886 el Dr. Leloir (1). Allí se ve que el chino amarillo, el abisinio cobrizo, el guineo negro y el mejicano rojo son tan propensos al padecimiento leproso, como el noruego y el español blancos. Yo puedo decir que en Méjico vi más lacerados entre la raza indígena que en los de origen europeo, y en la leprosería de la Habana, el año 1860, había más acogidos de la raza negra que de la blanca (2).

La herencia se considera, por muchos, la verdadera causa de la lepra, y se citan familias en que todos los individuos son leprosos; otras en las que lo son los más, aquéllas el padre y algunos hijos, éstas la madre y un hijo, varias en que la herencia no se descubre en la línea directa, sino en la colateral.

Hubo un tiempo en que yo también pensaba del mismo modo, quizá sugestionado por la lectura de obras tan notables como la de Danielssen y Boeck (3), la del Sr. Méndez Álvaro (4), la del Dr. Hernando (5), y por algunos casos que se me habían presentado pertenecientes a familias en que había varios leprosos. Hoy, con más lectura, con más práctica, teniendo presente el descubrimiento del *bacillus lepræ*, y habiendo meditado más sobre el asunto, no creo que el mal de San Lázaro se transmita por herencia. En dos motivos me fundo especialmente. Primero: muchos leprosos pertenecen á familias libres siempre de este mal.

Danielssen y Boeck, precisamente en la observación de la lepra familiar se fundan para declarar hereditaria la enfermedad. De los elefantíasicos acogidos en el Hospital de San Jorge, de Bergen, entre 145 tuberculosos, 127 tenían parientes leprosos; entre 68 anestésicos, 58 los tenían también. El Dr. Méndez Álvaro, en la estadística de diez provincias de España, correspondiente á los años 1851 y 1852, consigna 284 enfermos con ascendientes leprosos, 23 con hermanos y 8 con pri-

(1) "Traité pratique et théorique de la lèpre," Paris, 1886.

(2) El sentimiento general de los habitantes de la isla de Cuba es que la raza negra tiene una propensión especial á padecer la lepra; y tan firme es su creencia, que los negros son los que, con sus limosnas, contribuyen principalmente al sostenimiento del hospital; y á estas limosnas, que supieron utilizar debidamente el virtuoso y sabio administrador D. Manuel Gómez Marañón, y su sucesor, el no menos virtuoso y sabio D. Marcelino Cajigal, se debió la construcción de la mejor leprosería del mundo.

(3) "Traité de la Spedalskhed ou éléphantiasis des grecs," trad. par L. A. Cosson, Paris, 1848.

(4) "La lepra en España á mediados del siglo XIX. Su etiología y profilaxia," — Memorias de la Real Academia de Medicina de Madrid, tomo II, parte primera, página 230 y 252.

(5) "De la lepra en Granada," 1851.

mos lazarinós. Hernando, en su valiosa obra, trae, en prueba de la herencia, la estadística de cuatro cursos, que componen un total de 137 enfermos tuberculosos, anestésicos y de la forma mixta; de ellos tenían antecedentes hereditarios 74, carecían de éstos 57, y 5 no supieron informar con seguridad sobre este punto.

En contraposición de estos números, se puede presentar el siguiente cuadro estadístico de Leloir:

	Enfermos.	Con antecedentes leprosos.	Sin antecedentes leprosos.
Leprosia de Nornega.....	57	33	24
— de Italia.....	11	8	3
— de América.....	28	6	22
— contraída viajando.....	11	7	11
TOTAL.....	107	47	60

Y aunque de número más reducido, de valor más subido, respecto á esta cuestión, es mi estadística, á pesar de limitarse á los leprosos que tenían ya alguna manifestación morbosa en sus gargantas:

	Enfermos.	Con antecedentes leprosos.	Sin antecedentes leprosos.	Dudosos.
En mi consulta particular...	9	1	6	2
En la policlínica.....	10	1	9	"
En el hospital.....	13	3	10	"
TOTAL.....	32	5	25	2

Resulta, pues, que un gran número de leprosos no han podido adquirir por herencia la enfermedad; luego otra es la causa del padecimiento. El número respetable de enfermos con parientes leprosos se explica bien sin necesidad de pensar en la transmisión por herencia, á la cual se opone también el hecho de haber enfermado, en algunos casos, primero los hijos y luego los padres. El mismo género de vida, la misma morada, la misma alimentación, y hasta las mismas pasiones suelen tener los individuos de una familia, y no es de extrañar que los padecimientos de algunos, ó de todos, sean idénticos, cuando todos están sometidos á idénticos modificadores; prescindiendo de que al cohabitar se usan muebles, ropas y utensilios de la comunidad, que todos se acercan á la misma mesa, y comen probablemente en el mismo plato y con el mismo cubierto, y beben en el mismo vaso, y se sientan en la misma silla y se acuestan en el mismo lecho. Prescindo por ahora de todo esto, porque he de ocuparme de ello al hablar del contagio.

El segundo motivo porque rechazo la herencia es la edad en que

aparece la lepra. Las enfermedades hereditarias pueden presentarse en cualquier época de la vida, pero todas se muestran también en la época del nacimiento. No he leído un solo caso en que se diga que ya cuando el individuo vino al mundo traía la piel con manchas, con tubérculos ó con ampollas, como se dice, y todos hemos tenido ocasión de observar, de los que heredan la sífilis. Leloir presenta un cuadro en que consta la edad en que había principiado la lepra en 160 enfermos, y en él se ve que en los primeros cuatro años no hubo un solo paciente. De los 18 enfermos en que Mackenzie señala la edad en que empezó el mal, no hay uno menor de seis años. De mis 32 enfermos, el que más joven empezó á padecer tenía diez años.

Se dice que hay más leprosos del sexo masculino que del femenino, y mi observación se conforma enteramente con este aserto, que los contagionistas pueden utilizar en favor de su doctrina, explicándolo por la mayor frecuencia con que el hombre se expone á contraer la enfermedad, por razón de su género de vida. En cuanto á la aparición de la enfermedad en la garganta, en dos mujeres de las observadas por mí, fué mucho más tardía que en los diferentes hombres; lo cual atribuyo á la fatiga del órgano en el hombre por gritos, humo, polvo, etc., de que suele estar libre la laringe de la mujer.

Muchos han pretendido que la residencia en las costas del mar y en las orillas de los ríos predisponía al padecimiento de la lepra; y si bien es verdad que los habitantes de las costas de la China y de la India, de la Persia y de la Arabia, del Egipto y del Cabo de Buena Esperanza, de Guinea y de Marruecos, de Sicilia y del Sudeste de España, de Noruega y de Méjico, de la Guyana y del Brasil, padecen la lepra, lo mismo que los que moran en las márgenes del Yang-Tsé-Kiang y del Ganges, del Nilo y del Níger, del Volga y del Danubio, del San Lorenzo y del Plata, también es cierto que la enfermedad se extiende á mucha distancia de las costas, que en muchas de éstas no se conoce la lepra, y que no en todo el curso de los ríos citados las orillas están ocupadas por leprosos.

Por lo que el terreno de las orillas y de las costas tiene de pantanoso y húmedo, se ha querido atribuir á estas condiciones del suelo una influencia decisiva en la producción de la elefantiasis; pero cuando se ejerce en comarcas donde la enfermedad es endémica, se ve que lo mismo se dan lazarcos en el valle que en la montaña, en los sitios más húmedos que en los más secos. Si más casos se encuentran en las poblaciones marítimas y fluviales, es porque en éstas el número de habitantes es mucho mayor que el de los pueblos del interior, menos ricos y menos á propósito para el comercio y para el tráfico.

Desde antiguo se ha considerado á propósito para el desarrollo de la enfermedad el uso de cierta clase de alimentos. Las carnes de

puerco y los pescados azules, las salazones y las carnes ahumadas, la leche y sus derivados descompuestos, el agua y el vino de mala calidad han sido acriminados de originar la lepra. Verdaderamente, el que sólo se mantenga de sustancias alteradas é indigestas no puede gozar de buena salud; to los los males de que es susceptible la especie humana pueden caer sobre él; pero muy especialmente los que reinen endémicamente en la localidad por el mal comedor habitada. «Los pescadores noruegos — dice Leloir (1) — comen pescados podridos, conservados en una salmuera infecta, salados, secos y mal cocidos. Toman la leche agria, coagulada, cuando han pasado semanas y meses después de haberla ordeñado. Hacen mucho uso de las patatas, del pan de avena, de la manteca salada y del aguardiente. El agua que beben no es potable, la conservan en toneles de madera ó en agujeros hechos en la tierra en medio de las inmundicias y charcas de agua sucia que se hallan acumuladas alrededor de las casas.» Horror da leer esto; pero no se encuentra en ello motivo suficiente para producir la lepra, como lo prueba el mismo Leloir diciendo que sólo los pescadores noruegos del Oeste padecen la lepra, de que se ven libres los del Norte y los del Sur, siendo así que todos se alimentan de igual manera. Los pescadores de Terranova y de otras poblaciones son casi exclusivamente ictiófagos y no padecen la lepra. «Los habitantes de la Riviera en Italia — continúa diciendo Leloir — moran en un valle muy sano, no están expuestos á enfriamientos, son limpios, tienen aire abundante, no comen pescado, su alimento se compone de vegetales, frutas, pastas y polenta, y, sin embargo, sufren la laceria.» Este párrafo parece escrito para mis andaluces. Vive este pueblo con relativa comodidad, cada familia habita una sola casa, son limpios hasta la coquería, pues en la casa más miserable se lavan diariamente los suelos; semanalmente se encalan las paredes, todas las mañanas se barre y se riega la puerta de la casa, y encima de la pobre mesa, colocada en medio de la habitación, nunca falta el vaso de agua lleno de flores. Colóquese esta casa en una sierra, en medio de los olivares, y se tendrá una idea de lo que son algunas casas de leprosos de este país. Su alimentación no se diferencia de la de los demás habitantes de la provincia. Cuando preguntaba á uno y otro enfermo de los del Hospital de San Lázaro si habían comido mucha carne de puerco, se reían y me contestaban: «de carnero la hubiera yo querido». Se notará, sin embargo, en mis cuadros, que de los 32 lazarinós, 10 comían mucho aceite, pero este dato no es de gran importancia; porque siendo esta provincia eminentemente agrícola, la mayor parte de sus habitantes son jornaleros del campo, y á éstos se les da en pago de su trabajo

(1) Loc. cit., pág. 278.

una cantidad estipulada en dinero y otra en pan, aceite y vinagre; así es que á todo el que me ha dicho que era trabajador del campo le he señalado por alimento mucho aceite, el cual, si tuviera verdadero influjo para producir el mal, nos tendría los campos llenos de elefantíasicos, y por fortuna no es así. No hay, pues, que achacar á una alimentación deterpinada la producción de la lepra.

Lo mismo puede decirse de la alimentación insuficiente. «Poblaciones peor alimentadas—dice Leloir—que los aborígenes de la Australia y los indios de la América del Norte, no las hay, y, sin embargo, no son leprosos.» Y yo digo: poblaciones mejor alimentadas que la de Sevilla no las hay, y, sin embargo, hay en ella leprosos. Además, no es esta enfermedad exclusiva de la clase proletaria: se observan casos en familias opulentas. Uno de mis casos corresponde á una señorita cubana, cuyo padre ocupa un elevado puesto en la magistratura española. Por la mejoría que esta linda joven (1) experimentó, fui llamado para ver á otra joven, también cubana, cuya madre era millonaria. ¿Y cómo suponer faltos de alimento á la Hermana de la Caridad y al estudiante de Medicina?

También se imputa la enfermedad al excesivo trabajo. No sé lo que pasará en otros países, y sé que el negro de la isla de Cuba trabaja como lo que es; pero el indolente mejicano y el perezoso andaluz no tienen que temer á esta causa. La facilidad de la vida es tanta en este país, que la mendicidad es un modo de vivir, y ¿cómo ha de achacar al trabajo su dolencia el leproso de un país, en donde un mendigo imploraba la caridad pública con estas palabras: «Una limosna para un pobrecito resabiado del trabajo»?

Si las habitaciones de las personas leprosas de esta comarca suelen ser bajas, mal aireadas y peor soleadas, no se puede suponer por eso que ellas sean las causas de la enfermedad, pues en este clima, en donde la temperatura en la mayor parte del año es cálida y el cielo casi siempre límpido, viven las gentes más al aire libre que encerradas en las habitaciones, y lo que éstas no tienen de aire y de luz, sus moradores lo encuentran en medio de los campos y á la sombra de los naranjos.

La falta de higiene siempre es mala, pero la necesidad obliga al pueblo á ser morigerado, y sólo el abuso del vino es el que merece señalarse en esta región. Sin embargo, de mis leprosos uno solo era alcohólico, los demás hacían una vida templada.

En cuanto á la influencia que tenga el cohabitar con leprosos en el

(1) Tan bello era su rostro, que llamó la atención en el teatro una noche que quiso oír la ópera. Ninguno supuso que aquella cara tan linda correspondía á una infeliz leprosa, gafa de manos y pies.

desarrollo del mal, las opiniones están muy divididas. Desde la más remota antigüedad se ha creído en el contagio de la lepra; y el gran legislador de los hebreos, aquel que llamaríamos genio gigante, si no supiéramos que obró bajo la inspiración de Dios, dictó reglas y preceptos dignos de admiración para libertar del contagio de la lepra al pueblo que le había sido confiado. Durante la Edad Media, y sobre todo á la vuelta de las Cruzadas, cuando se recrudeció en Europa la elefantiasis, tal terror inspiraba el leproso, que se le obligaba á salir de la familia y de la casa, á abandonar el pueblo y los caminos frecuentados, á vivir en solitaria choza en medio del campo, avisando con su carrañaca á los transeuntes, para que ninguno osara acercarse al asilo del infeliz lacerado. Construyéronse después en sitios aislados hospitales especiales para leprosos, los cuales se rigieron por estatutos particulares y fueron enriquecidos con singulares privilegios; obedeciendo todo al gran terror que inspiraba el contagio de esta dolencia. Poco á poco se fué suavizando el rigor de las leyes, según se fué mitigando el temor de que el mal se comunicara por el comercio con los lacerados; y viendo que á pesar de venir éstos á las ciudades y de permanecer en medio de sus familias no se extendía la enfermedad entre sus conciudadanos, ni se comunicaba á sus parientes, llegó á perderse todo el miedo, y muchos médicos sostuvieron que no era contagiosa la lepra. Así opinaron Danielssen y Boeck, y esta idea sostuvo Bazin y la ha defendido Olavide en España; pero desde el descubrimiento del *bacillus lepræ* por Armuer Hansen volvió la teoría contagionista á ganar terreno. Méndez Álvaro, entre los 284 casos ya referidos, cita 26 que se reputan de contagio. Leloir se declara partidario del contagio; y por la habitación estrecha de Italia, en donde comen y duermen juntos, y se sirven de los mismos utensilios, explica la lepra de aquel país. Dice que vió á un padre acostarse con dos hijos leprosos, y á otro que fumaba con la misma pipa. Cornil le habló de un empleado en la isla Mauricio que alquiló la misma habitación y compró los muebles de su antecesor, muerto de lepra, y poco después él también era leproso. Del estudio geográfico é histórico de la lepra, deduce Leloir que: «1.º, la lepra ha tenido un foco primitivo, de donde se ha esparcido por el Universo; 2.º, la lepra nunca se ha mostrado en un país, sin haber sido llevada por leprosos; 3.º, en cuanto una nación infectada se ha relacionado con otra en la que no se conocía este mal, la última ha sido infectada, cualquiera que fuese la raza pobladora; 4.º, la influencia del clima, de la higiene, etc., es nula en la producción de la lepra; 5.º, en ciertos casos la invasión de un país por la lepra ha sido tan rápida, que la herencia sola no puede explicarla; 6.º, la propagación y desenvolvimiento de la lepra están en razón inversa de las medidas de aislamiento tomadas por los pueblos infectados.»

Kaurin (1), director del Hospital de leproso de Keknaes, en Noruega, cita, en defensa del contagio, el hecho de 48 enfermos, en cuyas familias nunca había habido lepra, pero la mayor parte había tenido relaciones más ó menos íntimas y más ó menos largas con leproso. Recuerda los hábitos de la clase pobre de Noruega, especialmente la de las costas, en donde todo es común, cuchara y pipa, sábanas y vestidos; en donde las habitaciones son pequeñas, miserables y mal aireadas, y el alimento insuficiente. El autor sostiene que es difícil encontrar un enfermo de lepra en cuya historia no se hable de haber tenido relaciones con otro leproso.

Profeta admite la herencia y niega el contagio de la lepra. Encuentra escasos los individuos sanos que contrajeran la lepra cohabitando con leproso. La difusión de la enfermedad ó puntos en donde antes no existía y adonde parece importada, le significa menos en favor del contagio que en contra de éste los numerosos casos de cónyuges, que vivieron juntos largo tiempo, sin que el enfermo infectase al sano. Refiere casos de varias leprosas que amamantaron hijos propios y ajenos sin que se volvieran leproso. No recuerda un solo caso de lepra en médicos y enfermeros, que durante años estuvieron curando leproso.

Méndez Álvaro, después de citar los casos favorables al contagio, habla de doce casados y dos viudos leproso que no contaminaron á sus cónyuges; y la constancia de la no transmisión de un cónyuge al otro, tiene para Hernando tanto valor, que no se atreve á resolver la cuestión.

Gamberini no cree en el contagio, porque ha visto niños leproso amamantados por mujeres sanas, las que continuaron después lo mismo; leproso que no contaminaron á sus cónyuges; personas sanas acogidas durante muchos años en las leproserías de Noruega, las cuales, á pesar de sus íntimas relaciones con los enfermos, siempre se conservaron libres del mal.

De mis 32 enfermos, solamente uno dice que su marido tenía un hermano leproso, con el que estaban en continuo trato; los demás, si se exceptúan los cinco que tenían parientes leproso, ni siquiera habían oído hablar de la enfermedad hasta que se presentó en ellos. Todos continuaron viviendo con sus familias y tratando con sus vecinos durante mucho tiempo, pues en España la ley no obliga al lazareno á entrar en la leprosería ni la gente huye de él, y, sin embargo, ni entre sus parientes, ni entre sus amigos se vió caso alguno de lepra. En el Hospital de San Lázaro de Sevilla, fundado en el siglo XIII, no se ha dado un solo caso de contagio en médicos, enfermeros y demás moradores de la casa. Todavía merece consignarse un hecho curiosísimo: la

(1) "Notes on etiology of leprosy." — "The Lancet," 25 Jan. and 1 Feb. 1890.

Hermana de la Caridad, que tiene el núm. 2 entre los enfermos observados en mi consulta particular, ha sido el único leproso de mi práctica curado, al parecer, radicalmente; esta curación se efectuó hace tres años, la religiosa continúa habitando la leprosería y asistiendo y curando á los leprosos, á pesar de lo cual, la curación hasta ahora no se ha desmentido.

Si á todas estas pruebas en contra del contagio de la lepra se añade que, como dicen Profeta, Gamberini, Hardy y Campana, no está plenamente demostrado que el bacilo descubierto por Hansen sea la verdadera causa de la lepra, y aunque lo sea no puede por eso concluirse que el contagio exista, porque, según los experimentos repetidos de Profeta en animales, en otros hombres y en sí mismo, no se consigue transmitir la lepra por inoculación. Á esto parece oponerse el hecho de haberse empezado á veces el mal por un traumatismo. Entre los muchos casos conocidos, me limito á referir los que cuenta Phineas (1). Un europeo se hirió un dedo, el cual se hinchó, supuró y nunca curó, y la lepra se desarrolló poco después. Uno de los asilados en *Tarn-Taran Asylum* se hirió en la nalga, se formó una úlcera, que duró cuatro años; la parte se puso después anestésica, luego se formaron ampollitas en otras partes del cuerpo y se presentó la atrofia de los dedos y la anestesia de las extremidades. Otros dos casos, en el mismo Instituto, comenzaron por fisuras en los pies, y otro databa su enfermedad de una puntura en el pulgar, que se atribuía á la mordedura de una culebra. El Dr. Filipo, sigue diciendo Phineas, publicó un notable caso de curación durante cinco años, perteneciente á un joven que se cortó un dedo del pie bañándose; resultó una úlcera rebelde á todo tratamiento, el dedo se hinchó é incomodó por dos años antes que la enfermedad se manifestara. ¿No son estos ejemplos, concluye Phineas, de posibles inoculaciones del veneno leproso por una superficie desnuda?

Atendiendo á las razones alegadas en pro y en contra del contagio, hay que convenir en que hoy la cuestión no puede resolverse, y en que es necesario esperar á que se presenten pruebas más decisivas en su favor para admitirlo y afirmarlo como lo hacen Leloir y otros.

SINTOMATOLOGÍA. — «La laringe — dice Masini (2) — por su estructura delicada, con una membrana de epitelio cilíndrico en su mayor parte y con numerosos repliegues, por la flexibilidad y adaptabilidad á los movimientos de sus cartilagos, por la abundancia de tejido ade-

(1) On a Rapport on "Leprosy in the Australian Colonies," with remarks. — "The Lancet," May. 24, 1890.

(2) "Contributo allo studio della anatomia patologica della lepra nell laringe," "Bollettino delle Malattie dell'Orecchio, della Gola e dell'Naso," año II, pág. 125.

noideo, en cuyas mallas se anidan numerosas glándulas y folículos, por su riquísima red linfática, es un sitio de predilección de la lepra.» Verdad es lo que nos dice el escritor genovés; pero la lepra nunca aparece primitivamente en la laringe, sino después de haber lesionado la piel, y á veces los tejidos de la nariz, de la boca y de las fauces. Todos los autores convienen en esta presentación secundaria de la lepra en la laringe; pero están discordes al fijar el tiempo que media entre la primera manifestación de la enfermedad general y el primer fenómeno de la laringitis leprosa. Masini señala desde cuatro ó cinco semanas á tres meses. Kaposi (1) dice que la enfermedad se presenta en la laringe, después de haber existido varios años en la piel. Los dos están acertados, pues, como resulta de los casos de Mackenzie, en uno se presentó la laringitis leprosa á los dos años, en dos á los tres, en uno á los seis, en uno á los siete, en uno á los ocho, en uno á los ocho y tres meses, en uno á los nueve y medio, en uno á los diez, en uno á los catorce, y en uno al mismo tiempo. En mis cuadros se ve que la laringitis empezó en uno á los seis meses, en uno á los ocho meses, en uno á los nueve meses, en uno á los diez meses, en uno al año, en dos al año y meses, en tres á los dos años, en uno á los dos años y medio, en tres á los tres, en uno á los cuatro, en uno á los cinco, en uno á los cinco y medio, en uno á los nueve, en uno á los diez, y en uno al mismo tiempo. Pero debo advertir que merecen poco crédito mis cifras, porque, exceptuando alguno que otro caso, todos los enfermos á quienes preguntaba cuánto tiempo hacía que habían sentido alguna incomodidad en la garganta, contestaban con indecisión y vaguedad, y los más ingenuos respondían que no lo sabían. Leproso hubo, como la Hermana de la Caridad, que tenía manchas blancas como la leche en la membrana mucosa del paladar blando, que estaba también paralítico y anestésico, y me porfiaba que su garganta estaba sana.

Las primeras alteraciones, unas veces se observan en el paladar blando y en la úvula, y desde allí se extienden á todo el paladar duro, á los pilares, á las tonsilas, á la lengua, á los carrillos, á la faringe, á la laringe, al espacio naso-faríngeo y á la nariz. Otras veces, la primera manifestación es en la mucosa nasal, y por continuidad, ó por brote nuevo, se propaga la enfermedad á otros sitios de la boca ó de la garganta. Esta temprana inflamación de la mucosa nasal es la verdadera causa de la pronta alteración de la voz y de la cortedad de la respiración, que se observan desde luego en casi todos los leprosos. No depende de la disfonía ni el cansancio respiratorio de alteraciones en la laringe ni en las vías aéreas inferiores, que sólo después de mucho tiempo son invadidas por la enfermedad; y en el carácter de uno y otro síntoma se

(1) "Traité des Maladies de la Peau,, traduit par Doyon, Paris, 1878, pag. 490.

encuentra la prueba de esto. La voz no es ronca, sino gangosa, la respiración oral está libre, la nasal dificultada ó impedida; por eso no hay verdadera disnea, sino cansancio al andar, fatiga á los esfuerzos, torpeza para hablar. La ronquera, el apagamiento de la voz y la afonía, lo mismo que la respiración estridulosa y la ansiedad respiratoria, se observan sólo cuando la enfermedad está muy adelantada, y en gran número de casos no se presentan, porque los enfermos sucumben antes de que haya habido tiempo suficiente para el destrozo de la laringe.

Sea cualquiera la mucosa por la cual se inicia el padecimiento de la garganta, lo primero que molesta al enfermo es la sequedad y el cosquilleo, que en la nariz determinan estornudos, en la faringe carraspera, y en la laringe tos. Con mucha frecuencia sobrevienen epistaxis abundantes, que se repiten muchas veces. En seguida, la mucosa hiperhemiada ofrece una coloración rosada, roja lívida, y una infiltración que, según sea menor ó mayor, da lugar á una tumefacción apenas perceptible, ó á otra tan intensa que ocluye las fosas nasales, ó el espacio naso-faríngeo, ó la cavidad laríngea; que desfigura los labios, abultándolos y haciéndolos prominentes; que convierte la lengua en una masa informe, el velo del paladar en dos bolas grandes; que da á la epiglotis el aspecto del prepucio edematoso ó del hocico del cerdo, al interior de la laringe el de un embudo. He visto los repliegues ariepiglóticos tan gruesos, que casi ocluían la abertura superior laríngea. En el Hospital de San Lázaro, de Sevilla, encontré un leproso, cuyo labio inferior tenía de grueso 4 centímetros; las encías de otro parecían dos hileras paralelas de garbanzos pequeños; varios tenían la úvula muy ensanchada y alargada; otros la epiglotis tan gruesa, rígida y abateda, que me impidió ver lo que debajo de ella había, y lo mismo, exactamente, dicen Kalindero y Babès (1) que les sucedió á ellos en un enfermo que tenía la epiglotis más gruesa de un centímetro. Ruault encontró también la epiglotis de este mismo espesor, su mucosa amarillo-rojiza, los ligamentos ariepiglóticos hinchados, la glotis estrechada. Mackenzie observó considerable hinchazón y vascularidad en la epiglotis, los aritenoides y las bandas ventriculares de color rojo oscuro, muy hinchadas, y la mucosa como desprendida del tejido submucoso, las cuerdas verdaderas abultadas y amarillo-rojizas, el calibre de la laringe no excedía del de un cañón de pluma.

La consistencia de los tejidos hinchados es algo dura al principio, pero pronto se ablanda, y por último se hace pastosa, hasta el extremo de que comprimiendo con el dedo el paladar blando queda en él un

(1) "Résultats obtenus par les injections de lymphé de Koch dans les différentes formes de lépre." — "Revue de Médecine." Paris, 1891, pág. 817.

hundimiento, como sucede cuando se comprime con fuerza un tejido edematoso.

La sensibilidad, en los primeros días, no está alterada, ó el enfermo siente alguna sequedad, algún escozor, algún cosquilleo, alguna molestia al contacto de la parte; pero estas incomodidades, siempre ligeras, desaparecen muy pronto, y la sensibilidad táctil de la parte se embota, á veces tanto, que casi hay verdadera anestesia. Esto nos permite prolongar los reconocimientos de la laringe y del espacio naso-faríngeo durante un tiempo que no resistiría la persona sana mejor educada para la laringología y la rinoscopia. Si algunos leprosos, ni en este ni en otros períodos posteriores, se dejan reconocer fácilmente, hay que atribuirlo á su torpeza en el manejo de la respiración, porque el tocamiento del paladar con los instrumentos no provoca reflejos.

El color de la mucosa, uniforme al principio, varía según avanza la enfermedad; variación que consiste en la decoloración gradual de la rubicundez, pero como aquélla no se verifica con igual actividad en todas partes, resulta la mucosa con manchas rojas ó rosadas más ó menos extensas, que parecen pinceladas rojizas sobre una mucosa pálida. En el paladar blando y en la cara anterior de la pared posterior de la faringe son más notables estas manchas rosadas, cuyo contorno se desvanece como el humo entre la palidez que las rodea. Los pilares del velo palatino, particularmente los posteriores, llaman la atención por su color morado. Continuando la decoloración, llega un día en que también las manchas en forma de pinceladas desaparecen, y queda sólo una mucosa pálida, muy parecida á la que se observa en el paladar y en la laringe de los tísicos, tan perfectamente descrita por Isambert.

Durante el período congestivo suele verse la mucosa seca y brillante, como si estuviera cubierta con una capa de barniz seco. Pero al desaparecer la congestión y la rubicundez, se verifica el desprendimiento de las capas epiteliales más superficiales, y queda una superficie pálida y mate, cuya uniformidad sólo se ve interrumpida por finisimos vasos sanguíneos. Si el infiltrado no ha sido reabsorbido á la par que el sistema capilar circulatorio se ha descongestionado, y la descamación no se ha verificado, como sucede con frecuencia, aparece la mucosa como si estuviera infiltrada de sebo, según la feliz comparación de Mackenzie.

Acotece en ocasiones que no sólo se efectúa la reabsorción del exudado, sino también la de una parte de los elementos celulares del tejido, y entonces resulta una membrana mucosa pálida, sin brillo, adelgazada, rígida, y poco ó nada sensible, verdadera esclerosis leprosa.

Masini explica muy satisfactoriamente todas las variaciones dichas por las alteraciones anatomo-patológicas por él encontradas: las este-

nosis por la infiltración difusa; la sequedad de la mucosa por la atrofia y la desaparición de las glándulas mucíparas; la palidez por la compresión de los vasos sanguíneos, y por la escasez de éstos en el granuloma leproso; la paresia muscular por la atrofia parcial de los haces musculares unida á la alteración de los filetes de los nervios motores; la disminución de la sensibilidad por la alteración de los nervios sensitivos.

El segundo período, ó período eruptivo de la laringitis leprosa, está caracterizado por el brote de tubérculos, que se elevan sobre una mucosa pálida, y tiene un color blanco muy sucio ó blanco amarillento opaco, un volumen que varía desde el de una cabeza de alfiler hasta el de un guisante pequeño, mas ó menos numerosos, esparcidos ó agrupados, sensibles al principio, pero después se puede tocarlos y arañarlos sin que el enfermo lo perciba.

La hinchazón uniforme de la mucosa desaparece al brotar los nódulos leprosos, y en una superficie tensa y lisa se descubren, esparcidos acá y allá, granulitos del tamaño de un cañamón del color de la mucosa, duros, muy superficiales unos, poco prominentes otros, que en algunos casos se presentan estacionarios durante meses y años, que en otros se multiplican, crecen, cambian de color y de consistencia y en poco tiempo se resuelven ó ulceran. Por lo regular crecen lentamente, hasta adquirir cierto tamaño, del cual no pasan, y entonces es cuando se conservan sin crecer ni disminuir durante su existencia, ó cuando de la misma manera que crecieron decrecen hasta desaparecer por completo, ó cuando se reblandecen y se ulceran. Como la aparición de todos los tubérculos no es simultánea, sino que unos brotan cuando otros han llegado ya á la plenitud de su desarrollo, en una misma región se encuentran nódulos de todos tamaños y de diferentes colores; porque al lado del tubérculo rosado está el rojo carmín, y no lejos de ambos el pardo y en todas partes el blanco sucio. Como el color de estos últimos es el que más difiere del de los tejidos inmediatos, lo primero que llama la atención al reconocer la garganta de un leproso es el gran número de nódulos blancos amarillentos que existen esparcidos por ella, ó agrupados en determinados sitios, constituyendo placas irregulares, ó círculos, ó medias lunas, ó líneas á manera de rosario. La misma disposición adoptan los tubérculos rosados, rojos ó violáceos. Todos tienen la forma redondeada, unos cónicos, otros ovales, los más lenticulares, no pocos esféricos; la base siempre es ancha con relación á su altura, y mientras aquéllos parecen superpuestos á la cara papilar del dermis, éstos se sumergen en el espesor de la membrana, y apenas se elevan sobre su superficie, aun cuando su tamaño llegue al de un guisante ó al de una avellana. No he visto tubérculos cuyo volumen sea mayor que el de ésta, y los que hablan de tubérculos tan grandes como cas-

tañas, habas, nueces, y un huevo de gallina, como Hillis, sin duda se refieren á tubérculos cutáneos, ó á placas formadas por la reunión de muchos tubérculos, como las que describe Leloir, que cubrían encías y labios, una parte ó la totalidad de la bóveda palatina. Si al aparecer tienen determinada dureza, pronto la pierden, y al tacto dan la sensación que se percibe al tocar la membrana mucosa de los labios en estado natural. Consérvase en ellos la sensibilidad normal durante mucho tiempo; pero al fin se pierde gradualmente, y puede llegar á desaparecer del todo. He encontrado leprosos con tubérculos tan insensibles, que se podían tocar con un cauterio al rojo blanco sin que tuvieran ellos conciencia de la experiencia á que se les sometía, y aseguraban, sin embargo, que tenían muy delicado el sentido del gusto, y se mostraban satisfechos cuando fumaban un buen tabaco. Pero debo decir que siempre he observado ser la anestesia mayor que la analgesia, pues los mismos que no acertaban á conocer los objetos con que se tocaban sus placas y tubérculos, se quejaban, á veces mucho, cuando comprimíamos los nódulos entre los dientes de una pinza, ó los punzábamos con un alfiler. Si á cuantos he preguntado por el sentido del gusto me han asegurado que lo conservaban, no todos me han dicho lo mismo del olfato; bastantes se me quejaron de no oír, muchos de ver mal, y muchos más de tener tan embotado el tacto, que se han quemado hasta producir flictenas en boca y garganta, al beber café ó té, y no lo han sentido. Se comprende bien la disminución ó pérdida del olfato y la voz gangosa, y la dificultad ó imposibilidad de la respiración nasal, cuando se ve la mucosa de la nariz, además de infiltrada, sembrada de tubérculos, generalmente pequeños, pero que rellenan los meatos, y cubren el septum y obturan más ó menos completamente las coanas por su agrupación en el borde posterior del tabique y en la bóveda, y en la pared posterior naso-faríngea. El mismo día que escribo estas líneas he practicado la rinoscopia en una leprosa (núm. 8 de mi consulta particular), y me fijé especialmente en un grupo de tubérculos rojos, del tamaño de una avellana, que tapaba la abertura de la trompa y llenaba la fosa de Rosenmüller, del lado derecho de la enferma, la cual se quejaba de no oír con el oído de este lado. Otro grupo descendía de la bóveda y ocluía el tercio superior de la coana del mismo lado; toda la mucosa faringo-nasal tenía un color rojo escarlata, estaba seca y brillante, salpicada de tubérculos blanquecinos como puntas de alfiler, blancos y cónicos; de trecho en trecho había poco coagulado. Esta mujer también se quejaba de percibir mal los olores. Los tubérculos en la mucosa nasal, además de alterar la voz, la respiración y el olfato, deforman la nariz, ensanchándola de manera que su diámetro transversal iguala ó supera al antero-posterior, lo cual da á las aberturas nasales la forma circular y al semblante una expresión de

idiotismo. Tal sucedía á los enfermos 5 y 6 de mi consulta particular, á los 4, 5, 8 y 9 de la policlínica, y á los 5, 9 y 11 del Hospital de San Lázaro.

Los tubérculos aparecen en la lengua en forma de vegetaciones papilares y de tumores polipoideos, separados por surcos longitudinales y transversales. En este órgano es en donde he visto la mayor variedad en el volumen de los tubérculos. Eran como puntas de alfiler en el enfermo núm. 5 de la policlínica, y tan grandes como avellanas en el 10 del Hospital, ya estaban esparcidos como en dicho enfermo de la policlínica y en el 9 de la misma, ya agrupados, como en el 1, 9 y 11 del Hospital. Raro es el paciente que no tiene tubérculos en el paladar, de diferente color y volumen, casi siempre planos y agrupados por lo común, y en la parte media, extendiéndose desde los dientes incisivos hasta la úvula, á la cual envuelven, como en los enfermos 1 y 3 de mi consulta particular, en los 2, 8 y 9 de la policlínica, y en el 8 del Hospital. En otros casos adoptan una disposición muy particular, pues están situados simétricamente á uno y otro lado de la úvula, y cuando ésta está atrofiada y aquéllos son grandes, como en el enfermo núm. 7 del Hospital, parece que hay tres úvulas. Frecuente es observar tubérculos en los pilares, principalmente en los posteriores, que llegan á adquirir el grueso de un lápiz; los de la faringe suelen ser pequeños, y semejantes á los tumorcitos de la argina glandulosa, y los de la epiglotis numerosos y bastante grandes. Ocupan, de ordinario, su borde libre; pero también se observan en su cara inferior y pocas veces en la superior. Ellos, con la infiltración, dan á este opérculo la forma de hocico de cerdo y la rigidez características. Cubren los aritenoides como la úvula, y en el espacio interaritenoides alguna vez se agrupan y forman tumosidades, que son causa de ronquera, de afonía y de dispnea. En los repliegues ariepiglóticos se encuentran los tubérculos con mucha frecuencia, y muy rara vez en las bandas ventriculares. El último sitio en donde brotan es en las cuerdas; los que yo he visto eran pequeños, redondos y planos, blancos ó rojos, situados unos en la superficie y otros en los bordes.

El tercer período de la laringitis leprosa se caracteriza por la ulceración de los tubérculos y por la deformación de la parte. «Pasando un tiempo, imposible de precisar, se forman úlceras pequeñas, pero reuniéndose varias, resultan úlceras muy extensas, tanto, que en ocasiones ocupan una gran parte de la lengua, del velo palatino, de la faringe ó de la laringe. Estas úlceras tienen una forma redondeada, á veces se elevan sobre los tejidos inmediatos, y se parecen mucho á las placas mucosas sifilíticas; otras, sus bordes son salientes, descoloridos y blandos, su fondo liso ó finamente granuloso y más ó menos excavado; por el tacto no se siente dureza en parte alguna. Las úlceras apa-

recen primero en el paladar, luego en la úvula, la cual corroen total ó parcialmente; después en los arcos, que desaparecen ó quedan como escotaduras; en seguida en la faringe; la epiglotis, los repliegues aritenoepiglóticos y los aritenoides están destruidos, y dan á la abertura superior de la laringe una forma circular; las bandas, abultadas y ulceradas, estrechan la glotis y ocultan las cuerdas; mas cuando la imagen de éstas aparece en el espejo, se las observa corroidas, deformes y torpes en sus movimientos. La disfonía es mayor que en el periodo eruptivo, y la fetidez del aliento insoportable. Llega una época en la que, con la expectoración, se arrojan pedazos de cartilago necrosado, y entonces la afonía es casi completa. En muchas ocasiones, al mismo tiempo que las úlceras, se extienden en superficie ó en profundidad, y otras nuevas se forman; algunas desaparecen, dejando, como señales indelebles de su existencia, cicatrices blancas, delgadas, resistentes, tirantes, que deforman la parte y son completamente insensibles.» Esto escribía yo ahora hace diez años en un trabajo que lei en el Congreso Médico Internacional celebrado en Sevilla en el mes de Abril de 1882 (1). Lo que entonces dije puedo decirlo ahora, pues lo que desde aquella época he observado se diferencia muy poco de lo que había visto antes. Sin embargo, hoy tengo que declarar que las ulceraciones de la laringe son muy raras, y que resultan tan tardías que, generalmente, antes de que sobrevengan, el enfermo ha sucumbido á la violencia de la enfermedad en otras partes del organismo. Si se repasan los tres cuadros que van al fin de este estudio, se verá que muy rara vez se consignan úlceras insignificantes en la laringe, y, sin embargo, hay casos como el señalado con el núm. 7 en el cuadro del Hospital, que ha perdido la nariz, las encías, los ojos, los dedos de las manos y los de los pies, y á pesar de esto, en su laringe no existe ulceración alguna. Lo que yo afirmé hace diez años, fué debido á que entonces, como ahora, acudí á la leprosería de Sevilla para comprobar las observaciones de mi consulta y de la policlínica, y en aquella fecha encontré en este asilo dos desgraciados cuyas laringes estaban horriblemente mutiladas. Estos dos enfermos han muerto ya, y eran los que vió Mackenzie dos años antes que yo, y corresponden en su cuadro de la leprosería de Sevilla á los números 3 y 8.

En donde la ulceración leprosa causa espantosos estragos es en la nariz. Los tubérculos que se desarrollan en la mucosa nasal son los que primero se ulceran, y por este motivo, cuando en la mucosa de la boca y de las fauces vemos todavía estacionados ó en crecimiento los nódulos, en las fosas nasales se observan úlceras más ó menos extensas,

(1) "De los caracteres clínicos que distinguen la lepra, el lupus y el cáncer de la laringe,." — Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla, 1882, pág. 82.

más ó menos profundas, más ó menos circulares, sin bordes elevados, con fondo desigual y sucio, cubiertas de costras adheridas en unos puntos, desprendidas en otros, á veces tan numerosas, que llenan ambas cavidades (1) ú ocluyen las coanas, como en el caso de Wagner (2), sometiendo á los enfermos al tormento de no poder respirar por la nariz. Fluye de ésta continuamente un líquido seroso, mucoso y sanguinolento, de un olor repugnante, y al sonarse con fuerza salen moco fluido y concreto, sangre líquida y coagulada, detritus de la mucosa, pedazos de cartilago y aun de hueso. Pronto se perfora el tabique, pronto se destruye todo el puente, pronto se corroen las alas; y, en el primer caso, un agujero mayor ó menor pone en comunicación la fosa nasal derecha con la izquierda, como en los enfermos núm. 1 de mi consulta particular y 12 del Hospital; en el segundo, se desfigura de una manera tan notable la nariz, que imprime al semblante un sello particular, que por algunos se ha considerado como típico de la lepra, según se observaba en los enfermos núm. 9 de mi consulta, 6 de la policlínica y 2, 6, 8, y 10 del Hospital, y en el tercero, resulta la mutilación más horrorosa que puede sufrir el rostro humano: la pérdida de la nariz, que encontré en los enfermos núms. 7 y 13 del Hospital. Mackenzie observó en muchos enfermos del Hospital Central de Noruega, la deformidad característica de la nariz por la falta del puente. Ruault (3), no sólo encontró perforada la parte cartilaginosa del tabique, sino destruidos también los cornetes inferiores. Leloir dice: « Á veces se ven úlceras irregulares, descoloridas, un poco abultadas, que sangran fácilmente, y tienen su asiento ordinario al nivel del tabique; con frecuencia hay epistaxis, algunas intensas. Estas úlceras se presentan más pronto que las de las otras regiones; ganan en profundidad y en anchura, persisten mucho tiempo y acaban por perforar el tabique, sobre todo al nivel del cartilago, formando un agujero que sólo da paso al estilete, ó por destruirlo todo, pero respetando por lo general los huesos propios. La nariz se deforma, se quiebra, se aplana, toma el aspecto de un antejo de teatro.»

Después de la nariz, la parte en donde con más frecuencia y más pronto se presenta la ulceración es la bóveda palatina. Ya he dicho antes que muchas veces los tubérculos forman, en la parte media del paladar, una placa, que se extiende desde los dientes incisivos hasta

(1) "Ein Fall von Lepra; Verschluss des Kehlkopfes; Tracheotomie; Tod; Sectionsbefund." — "Internationales Centralblatt für Laring. und Rhin.," 1891, pág. 161.

(2) "Otite moyenne aiguë observée sur un lepreux: examen des cavités du nez, du pharynx et du larynx." Annales de Dermatologie et de Siph., 1888, in Arch. de Laryng., de Rhin., etc., 1889, pág. 59.

(3) "Examen du larynx et du nez d'un lepreux." — "Archives de Laryng., de Rhin., etc." — Tomo I, pág. 79.

la úvula; pues bien, en algunos casos he visto esta placa convertida en una extensa úlcera superficial y granulosa. Así estaba el enfermo núm. 5 de mi consulta particular, el 6 de la policlínica y los 4, 8 y 12 del Hospital. La úvula es preferida en todo destrozado leproso, desaparece totalmente en muchos casos, como en el 8 de mi consulta particular y en los 6 y 7 de la policlínica; ó queda reducida á un muñón en forma de bola, como en los casos 3 y 6 de mi consulta, y en los 1 y 10 del Hospital. Mackenzie encontró que había sido destruída en cinco enfermos, y que en uno solo quedaba un muñón gordo. Las úlceras del velo, alguna vez, aunque rara, profundizan, y pueden perforarlo como asegura Plumert (1) ú ocasionar la pérdida de una parte, como en la enferma núm. 8 de mi consulta. En esta misma enferma están ulcerados los pilares, de los que sólo quedan como restos informes los tercios superiores. En el enfermo núm. 9 del Hospital encontré sobre el velo y sobre la úvula una extensa úlcera, cubierta con una gruesa capa blanca opalina, muy parecida á la placa diftérica, la cual no pude separar en todo ni en parte. Otra úlcera semejante existía en la cara superior de la punta de la lengua, y tendría la extensión de una peseta. No son éstas las únicas úlceras blancas que he encontrado, pues en los enfermos núms 4 y 7 del Hospital había otras úlceras blancas en medio de los tubérculos de la lengua, del tamaño y forma de una peseta, pero el aspecto de éstas no era el blanco opalino liso de la difteria, sino el blanco granujiento, cremoso, del muguet, y en éstas, como en las otras, no pude desprender pedazo alguno, y no me atreví á intentar la disección, porque mi visita al Hospital, los reconocimientos que practicaba, se debían á un favor que la señora superiora de la casa me dispensaba, y aunque tanto ella como las demás Hermanas de la Caridad y el señor practicante estuvieron conmigo atentos y deferentes, no quise hacer la petición de que se me permitiera disecar la costra, por temor á una respuesta negativa. Hubiera deseado someterla al examen microscópico, no tanto para ver cuáles eran las modificaciones del epitelio, sino con el fin de buscar en esta exagerada proliferación epitélica los bacilos de la lepra. Estas han sido las únicas úlceras en forma de placas que en la lengua he encontrado, pues las otras, más que úlceras, deben llamarse grietas ó fisuras, como las de los dos enfermos 5 y 6 de mi consulta particular, los 6 y 7 de la policlínica y los 1 y 10 del Hospital.

El que describe las lesiones de la lengua casi como yo las he observado, es Leloir, cuando dice que las lesiones de la lengua son bastante frecuentes, sobre todo en su cara dorsal y en sus bordes; en donde á

(1) "Beobachtungen aus dem Leprosenhause zu Sentari bei Constantinopel..." — "Internationales Centralblatt für Laryng. und Rhin.", 1885, pág. 359.

veces sólo existen manchas opalinas y plateadas, y otras surcos longitudinales y transversales profundos; lóbulos duros, de consistencia esclerosa, de superficie lisa, gris, nacarada y aun plateada, con el epitelio ya adelgazado, ya hipertrofiado. Kaposi también observó el dorso de la lengua con placas de epitelio engrosado y opaco, que se transformaban en verdaderas costras divididas por surcos profundos, longitudinales y transversales. Este epitelio gris se desprende en forma de escamas y se regenera continuamente, por lo que hoy se le encuentra gris, mañana rojo-oscuro, y al día siguiente de nuevo, « como tocado con nitrato de plata ». En cambio, Taylor halló la lengua ulcerada en la punta, y Ruault vió dos úlceras oblongas de dos centímetros de longitud por uno de anchura en el lado izquierdo junto al borde; eran muy superficiales y por su color blanco-mate contrastaban con el amarillento de las otras úlceras leprosas.

Este mismo escritor dice que los dientes superiores ó inferiores de la región anterior estaban descarnados, porque las encías estaban ulceradas profundamente y sangraban con facilidad. Yo también encontré ulceradas las encías de los enfermos núms. 8 y 12 del Hospital.

Sobre la mucosa del labio inferior vi en uno de los enfermos del Hospital úlceras extensas, superficiales y granulosa.

No he encontrado una sola vez úlceras en la faringe oral, pero Mackenzie las observó con frecuencia, ya cubriendo toda la faringe, ya solamente en los lados, por lo cual afirma que es común el estar la pared posterior de este conducto considerablemente ulcerada. Leloir también menciona las úlceras rosadas de la faringe, que, como las del paladar y las de la boca, curan á veces con rapidez, para reaparecer más tarde. Masini (1) y Hillis, en sus inmejorables trabajos sobre la lepra de la garganta, no dicen haber visto úlceras leprosas en la laringe, y Kaposi tampoco las menciona.

«El estudio anatómico — dice Masini — me ha conducido á sostener que el granuloma leproso difícilmente determina necrosis y úlceras laríngeas, porque se acompaña de un desarrollo de vasos sanguíneos que permiten suficiente nutrición á este nuevo tejido; así el epitelio se puede conservar, aunque haya debajo de él abundante infiltración.»

Si consulto mis observaciones, tengo que convenir con este profesor, pues, como ya he dicho, exceptuando los dos casos con extensas destrucciones laríngeas que encontré entre los enfermos del Hospital de San Lázaro, hace diez años, no he vuelto á ver la ulceración en ninguna parte del órgano de la voz. Pero las han encontrado en varios enfermos Kalindero y Babès, y pudieron observar sobre ellos los efectos de

(1) "Contributo allo studio della lepra nell laringe., — "Archivii Italiani di Laringologia., año V, pág. 26.

la tuberculina. Gibb (1) vió una epiglotis y unas cuerdas vocales con grandes pérdidas de sustancia. Mackenzie, además de los enfermos á que yo me he referido, encontró otros con úlceras rara vez profundas. Taylor vió algunas pérdidas de sustancia en la epiglotis. Wolf, citado por Tobbold (2), dice que las vegetaciones en las cuerdas vocales, en la epiglotis y en los aritenoides se ulceraron, dejando cicatrices con pérdida de sustancia y desórdenes de la motilidad, y hasta estenosis y edema de la glotis.

En el caso de Ruault había erosiones mal limitadas y crateriformes en el borde libre de la epiglotis; y Zwillinger (3) habla de que á la formación de los nódulos leprosos en la mucosa laríngea sucede más tarde la ulceración de estos nódulos y la formación de cicatrices; y que al abultamiento de la mucosa suelen seguir pericondritis y mortificación de algunas partes con todas sus consecuencias. Plumert describe una epiglotis muy grande, tuberculosa, cicatricial y torcida; Gottstein (4) dice que después de los tubérculos aparecen las úlceras en la epiglotis y en las bandas, y Hernando, que las manchas laríngeas en el segundo período se oscurecen, se ulceran y descienden á la tráquea. Se ve, pues, que las úlceras leprosas en la laringe no dejan de ser frecuentes y determinadas por la infiltración leprosa, aunque el granuloma tenga muchos vasos sanguíneos, como asegura Masini.

El esqueleto laríngeo suele sufrir notable deformación. En dos enfermos del Hospital, el 2 y el 10, encontré la figura de la laringe completamente alterada. En uno y en otro los cartilagos, pero particularmente el tiroides, habían experimentado una infiltración de la materia tsarática en cantidad tan grande, que no sólo se tocaban, sino también se veían enormemente hipertrofiados; pero no tenía el tiroides la forma de caparazón de crustáceo indicada por Lambert, y que muy frecuentemente observamos en el cáncer laríngeo. No quisiera exagerar, pero me atrevo á decir que en estos dos enfermos el diámetro anteroposterior de la laringe, si se hubiera medido por la parte externa con el compás de espesor, no hubiera resultado menor de 10 centímetros. La laringe del primero formaba un tubo cilindrico, quizá un poco más ancho por arriba que por abajo, redondeado, convexo por ambos lados. La del segundo parecía la pechuga de un ave, con su quilla exageradamente pronunciada. En el borde anterior de ésta se descubrían por el tacto algunas nudosidades; en la del primero la superficie externa de los cartilagos estaba perfectamente lisa. Una y otra resistían mucho

(1) "On diseases of the throat and windpipe,, London, 1864, pág. 271.

(2) "Laryngoskopie und Kehlkopf-krankheiten,, Berlin, 1874, pág. 307.

(3) "Beitrag zu Kenntniss der Lepra der Nase, des Rachens und des Kehlkopf,, "Internationales Centralblatt für Laryng. und Rhin.,, 1889, pág. 600.

(4) "Maladies du larynx,, traduit par Rougier, Paris, 1888, pág. 204.

á la presión; parecía que aquellos cartilagos estaban osificados, lo cual no correspondía á la edad de los pacientes.

La forma anestésica se dice que no se manifiesta en la garganta, con cuya opinión no estoy conforme. Cierito que no he visto las características flictenas penfigoideas en la mucosa de la boca, de la faringe y de la laringe, pero he observado otras alteraciones. En dos enfermos, los tubérculos de la mucosa eran los únicos que existían para constituir la forma mixta, pues ni uno solo había en la piel del núm. 3 del Hospital y se veían, aunque pequeños, en los repliegues ariepiglóticos; tampoco se encontraban en la piel del núm. 10 del mismo hospital, y eran grandes y numerosos en su lengua, paladar, epiglotis, repliegues ariepiglóticos y cuerdas vocales. Á la forma anestésica correspondían los enfermos núm. 2 y 4 de mi consulta particular, y los 6 y 7 del Hospital. La Hermana de la Caridad y la hija del magistrado tenían unas gargantas tan parecidas, que pudiera tomarse por copia la una de la otra; las dos mucosas eran notablemente pálidas, los dos velos palatinos estaban adelgazados, tensos y paralíticos, los arcos y pilares en las dos eran de color violado, las dos úvulas pálidas y edematosas, las dos epiglotis adelgazadas. En suma, parecían todos los tejidos anémicos y atrofiados, insensibles y paralíticos, pues ni en el velo ni en la faringe se provocaban movimientos reflejos, ni aquél se adaptaba bien á la faringe para interceptar el paso al espacio naso-faríngeo, ni las cuerdas se movían con prontitud para ocluir la glotis. En cuanto á los enfermos del Hospital, el núm. 6 tenía una mancha rojo-oscura, del tamaño y forma de una lenteja, en medio de la mucosa palatina pálida, exactamente igual á la del otro leproso anestésico de este Hospital, señalado con el núm. 3. El 7 se distingue también por la palidez, la atrofia, la insensibilidad y la parálisis del velo, de la faringe y de la laringe. Con estos ejemplares á la vista, no es permitido decir que la garganta no se altera en los leprosos de la forma anestésica.

MARCHA, DURACIÓN Y TERMINACIÓN. — La laringitis leprosa en algunos casos tiene un curso continuo, en los más intermitente, en todos ellos se desarrolla de una manera lenta y gradual. Que sobrevengan las lesiones de la garganta á los pocos meses de aparecer la enfermedad general, ó que se presente cuando ya ésta cuenta varios años de existencia, siempre aquéllas tienen una marcha igualmente crónica. Las lesiones de las mucosas, como las de la piel, se verifican por brotes; durante ellos, parece que la enfermedad adquiere una actividad sobraguda, pero poco á poco ésta se va amortiguando, y entre brote y brote hay un período de descanso en que todos los fenómenos permanecen estacionarios, hasta que, sin causa conocida, una nueva erupción se efectúa. Durante ella, las primeras lesiones unas veces continúan silencio.

sas, otras participan de la actividad general y avanzan en su evolución. Así, sobre una misma región se encuentran tubérculos, manchas y úlceras en diferentes épocas de su desarrollo.

Aunque la lepra de la garganta sea un proceso crónico, como lo es la de la piel, no camina con tanta lentitud como la de ésta, sus nódulos se manifiestan y se ulceran más pronto. Pero cuando la ulceración ya se ha establecido, persiste durante meses y años, crece en épocas indeterminadas, extendiéndose ya en superficie, ya en profundidad, sin respetar tejido alguno de los que a su paso encuentra. Sin embargo, ya se ha dicho que la ulceración de la laringe es rara, que la de la lengua y la del paiadar, por lo común, son superficiales, y que los verdaderos destrozos se observan en la nariz.

Durante meses, años, y exceptuados pocos casos durante la vida entera, la lepra de la garganta, como la de la piel, continúa sus progresos. Empero las lesiones de la lepra, consideradas individualmente, tienen evolución propia é independiente, y así las de las mucosas como las de la piel, las de los músculos como las de los huesos, las de los vasos como las de los nervios, recorren sus períodos y se las ve nacer, desarrollarse y extinguirse, dejando tras de sí rastros más ó menos indelebles. Algunas veces acontece que todas las lesiones evolucionan simultáneamente y todas desaparecen, quedando el individuo durante un tiempo más ó menos largo aparentemente curado. No pasan, sin embargo, muchos meses sin que una nueva erupción venga á quitar las ilusiones acariciadas y á patentizar que la curación no era definitiva. Todos hemos observado casos semejantes; pero con mayor frecuencia hemos visto desaparecer sólo algunos síntomas, persistiendo los demás. También estos alivios son temporales, luego sobreviene la recrudescencia y nos obliga á recordar que la marcha del padecimiento es intermitente y su duración tan larga como la vida del paciente. Con todo, si la curación es rarísima, excepcional, ha habido casos de lepra que se han curado indudablemente. Pero las excepciones corroboran la regla, y la de la lepra es que termina con la vida del individuo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Cuando se examina la membrana mucosa de una laringe leprosa, se observa una tumefacción difusa, especialmente en la porción supraglótica, que depende, en parte, de la infiltración del tejido por la materia tsarática, en parte del edema y en parte del aumento del tejido conjuntivo. Esta hinchazón disminuye la cavidad de la laringe y la amplitud de la abertura glótica, á veces hasta la mitad del estado normal. Thin (1) encontró en un caso tan

(1) "Rapport on leprous infiltration of the epiglottis and its dependence on the bacillus lepræ... —"British Med. Journal... 19 Julio 1884."

enorme infiltración, en parte nodular y en parte general, como no la había visto en los tuberculosos ni en el edema agudo, y el volumen estaba reducido al minimum, explicándose que el enfermo no hubiera muerto antes asfixiado por el lento crecimiento de la estenosis. Virchow (1) halló la laringe de una muchacha leprosa de doce años y medio, muerta de pulmonía, con toda la parte superior, desde los bordes de la epiglotis hasta las cuerdas vocales, en un estado de infiltración tal, que á primera vista hacía la impresión de un gran edema de la glotis. Las partes todas estaban hinchadas, la superficie abombada, y esta hinchazón, pasando sobre los bordes de la epiglotis, invadía la faringe y el paladar blando.

La infiltración está constituida por un tejido de granulación muy semejante al del lupus, según Virchow, la cual, en unas partes es difusa y en otras nodular. En el primer caso, la mucosa se presenta más ó menos abombada, con elevaciones y hundimientos, porque no en todos los sitios la cantidad del infiltrado es la misma; pero como los abultamientos son grandes, la superficie está lisa, pálida ó de color gris sucio y seca. Cuando la infiltración es nodular, la mucosa aparece desigual, granulosa, con vegetaciones pequeñas y pediculadas, á veces en tan gran número, que dan un aspecto aterciopelado (*velvetique*), según Leloir, á la superficie. La infiltración es mucho más abundante en los pilares faríngeos del paladar blando, en la extremidad posterior de los cornetes, epiglotis muy especialmente, en los ligamentos aritenoidales, en los aritenoides y en las bandas ventriculares. El abultamiento de la parte llega á veces á constituir una deformación completa y comunica á los tejidos una dureza específica. La infiltración leprosa se presenta en dos fases anatómicas: una reciente, caracterizada por una cantidad de células amontonadas unas sobre otras en el tejido conjuntivo, al cual sustituyen; otra antigua, que se distingue porque las células están contenidas en las mallas de un finísimo tejido fibrilar.

Las células que componen el infiltrado son redondas, fusiformes ó estrelladas. El mayor número de ellas tiene un volumen que excede al de los glóbulos rojos de la sangre y algunas alcanzan el tamaño de los corpúsculos mucosos. Idénticas á los glóbulos blancos de la sangre y agrupadas alrededor de los vasos sanguíneos, son para Thin verdaderos leucocitos infectados que, arrastrados por la corriente sanguínea, llegan á todas partes, salen al través de las paredes de los vasos y se depositan en aquellos sitios que parecen tener una predisposición especial para el desarrollo de la lepra. Las células son generalmente

(1) "Demonstration von lepra laryngis", — "Internationales Centralblatt für Laryng. und Rhin.", 1886, pág. 768.

mononucleares, aun cuando su volumen sea grande; sin embargo, en los tubérculos antiguos suelen encontrarse células con dos ó tres núcleos. Virchow habla de células leprosas, verdaderas células gigantes provistas de varios núcleos y con espacios vacíos hallados por Neisser. Para Leloir estos corpúsculos leprosos no son siempre células, sino zoogreas de bacilos.

Coloreada la célula leprosa por el procedimiento de Cornil ó por el de Ehrlich, por el de Babès ó por el de Unna, se ve que está llena de bacilos, los cuales tienen la forma de un bastoncillo delgado, cuyas extremidades están á veces un poco adelgazadas; su longitud es la de la mitad ó la de $\frac{3}{4}$ del diámetro de un glóbulo rojo, y la latitud la de $\frac{1}{8}$ ó la de $\frac{1}{15}$ del mismo diámetro. Según Neisser, Hansen y Cornil, los bacilos tienen varias dilataciones nodulares, siendo las que generalmente se observan en una ó en ambas extremidades del bacilo verdadero esporos, en concepto de Leloir. Los bacilos que tienen tres ó cuatro dilataciones son más largos que los bacilos ordinarios. Á veces se ven largos filamentos, como articulados, que al parecer son bacilos unidos por sus puntas en forma de cadena. También se forman esporos en forma de rosario ó amontonados. Neisser habla de una especie de capa mucilaginosa alrededor de los bacilos, muy distinta cuando se coloran con la fuchsina preparaciones secas. La resistencia de los bacilos es muy grande, según Leloir, quien recuerda que Köbner encontró millares de bacilos en un fragmento de nódulo leproso, que se había desecado en un papel con que se le había envuelto diez años antes. Los bacilos no sólo se encuentran en las células leprosas, sino también en el moco, en la saliva y en el pus. Añadiendo una gota de agua á la preparación, pueden distinguirse los movimientos espontáneos de los bacilos, y así Hansen, Cornil y Leloir los han visto «doblar, retorcerse y volverse».

El epitelio de la laringe se conserva pavimentoso y cilíndrico en aquellas partes en donde es de una ó de otra clase en el estado normal, y sus células no pierden su forma, su protoplasma granuloso, ni su núcleo en la parte inferior de la laringe, pero en la superior, lo mismo que en todos los sitios en que la infiltración es grande, los núcleos están deformados en segmentos de círculos ó medias lunas, y el protoplasma es menos granuloso. La infiltración del epitelio es la que da á la cara inferior de la epiglotis el aspecto nodular y aterciopelado, que ofrece con frecuencia, y á la misma infiltración se debía sin duda el que ofrecían de muguet ó de difteria los tres enfermos del Hospital señalados con los núms. 4, 7 y 9. En el epitelio sólo muy rara vez se encuentra algún bacilo, tanto, que Masini duda si en él verdaderamente existían los pocos que halló, ó si fueron llevados á él al cortar la preparación. En cambio, entre el epitelio y la cara papilar del dermis, sitio

en que el infiltrado es abundante, también hay numerosos bacilos.

El tejido subepitelial es el que presenta mayores alteraciones. Las papilas son más gruesas y profundizan más. El tejido dérmico está hinchado por la infiltración difusa ó nodular, que, amontonada y libre en medio del tejido conjuntivo, ó encerrada en un estroma reticular, ó dispuesta en estratificación muy aparente, constituye la neoplasia leprosa, que tiene una tendencia decidida á la ulceración, aunque con lentitud. El dermis mucoso de la lengua en todo su espesor está infiltrado por esta neoplasia, que penetra hasta el tejido subdérmico, invade los músculos, separa sus fibras y las destruye. Las papilas, unas veces se han aplanado, otras han desaparecido y otras se presentan hipertrofiadas, vegetantes, como verrugosas. Así las tenía la enferma del Hospital señalada con el núm. 11. En la laringe, la infiltración difusa da lugar á una especie de edema duro, que se observa principalmente en la epiglotis. Un corte dado en este tejido infiltrado ofrece los caracteres de la laringitis esclero-gomosa, contiene muchas células leprosas, es poco vascular y tiende á la degeneración fibrosa. También puede sufrir la degeneración caseosa, y entonces aparecen úlceras superficiales, que tienen mucha semejanza con las tuberculosas. La enorme hinchazón de la mucosa laríngea deforma la epiglotis, dándole el aspecto abarquillado de prepucio edematoso ó de hocico de cerdo que con mucha frecuencia se observa; los ligamentos ariepiglóticos pierden sus contornos, y se presentan confundidos con los aritenoides, con el espacio interaritenoideo y con las bandas ventriculares; éstas ocultan las cuerdas, aminoran la capacidad de los ventrículos de Morgagni y estrechan la cavidad laríngea, llegando alguna, aunque rara vez, esta estenosis á un grado tal, que exige la traqueotomía. Las cuerdas vocales verdaderas pierden la forma de cintas y se convierten en cordones abultados. Masini las ha encontrado más gruesas que las bandas ventriculares. En la porción subglótica y en la tráquea, la infiltración no es tan grande como en la parte superior de la laringe; pero Taylor halló la tráquea, debajo de la herida traqueotómica, obstruída con un material fibroso teñido de sangre. Las glándulas mucíparas, tan abundantes en la mucosa laríngea, son invadidas por la neoplasia leprosa, que se introduce entre los acini, los separa, los comprime, los destruye y los sustituye. Por esta causa se encuentra siempre la membrana mucosa seca y brillante. Los músculos de la laringe, como los de la lengua, son penetrados por la materia tsarática que se interpone entre sus fibras, las disgrega, las reblandece y las hace desaparecer, lesiones que, unidas á las de los nervios, motivan las parálisis características de los tejidos afectados de lepra. En los nervios se verifica un proceso igual al de las glándulas y al de los músculos; Masini halló todos los pequeños filetes nerviosos de la laringe conteniendo

entre sus fibrillas células leprosas, pero los gruesos troncos, y especialmente el laríngeo superior, estaban libres de toda infiltración. Es probable que esta inmunidad de las grandes ramas fuera una simple particularidad del caso, pues en la laringe del leproso encontramos la analgesia y la anestesia, la paresia y la parálisis, que se encuentran en cualquiera otra parte del organismo atacada de lepra. Como los corpúsculos leprosos se agrupan alrededor de los vasos sanguíneos, también éstos se ven comprimidos y obliterados, convertidos en cordones sólidos, y por esta alteración se explican la anemia y la palidez de las mucosas enfermas. Aunque muchos autores sostienen que en los cartílagos, por estar desprovistos de vasos sanguíneos, no hay infiltración leprosa, Leloir dice que muchas veces ha encontrado bacilos en el pericondrio, ya en estado libre, ya encerrados en células redondas. Neisser también encontró bacilos en los cartílagos de la laringe, unos aislados, otros agrupados, ya entre las células cartilaginosa, ya en el interior de la misma célula al lado del núcleo.

Cuando se examina al microscopio el corte de un nódulo leproso, se observan varias zonas: una central, de color gris-amarillento, rodeada por otra morenuzca, y ésta, á su vez, por otra rojiza. De esta superficie brota un líquido rojo, viscoso, compuesto de glóbulos rojos de la sangre, más ó menos deformados, y tanto más abundantes cuanto el tubérculo es más joven, de células linfáticas abundantes y granulosa y de cierto número de las células redondas que contienen los bacilos. Los vasos sanguíneos se ven dilatados, á veces varicosos, sus paredes engrosadas, principalmente la túnica externa; pero cuando lo está también la interna, su calibre está disminuido ú obliterado, como ya se ha dicho. « Los lepromas — dice Leloir — contienen muchos vasos dilatados, varicosos, llenos de la materia colorante de la sangre. Á la larga, una parte del leproma se reabsorbe ó se elimina, otra se esclerosa, ó más bien se esclerosan los tejidos circundantes irritados. »

DIAGNÓSTICO. — Supuesto que las manifestaciones de la lepra en la laringe son muy posteriores á las de la piel, el diagnóstico de la laringitis leprosa es siempre fácil. Aquella cara manchada y deforme, aquellos arcos superciliares abultados y sin cejas, aquella frente arrugada y sembrada de tubérculos, aquella nariz ancha, aplastada, de orificios redondos, de mucosa muy roja ó muy pálida, de la cual mana un fluido moco-purulento, icoroso y fétido; aquellos labios gruesos y nodulares, aquella mirada vaga y extraña, aquella voz gangosa, aquellas manos oscuras, cubiertas de tubérculos y quizá de úlceras, tan deformes que algunas más parecen garras que manos, y, sobre todo, aquella anestesia pronunciadísima en todas las manchas, en todos los tubérculos y en todas las úlceras, son signos tan característicos de la

lepra, que no puede desconocerla el que siquiera los haya visto una sola vez. Pero como en algún caso pudiera suceder que las lesiones de la garganta fueran de distinta naturaleza que las de la piel, es decir, que el leproso fuera al mismo tiempo lupo, canceroso, sifilítico ó tuberculoso, conveniente es exponer los caracteres por los cuales se consigue diferenciar la lepra laringea de todas estas enfermedades, cuando se manifiestan en la garganta.

El lupus puede presentarse en la garganta sin que exista en la piel, y como esto nunca sucede en la lepra, basta ver limpio el tegumento externo para afirmar que la erupción de la garganta no es leprosa. El tubérculo leproso va precedido por una coloración roja, que después se vuelve blanca; el tubérculo lupo se desarrolla en una mucosa que conserva todos los caracteres normales. Los tubérculos de la lepra son blancos, blandos, de volumen variable, forman cadena ó rosario; la sensibilidad en ellos es la normal, ó está disminuída ó completamente abolida; los del lupus son rosados ó rojos, duros, resistentes y elásticos, mayores que los de la lepra, por lo común indolentes, pero conservándose en ellos la sensibilidad natural de la parte. Las úlceras de la lepra son superficiales, sus bordes poco distintos y supuran poco; las del lupus tienen los bordes duros y elevados, el fondo estrecho y sinuoso, y su secreción es abundante. Las cicatrices de la lepra y del lupus se parecen mucho por su aspecto y consistencia; pero se distinguen en que las primeras son insensibles y las segundas conservan la sensibilidad propia del sitio que ocupan.

El cáncer se diferencia de la lepra en que muchísimas veces aparece en la laringe, conservándose la piel sana. Aunque el cáncer se inicia como la lepra, por una gran congestión de la mucosa en que va á presentarse, la coloración se diferencia mucho en uno y en otro caso. Es la del cáncer una coloración roja, viva, rojo acarminada, rojo-cereza, y la de la lepra rojo-oscura, rojo-parda, rojo-leonada. En los primeros tiempos desaparece aquélla por un momento á la presión digital, ésta nunca se borra del todo, sólo se consigue aminorarla. Consérvase la coloración roja en el cáncer; la de la lepra es reemplazada por una palidez notable. Los tubérculos del cáncer son rosados, rojos ó grises; los de la lepra rojo-sucios, blancos opacos, amarillentos. Aquéllos son duros al principio, blandos luego, sesiles y asiento de dolores lancinantes, que desde ellos se irradian á las partes inmediatas. Los de la lepra son blandos, algunos pediculados, y tan faltos de sensibilidad, que pueden ser excindidos y cauterizados sin que el enfermo lo perciba. Con la superficial úlcera blanda y seca de la lepra contrasta la úlcera ancha y profunda del cáncer, de fondo irregular, de bordes duros como el cartilago, de secreción icorosa y sanguinolenta. En ambas enfermedades puede deformarse el cartilago tiroides; pero no he visto que en

la lepra adopte la forma que señala Isambert al del cáncer: la de la concha de una tortuga.

La sífilis tiene generalmente una evolución tan regular y constante que es difícil desconocerla. Sin embargo, como hay casos en que el fenómeno inicial es muy poco manifiesto y pasa inadvertido; como ni la roseola, ni la sífilide papulosa lenticular, ni los infartos de los ganglios cervicales posteriores, ni las placas mucosas en las fauces, ni los dolores osteocopos se han presentado, á lo menos con suficiente fuerza para llamar la atención del enfermo, puede suceder que éste, de buena fe, afirme que nunca ha tenido padecimiento alguno sífilítico, y, sin embargo, sea un leproso en cuya garganta existan lesiones determinadas por la sífilis. Además, la placa mucosa sífilítica se parece mucho á aquellas úlceras leprosas que hemos visto cubiertas por una capa blanca cremosa ó blanca opalina, y rodeadas por una mucosa roja y tumefacta. Pero la coloración de la sífilis, aunque rojo-oscura, cobriza, no es la coloración rojo-parla leonada de la lepra; la anestesia de la placa leprosa se diferencia bien de la hiperestesia de la placa sífilítica. Las úlceras sífilíticas secundarias se diferencian de las leprosas en que aquéllas son más bien erosiones que úlceras, y éstas, aunque por lo común superficiales, son verdaderas úlceras. Las que se presentan en el tercer periodo de la sífilis son más redondas, más profundas, sus bordes cortados á pico y más prominentes que los de las leprosas; además, están rodeadas de una areola inflamatoria, cuando éstas aparecen en medio de una mucosa pálida y anémica. Todas las manifestaciones sífilíticas de la garganta tienen una evolución mucho más rápida que las de la lepra, por lo cual los destrozos que aquéllas determinan se verifican en un tiempo muy corto, comparado con el que la lepra emplea en producir algo semejante. Por último, el tratamiento antisífilítico, modificando ventajosamente y pronto las lesiones sífilíticas, es ineficaz ó perjudicial en las leprosas.

La tuberculosis se diferencia de la lepra en que, así como ésta aparece en la garganta después de haber causado estragos en la piel, aquélla, por lo general, aparece en la laringe después de haber lesionado los pulmones, y cuando es primitiva de la laringe, no pasa mucho tiempo sin que la percusión y la auscultación nos indiquen que el padecimiento ya existe en el pecho. Las úlceras tuberculosas se presentan primero en las cuerdas, después en el espacio interarritenoideo- y últimamente en la epiglotis; lo contrario de lo que se observa en la lepra. Son las úlceras tuberculosas múltiples, pequeñas, irregulares, con fondo sucio y gris, ó granuloso y elevado, con areola limitada. Las úlceras leprosas son, por lo común, únicas, extensas hasta cubrir toda una región ó toda una parte, de fondo irregular y tuberculoso, sin areola roja, en medio de tejidos muy pálidos. Las úlceras de la tu-

berculosis son doloridas, las de la lepra indolentes. Los bacilos de la tuberculosis penetran desde luego en las células endotélicas de los vasos linfáticos, y luego en los leucocitos; los de la lepra invaden preferentemente las células fijas del tejido conjuntivo. Los primeros son más raros, y comúnmente no se encuentra más que uno en cada célula; los segundos, ordinariamente se hallan en masas compactas que sustituyen en totalidad al protoplasma de las células. Los primeros se propagan con facilidad por las vías linfáticas y a lo largo de los vasos sanguíneos; los segundos a lo largo de los tendones y de los nervios. Los primeros se desenvuelven en los tejidos más rápidamente que los segundos; su eliminación, fuera del organismo, es más fácil, porque: 1.º, se hallan en parte aislados ó incluidos en los leucocitos; 2.º, el producto tuberculoso está situado en tejidos que permiten más fácilmente su expulsión al exterior, y 3.º, la destrucción de los nódulos tuberculosos sirve para la eliminación de las bacterias. En los productos tuberculosos hay menos bacilos que en los de la lepra. Los bacilos de la tuberculosis, aun en las formas más diseminadas, permanecen mucho tiempo limitados a los productos tuberculosos; los de la lepra tienden a propagarse a todo el organismo, ocupando algunas células epiteliales ó plasmáticas en los órganos sanos ó poco modificados. Tales son las diferencias entre el bacilo de la tuberculosis y el de la lepra, que señalan Kalindero y Babès, las cuales no están de más, porque hoy se nota cierta tendencia a asimilar la lepra, como el lupus, a la tuberculosis. Dice Ehrlich (1): « En cuanto a la importancia diagnóstica de la tuberculina, se ha probado prácticamente que la ocurrencia de la reacción local confirma la existencia del tubérculo. Entre las numerosas enfermedades en que las propiedades reactivas de la tuberculina han sido testificadas, hay solamente dos, además de la tuberculosis, en que en algunos casos se ha observado una reacción local con resultados benéficos, a saber: la actinomicosis y la lepra. En ésta, las propiedades morfológicas y tintóreas del organismo específico, aun antes de la introducción de la tuberculina, habían indicado un estrecho parentesco con la tuberculosis. Los fenómenos especiales de reacción local que ocurren en estas dos enfermedades no disminuyen realmente el valor diagnóstico de la tuberculina para fines prácticos en la tuberculosis, porque las dos enfermedades en cuestión se distinguen fácilmente.» La pericondritis y la infiltración edematosa, que muchas veces acompañan a la tuberculosis, pudieran ser confundidas con las que aparecen en la lepra, pero en aquélla el infiltrado es más blando, como trasluciente, y el de ésta es más duro, de un blanco opaco sucio.

(1) "The treatment of tuberculosis... — "The Lancet., 24 October 1891.

PRONÓSTICO. — Ya se considere la laringitis leprosa en sí misma, ya se la estudie como una parte de la enfermedad general, su pronóstico siempre es muy grave. Sin tendencia alguna á la curación espontánea y sin que haya un solo medicamento que tenga sobre ella influencia benéfica completa, la lepra, á fines del siglo XIX, inspira el mismo terror que en la época de las Cruzadas y que en los tiempos de Moisés. Para Lennox-Browne su estudio no presenta más que un interés puramente especulativo, porque la enfermedad ha resistido todos los tratamientos; Leloir dice que la lepra termina fatalmente, sin dar importancia á las que él llama pretendidas curaciones de Campana, Unna, etc. Yo confieso que la lepra, después de condenar al atacado por ella á una vida asquerosa y miserable, concluye indefectiblemente por la muerte; pero no rechazo las curaciones de autorizados dermatólogos, pues tengo la pretensión de haber observado una. La Hermana de la Caridad que en el cuadro de mi consulta particular tiene el número 2, se me presentó hace seis años, diciéndome que hacía cinco le había aparecido la enfermedad que tenía en la piel. Encontré en la cara y en las extremidades manchas de color pardo, de extensión varia, de forma irregular, ampollas llenas de un líquido amarillento y transparente las más, pero algunas contenían serosidad sanguinolenta; había muchas de diferentes tamaños, las más pequeñas como guisantes, las más grandes como nueces; estaban esparcidas, eran más numerosas en la cara externa de los antebrazos, de los muslos y de las piernas que en las otras regiones; tenían una duración muy corta, pues, por lo general, á las cuarenta y ocho horas se rompían, el contenido se derramaba y la epidermis en una parte quedaba cubriendo el dermis, y en otras se desprendía. En el primer caso se veían escamas más ó menos anchas, grises ó negruzcas; en el segundo resultaban úlceras superficiales, lisas, con poca secreción y sin areola inflamatoria. En algunos puntos la sangre, el pus y la serosidad, concretándose, formaban costras. La sensibilidad estaba muy disminuida en los sitios ocupados por las erupciones, y al mismo tiempo la enferma se quejaba de dolores como calambres, que aparecían de repente, sin que el calor, el frío, la presión ni causa conocida los provocara; pero eran tan intensos, que constituían un verdadero tormento para ella. Lo mismo aparecían en la cara que en el tronco, pero en las extremidades eran más fuertes. Por temporadas perdía el tacto en las manos, las sentía dormidas, como acorchadas. La vista no era muy clara, había perdido totalmente el olfato, oía bien y la voz era gangosa. La conjuntiva palpebral pálida y recorrida por vasos varicosos; la mucosa nasal pálida y seca; la del paladar blando, blanca y adelgazada, menos en la parte correspondiente á los arcos y pilares, que estaba violácea. La insensibilidad del velo era tal que no se daba cuenta de si se lo pinchaba ó no

con un alfiler; además estaba paráltico y se movía pasivamente cuando hacía una fuerte espiración. La úvula, muy pálida y de punta muy fina, no se contraía por más que se la estimulara. Con repetición se presentaban calenturas de tipo intermitente. En su familia, ninguno había padecido enfermedad semejante; su madre había muerto tísica. Cuando entró en la Orden religiosa estaba sana, y hasta entonces, es decir, hasta los cinco años de tener la lepra, no había estado en hospital de leprosos. A pesar de no existir antecedente alguno específico, la receté el jarabe de Gibert, que pronto tuve que suspender, porque alteró la digestión y determinó la estomatitis mercurial. En seguida la receté una disolución de arseniato de sosa para tomar á dosis progresivas, empezando por 5 miligramos hasta llegar á 2 centigramos, y desde esta dosis se volvía á descender hasta los primeros 5 miligramos; y así, subiendo y bajando, sostuve la medicación arsenical durante tres años. Tomaba al mismo tiempo la tintura de eucalipto en una infusión de corteza de quina; se la administraba la quinina siempre que la calentura intermitente lo exigía, y se estableció una higiene rigorosísima. Como tratamiento local, los polvos de coaltar á las úlceras, picar las flictenas para dar salida al líquido contenido y conservar la epidermis. Todos los veranos iba á las aguas sulfurosas selenio-arsenicales de Carratraca, las que tomaba en bebida, y en las que se bañaba durante un mes ó mes y medio. Durante tres años permaneció bajo mi cuidado, observando escrupulosamente mis preceptos, y tuve la satisfacción de ver su piel libre de manchas, de flictenas y de úlceras, la sensibilidad normal reaparecer en todas partes, recobrar el tacto y el olfato, aunque no del todo, la voz perder su tono nasal, la mucosa palatina tomar su color rosado, y como recuerdo de su enfermedad no quedar más que una piel áspera y escamosa (pitiriásica) en brazos y piernas y algunas punzadas que de repente siente en una y otra parte del cuerpo, pero instantáneas. Otros tres años han pasado desde que se despidió de mí la enferma, y cuando la vi en el Hospital de San Lázaro, hace un mes, no se había desmentido la curación. Debo decir que ha continuado tomando las medicinas y observando el mismo plan higiénico que la prescribí cuando estaba bajo mi dirección. Esta constancia, este buen género de vida, ¿no habrán influido poderosamente en la curación de esta enferma? Yo lo creo, pues he tenido otros varios enfermos que han mejorado bastante con una medicación parecida á la anterior, pero que á los pocos meses de tratamiento se cansaban, abandonaban la medicación, quebrantaban la higiene y se retiraban, perdiendo en pocos días las ligeras ventajas que se habían alcanzado durante meses.

Si he visto estas mejorías, si puedo hablar de un caso, al parecer curado, después de tres años, á pesar de habitar en una leprosería, no

seré yo el que niegue las curaciones de Campana, de Unna, de Fox. No pretendo convertir éstas en reglas, ni darles más importancia de la que verdaderamente tienen; pero ellas nos animan á trabajar en favor del leproso, á pesar de que el pronóstico de la enfermedad se haga gravísimo y mortal, como por desgracia casi siempre lo es.

La lepra de la laringe puede también ser mortal por los desórdenes que en el mismo órgano se producen, y Lennox-Browne dice que no es rara la muerte por edema de la glotis. Convento en que es muy posible que así suceda en algún caso; pero al recordar lo bien que respiran todos los leprosos que yo he visto, me veo obligado á sostener que la muerte por estenosis de la glotis es muy rara.

TRATAMIENTO. — Todos los autores convienen en que no se conoce remedio eficaz y seguro contra la lepra; pero empezando por Moisés y concluyendo por los médicos encargados de la asistencia de los enfermos acogidos hoy en las leproserías de los países infectados, todos también sostienen que la higiene ejerce una influencia benéfica sobre tan terrible mal.

La traslación de los enfermos á puntos en donde la enfermedad no sea endémica, es el primer precepto higiénico para el lazareto; desgraciadamente, la posición social de éste, por lo común, dista mucho de aquella que se requiere para poder verificar estas traslaciones. Conviene que la habitación del enfermo esté situada fuera de poblado, lejos de los ríos, lagunas, pantanos y de todo lugar infeccioso; que ocupe un terreno elevado para que no haya humedad y si ventilación. Es preferible la morada en una cabaña á la habitación en un hospital. La alimentación debe ser nutritiva y de fácil digestión, proscribiendo las grasas, los pescados azules, las salazones, las carnes negras y las ahumadas. El vestido, ante todo, ha de ser limpio, luego adaptado á las necesidades de la estación. La piel se conservará limpia por medio de frecuentes baños; en rigor convendría que el leproso se bañara todos los días. El dormitorio estará aislado, es decir, en cada aposento no debe haber más que un enfermo, y las personas sanas tendrán sus lechos en habitaciones distintas. Las que ocupe el leproso para dormir no se ocuparán durante el día, y sus balcones y ventanas se conservarán abiertos hasta el momento de acostarse el paciente, y si el clima lo permite, tampoco se cerrarán por la noche. El ejercicio al aire libre, siempre que el tiempo lo permita, es muy beneficioso para el enfermo.

Como medicación general, se han recomendado los arsenicales y los iodados, el ictiol, el aceite de chaulmugra (*oleum gynocardiaæ*), el ácido fénico y la creosota, el bálsamo de gurjun y la esencia de eucalipto, etc., etc. De todos estos medicamentos se han referido resultados beneficiosos, pero los que obtuvo un práctico no los consiguió otro, y

hasta el mismo que vió realizarse una mejoría más ó menos completa en un caso, tuvo el dolor de observar en otro su ineficacia, ó en él mismo notar que se había perdido el poder curativo que al principio mostraba. Tal-me ha sucedido con el arseniato de sosa; en el caso de la Hermana de la Caridad, ya referido, parece haber determinado la curación; en el de la señorita cubana y en algunos otros, notable mejoría; pues durante su administración vi cicatrizar las úlceras, reabsorberse los tubérculos, borrarse las manchas, calmarse los dolores, desaparecer la anestesia, despertarse el tacto y mejorarse el olfato, pero pasaban algunos días, cuando más algunos meses, y volvían á aparecer los mismos fenómenos. ¿Era debido esto á la evolución natural del padecimiento, ó el medicamento tenía verdadera influencia sobre el mal? Quizá yo quiera ilusionarme, pero me inclino á creer que la medicación no era extraña á la mejoría, pues ésta se presentó unicamente en aquellos enfermos que con solicitud y constancia siguieron mis preceptos. En los que tomaban las medicinas durante algunos días, semanas ó meses, y luego las abandonaban; en los que no podían ó no querían someterse á la más rigurosa higiene, no conseguí alivio alguno con la medicación tónica y antiséptica al interior, y con la antiséptica y estimulante local.

Prescindiendo de la que empleaba en las lesiones cutáneas, diré que los tubérculos de la garganta desaparecían bajo la acción de la galvanocautia y de la aplicación de la pasta de Mackenzie; que las irrigaciones á la nariz y á la garganta con una disolución de resorcina al 1 por 100, y la aplicación del iodoformo disuelto en éter sobre las úlceras, mejoraron el aspecto de éstas, y que los toques á toda la mucosa enferma con una disolución de cloruro de zinc al 1 por 100, parecían apresurar la cicatrización de las úlceras y la reabsorción del infiltrado. La inyección intersticial del tubérculo con una disolución de ácido láctico fué empleada en el enfermo núm. 9 de la policlínica; se consiguió la inflamación y la supuración del tubérculo, pero nada más; por lo cual fué abandonada por la acción de la punta galvanocáustica que era más eficaz, de más fácil aplicación y menos expuesta á accidentes.

Como todos mis enfermos deglutían y respiraban perfectamente, nada tuve que hacer en beneficio de estas funciones; pero si la parálisis ó el dolor impidieren ó dificultaren la primera, habrá que alimentar al enfermo por medio del tubo del estómago; y si la estenosis fuera tal que comprometiera la vida, habría que recurrir á la traqueotomía y no al entubamiento, como he leído en algún escritor, pues este método, que yo prefiero á la traqueotomía en las enfermedades agudas, no lo encuentro aplicable en los padecimientos crónicos.

En cuanto Koch dió á conocer su remedio contra la tuberculosis y se observaron sus innegables y sorprendentes efectos en el lupus, mu-

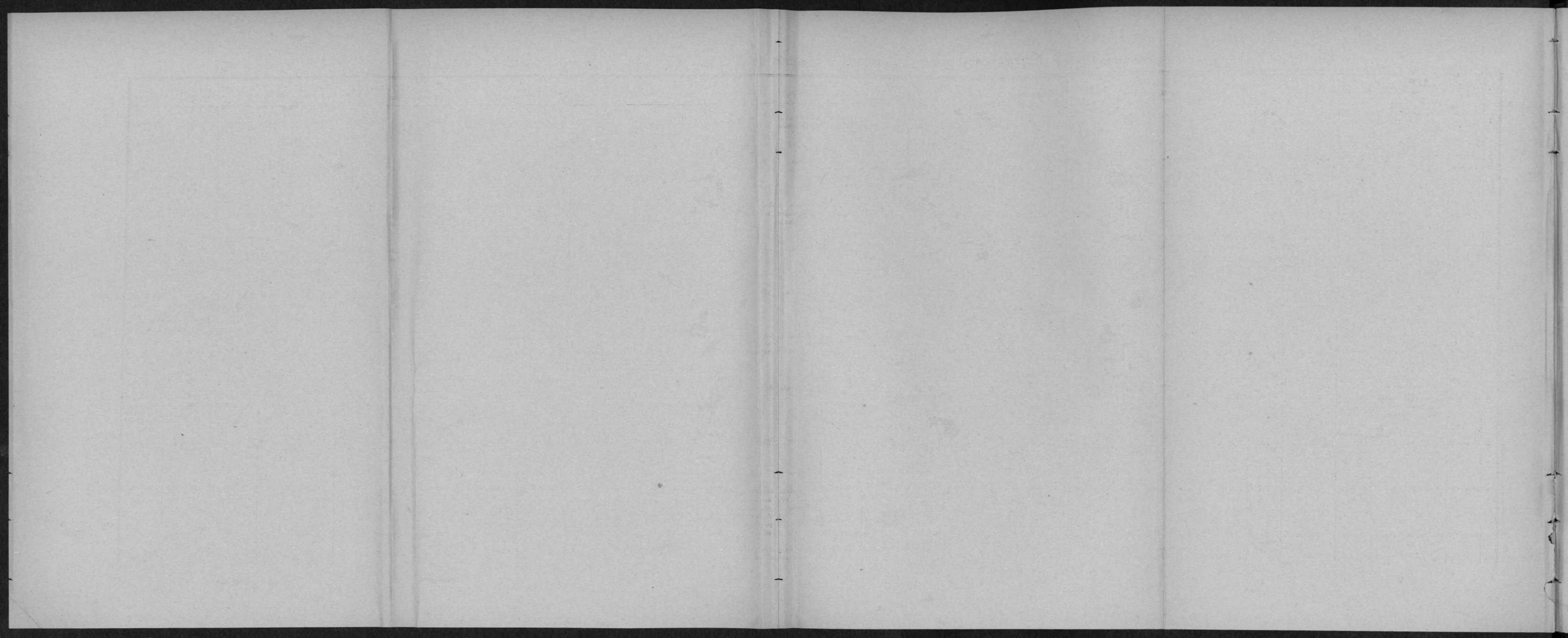
chos experimentadores de la tuberculosis la inyectaron á los leprosos. Yo fui uno de ellos, y desde el día 4 de Marzo de 1891, hasta el 30 de Mayo del mismo año, hice 60 inyecciones á la enferma de mi consulta particular señalada con el núm. 8. Empecé inyectando $\frac{1}{2}$ milígramo de tuberculina y llegué hasta 11 centigramos, que inoculé los días 29 y 30 de Mayo. La reacción general fué siempre muy moderada, pues solamente en los días 22 y 25 de Mayo, en que se inyectaron 8 y 10 centigramos, marcó el termómetro 39° ; los demás días no pasó la cifra térmica de 38° y algunas décimas. No observé el acúmulo de la acción del remedio de que hablan Kalindero y Babès, pues habiendo repetido las inyecciones muchos días seguidos, fueron pocos aquellos en que, pasadas ocho ó nueve horas, la temperatura no descendía á 37° , á 37° y alguna décima y á $36^{\circ},8$. La reacción local fué de las más notables desde las primeras inoculaciones, y vimos abultarse y encenderse más todos los tubérculos, adquiriendo algunos de los de la cara el tamaño de garbanzos; los del pecho fueron los que primero empezaron á marchitarse, hasta que se aplanaron del todo y quedó en el sitio que ocupaban una mancha rojiza cubierta por una escama blanca sucia; muchas de éstas, al caer, dejaban la piel completamente sana. El 21 de Abril había perdido la cara el aspecto leontíásico, que era pronunciadísimo cuando vino al tratamiento. Se cicatrizaron los bordes de la pérdida de sustancia del paladar blando, desapareció el grupo tuberculoso de la mucosa palatina, quedando en su lugar una coloración rojo-oscura. Desde el día 5 de Mayo no volvió á presentarse reacción local, á pesar de lo que se elevaba la dosis de la inyección, por lo cual suspendimos ésta al terminar el mes, viendo que no obteníamos mejoría alguna; y hoy ha vuelto á presentarse ya la característica tumefacción superficial, aunque no tan exagerada como antes de las inyecciones.

En uno de los leprosos inyectados por Kalindero y Babès, la voz estaba completamente extinguida, y la reacción provocada por la tuberculina fué seguida por la emisión clara de los sonidos. Puede, pues, decirse que la tuberculina tiene una acción benéfica sobre la lepra, y aunque hasta ahora no haya procurado curación alguna, los efectos que se han mostrado exigen que se siga experimentando para saber hasta dónde puede llegar la utilidad de este remedio.

Desde que escribí las anteriores líneas han pasado varios meses, y no sé que se hayan hecho nuevos ensayos con el invento de Koch; presumo que el sabio bacteriólogo alemán no lo habrá abandonado, sino que continuará trabajando silenciosamente en su laboratorio para lograr algún día el éxito completo de lo que hasta ahora no ha sido más que pálido destello de consoladora esperanza. »]

Cuadro de los enfermos leprosos tratados por el profesor Dr. Ramón de la Sota y Lastra en la Policlínica de la Escuela de Medicina de Sevilla durante catorce años.

N.º	Edad y sexo.	Naturaleza	Familia.	Profesión	Alimentación.	Contagio.	Duración de la piel	Duración en la garg.	Sitio en la piel.	Nariz.	Mucosa bucal.	Lengua.	Paladar duro.	Paladar blando.	Úvula.	Pilares.	Amígdalas.	Faringe.	Epliglotis.	Repliegues ariepiglóticos.	Aritenoides.	Espacio interaritenoides.	Bandas ventriculares.	Cuerdas vocales.	Tráquea.	Esqueleto.	Voz.	Respiración.	Masticación.	Deglución.
1	24 varón.	Triana (Sevilla).	Sana.	Panadero	Común.	Baño público.	1 año.	2 meses.	Todo el cuerpo.	Mucosa tumefacta y roja.	Sana.	Sana.	Tubérculos	Tubérculos	Hipertrofiada.	Rojos y abultados.	Tumefactas.	Roja y granulosa.	Roja.	Rojos y gruesos.	Hinchados.	Rojo.	Rojas y tumefactas.	Visible sólo en los bordes que están rojos y redondos.	Invisible.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
2	32 varón.	Sevilla.	Sana.	Marinero	La del oficio.	No.	1 año.	No sabe.	Cara y extremidades.	Hinchada.	Sana.	Sana.	Tubérculos blancos.	Tubérculos blancos.	Tubérculos blancos.	Rojos oscuros.	Sanas.	Roja y granulosa.	En forma de hocico de cerdo con tubérculos.	Gruesos y con tubérculos.	Hinchados.	Hinchado.	Sanas.	Rosadas y lentas en sus movimientos.	Sana.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
3	11 varón.	Sevilla.	Tío leproso.	Labrador	Mucho aceite.	No.	1 año.	No sabe.	Cara y extremidades.	Hinchada.	Labios infiltrados.	Sana, un tubérculo blanco sucio en la fosa glosa-epiglótica derecha.	Manchas rosadas.	Manchas rojas.	Edematosa	Rojos oscuros.	Tumefactas.	Roja y granulosa.	Tumefacta, abarquillada y roja.	Rojos y gruesos.	Rojos.	Rojo.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
4	28 varón.	Orense.	Sana.	Cargador	Común.	No.	1 año.	No sabe.	Cara y extremidades.	Con tubérculos	Sana.	Sana.	Tubérculos	Rojo y tumefacto.	Hipertrofiada y roja.	Rojos y abultados.	Sanas.	Roja.	Sana.	Sanos.	Hinchados.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
5	37 varón.	Benacazón (Sevilla).	Sana.	Panadero	Común.	No.	1 año.	4 meses.	Todo el cuerpo.	Con tubérculos	Sana.	Salpicada de tubérculos como cabezas de alfiler.	Placa tuberculosa	Tubérculos esparcidos.	Roja.	Rojos.	Sanas.	Roja y granulosa.	En forma de hocico de cerdo.	Hinchados.	Hinchados.	Sano.	Tumefactas.	Invisibles.	Invisible.	Natural.	Ronca y gangosa.	Ligera disnea a los movimientos.	Buena.	Buena.
6	22 varón.	Jaén.	Sana.	Tejero.	Común.	No.	4 años.	2 años.	Cara y extremidades.	Deformada por falta de puente.	Pálida.	Pálida y con tubérculos y fisuras transversales.	Placa tuberculosa ulcerada.	Placa tuberculosa ulcerada.	Perdida.	Rojos morados.	Atrofiadas.	Roja.	En forma de hocico de cerdo con tubérculos blancos y rígida.	Pálidos, gruesos y con tubérculos.	Hinchados y ulcerados.	Pálido y con tubérculos.	Pálidas y con tubérculos.	Invisibles.	Invisible.	Abultado y cilíndrico.	Gangosa y afónica.	Ahogo a cualquier esfuerzo.	Buena.	Dolorosa y difícil.
7	72 varón.	Lora del Río (Sevilla).	Sana.	Portero.	Buena.	No.	No se acuerda.	7 meses.	Cara y extremidades.	Hinchada.	Pálida.	Con grietas.	Tubérculos	Perdido.	Perdida.	Ulcerados.	Ulceradas.	Pálida y granulosa	En forma de hocico de cerdo con tubérculos, caída.	Invisibles.	Hinchados y ulcerados.	Invisible.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Natural.	Gangosa y afónica.	Ahogo a cualquier esfuerzo.	Dolorosa y difícil.	Dificilmente los líquidos salen por la nariz.
8	41 varón.	La Algaba (Sevilla).	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	3 años.	2 años.	Cara y extremidades.	Con tubérculos	Sana.	Sana.	Tubérculos	Tubérculos	Tubérculos	Tubérculos	Sanas.	Sanas.	En forma de hocico de cerdo con tubérculos.	Gruesos y con tubérculos.	Tubérculos.	Sano.	Tumefactas y con tubérculos.	Gruesas y con tubérculos.	Invisible.	Abultado en forma de pectora de ave.	Gangosa y afónica.	Libre.	Buena.	Buena.
9	20 varón.	Sevilla.	Sana.	Cochero.	Común.	No.	8 meses.	No sabe.	Cara y extremidades.	Con tubérculos	Salpicados de tubérculos, carrillos y labios.	Tubérculos esparcidos.	Salpicado de tubérculos.	Manchas rojas y tub. como cabezas de alfiler.	Tubérculos	Rojos con algún tubérculo.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Sanos.	Sanos.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
10	48 varón.	Fuente de Cantos (Sevilla).	Sana.	Mínero.	Buena.	No.	1 año.	No sabe.	Cara y extremidades.	Mucosa roja.	Sana.	Sana.	Manchas y tubérculos.	Manchas y tubérculos.	Tumefacta.	Rojos.	Sanas.	Sanas.	Roja, hinchada y abarquillada.	Sanos.	Sanos.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Natural.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.

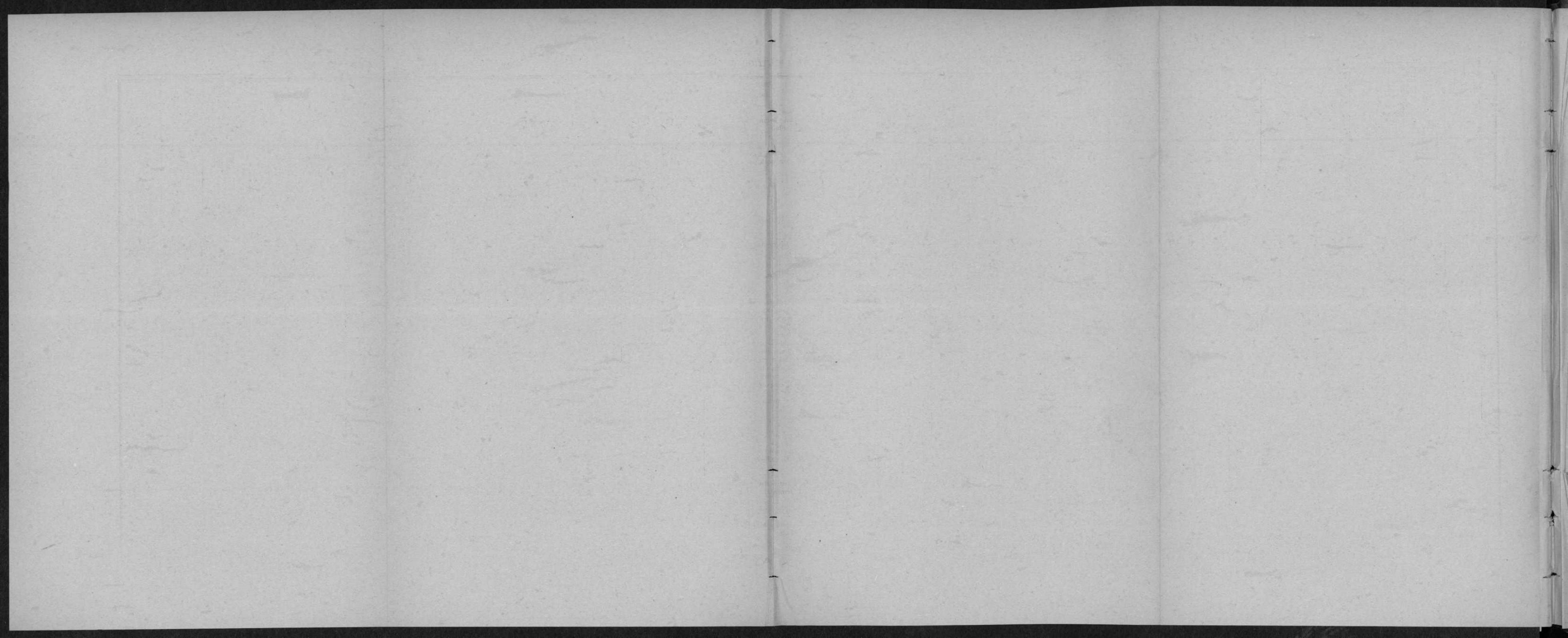


Cuadro de los leproso observados por el profesor Dr. Ramón de la Sota y Lastra en su consulta particular.

N.º	Edad y sexo.	Naturaliza	Familia.	Profesión	Alimentación.	Contagio.	Duración en la piel.	Duración en la garg. ^a	Sitio en la piel.	Nariz.	Mucosa bucal	Lengua.	Paladar duro.	Paladar blando	Úvula.	Pilares.	Amígdalas.	Faringe.	Epiglotis.	Repliegues aritenoidales.	Aritenoides.	Espacio interaritenoides.	Bandas ventriculares.	Cuerdas vocales.	Voz.	Respiración.	Masticación.	Deglución.
1	33 varón.	Viso del Alcor (Sevilla).	Un tío tuvo enfermedad de la piel.	Panadero	Común.	No.	12 años.	9 años.	Todo el cuerpo.	Tabique perforado.	Sana.	Sana.	Tubérculos blanquecinos.	Tubérculos blanquecinos.	Tubérculos blanquecinos.	Rojos.	Sanas.	Tubérculos blanquecinos.	Sana	Sanos.	Tumefactos.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Gangosa.	Imposible por la nariz.	Buena.	Buena.
2	32 mujer.	Valencia.	Madre tísica.	Hermana de la Caridad.	Común.	No.	5 años.	No sabe.	Cara y extremidades.	Mucosa tumefacta.	Sana.	Sana.	Pálido.	Pálido y paratítico.	Pálida.	Rojos oscuros.	Sanas.	Granulosa.	Sana.	Sanos.	Sanos.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Gangosa.	Buena.	Buena.	Buena.
3	26 varón.	(1)	Madre leprosa.	Labrador	Mucho aceite.	No.	1 ½ años.	9 meses.	Cara y extremidades.	Pústulas y costras y tumefacción.	Pálida y sembrada de tubérculos.	Sana.	Pálido.	Pálido y lleno de tubérculos.	En forma de bola de superficie granulosa.	Redondos y cubiertos de tubérculos.	Abultados y con tubérculos.	Granulosa y muy pálida, é insensible.	En forma de hocico de cerdo y rígida.	Llenos de tubérculos.	Tumefactos.	Un grupo de tubérculos.	Abultadas, pálidas y con tubérculos.	Invisibles.	Ronca y gangosa.	Imposible por la nariz.	Buena.	Buena.
4	22 mujer.	Isla de Cuba.	Sana.		Buena.	No.	10 años.	No sabe.	Manos y pies.	Mucosa tumefacta y ulcerada.	Pálida.	Sana.	Pálido.	Pálido y paratítico.	Pálida.	Rojos oscuros.	Pálidas y atrofiadas.	Pálida y granulosa.	Pálida y muy delgada.	Pálidos.	Apenas se distinguen.	Sano.	Pálidas y atrofiadas.	Blancas y lentas en sus movimientos.	Gangosa.	Un poco molesta por la nariz.	Buena.	Buena.
5	28 varón.	Alcalá de Guadaíra (Sevilla).	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	6 años.	3 ½ años.	Cara y extremidades.	Deformada por los tubérculos.	Tubérculos en labios y carrillos.	Con eminencias pilares y fisuras transversales.	Con muchos tubérculos.	Placa ulcerada y tuberculosa en el medio.	Ulcerada y abultada.	Rojos oscuros.	Sanas.	Seca, brillante y granulosa.	En forma de hocico de cerdo y abatida.	Invisibles.	Hinchados.	Tumefacto.	Invisibles.	Invisibles.	Gangosa.	Buena.	Dolorosa.	Buena.
6	59 varón.	Bollullos del Condado (Huelva).	Sana.	Cabrero.	Común.	No.	2 años.	No sabe.	Cara y extremidades.	Abultada por los tubérculos.	Pálida.	Con muchos tubérculos y muchas fisuras transversales.	Sembrado de tubérculos.	Placa tuberculosa.	En forma de bola.	Los posteriores abultados por los tubérculos.	Atrofiadas.	Pálida y granulosa.	No se dejó reconocer con el lagingscopio.						Gangosa.	Buena.	Buena.	Buena.
7	23 varón.	(2)	Sana.	Estudiante de Medicina.	Buena.	No.	Unos 2 años.	Pocos meses.	Cara y manos.	Mucosa pálida tumefacta.	Pálida.	Sana.	Salpicados de tubérculos muy pequeños.	Alguno que otro tubérculo como una cabeza de alfiler.	Hipertrofiada.	Rojos y granulosa.	Sanas.	Seca, brillante y granulosa.	Tumefacta y abarquillada, con dos tubérculos uno a cada lado.	Sanos.	Coronado cada uno por un tubérculo.	Sano.	Sanas.	Grisas.	Gangosa.	Algo molesta por la nariz.	Buena.	Buena.
8	55 mujer.	La Rambla (Córdoba).	Sana.		Buena.	No.	50 años.	40 años.	Todo el cuerpo.	Tumefacta, grupo de tubérculos sobre la trompa, otro en la bóveda.	Sana.	Sana.	Sano.	Con pérdida de sustancia.	Perdida.	Rojos y granulosa.	Sanas.	Seca, brillante y granulosa.	Abatida.	Invisibles.	Hinchados.	Invisible.	Invisibles.	Invisibles.	Gangosa.	Imposible por la nariz.	Buena.	Los líquidos salen por la nariz.
9	25 mujer.	Cabra (Córdoba).	Padre y una prima tísicos. La abuela tuvo una erupción.		Buena.	No.	8 años.	7 ½ años.	Cara y extremidades.	Nariz deformada, la mucosa pálida con tubérculos y mucha secreción moco-purulenta.	Sana.	Sana.	Pálido, faja oscura en el centro con tres tubérculos pequeños.	Grandes tubérculos en la línea media.	Muy pequeña, blanca, con cicatrices.	Anteriores lividos, arcos con cicatrices blancas y radiadas; tubérculos pequeños, grandes en los posteriores.	Sanas.	Granulosa.	En forma de precucio edematoso, sembrada de tubérculos.	Con dos tubérculos simétricos.	Hinchados y blancos.	Con un grupo de tubérculos.	Salpicadas de tubérculos.	Cenicientas con granulaciones, bordes desiguales y torpes en sus movimientos.	Gangosa.	Buena.	Buena.	Buena.

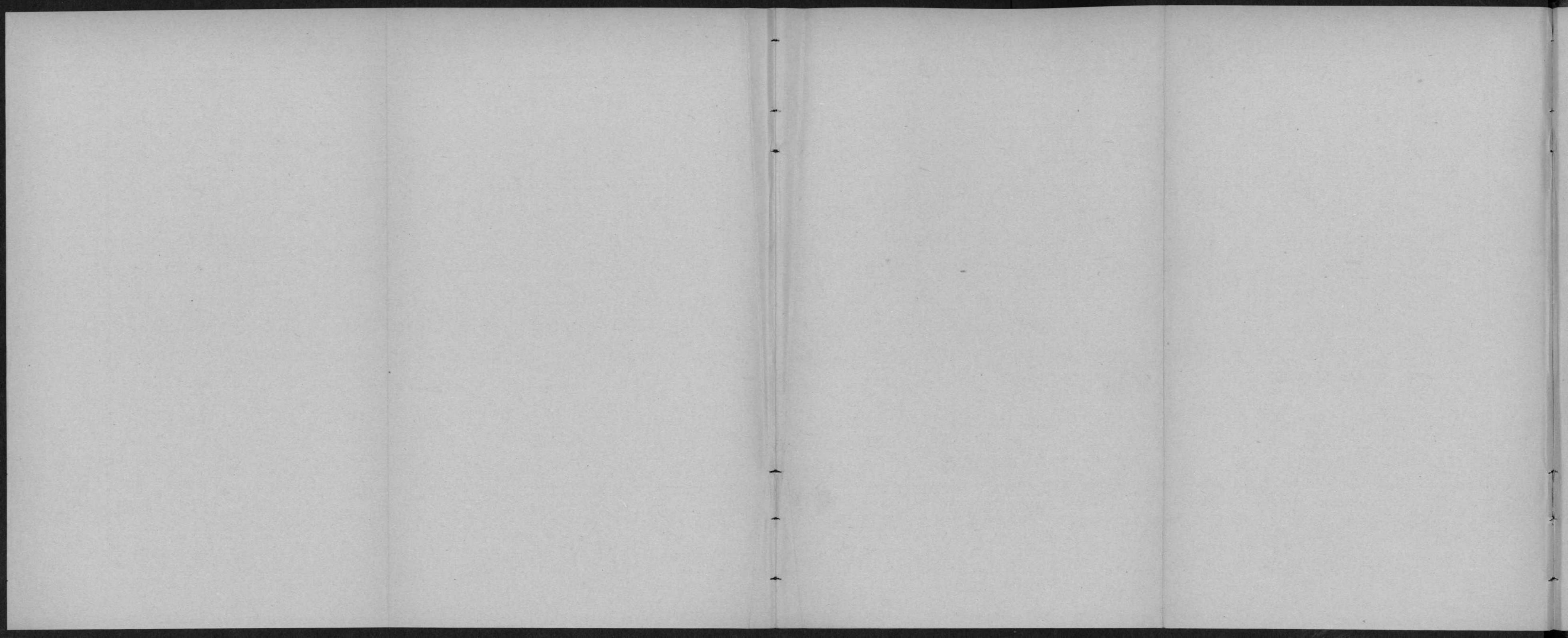
(1) Sobre este enfermo di una lección clínica que se publicó en "El Anfiteatro Anatómico Español", del 31 de Marzo de 1878; de ella tomo los datos para el cuadro, y como no consigné el pueblo de donde era el enfermo, no puedo fijarlo ahora, porque no lo recuerdo.

(2) Temiendo que el enfermo quisiera leer mi juicio en el libro de mi consulta, no escribí la observación; por lo tanto, voy consignando los caracteres, según los recuerdo, y he olvidado el pueblo y la duración exacta del padecimiento.



Cuadro de los enfermos observados en el Hospital de San Lázaro, de Sevilla, en el mes de Diciembre de 1891, por el profesor Dr. Ramón de la Sota y Lastra.

N.º	Edad y sexo.	Naturaleza.	Familia.	Profesión.	Alimentación.	Contagio.	Duración de la piel.	Duración en la garg.ª	Sitio en la piel.	Nariz.	Mucosa bucal.	Lengua.	Paladar duro.	Paladar blando.	Úvula.	Pilares.	Amígdalas.	Faringe.	Epiglotis.	Repliegues ariepiglóticos.	Aritenoides.	Espacio interaritenoidal.	Bandas ventriculares.	Cuerdas vocales.	Tráquea.	Voz.	Respiración.	Masticación.	Deglución.
1	28 varón.	Cabra (Córdoba).	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	5 años.	3 años.	Cara y extremidades.	Hinchada.	Grandes tubérculos blancos.	Tubérculos grandes y estriados transversales.	Dos grandes tubérculos detrás de los dientes incisivos medios.	Úlcera prolongada, superficial y granulosa.	En forma de bola.	Tubérculos blancos y numerosos en los posteriores.	Atrofiadas.	Granulosa.	En forma de hocico de cerdo, abatida y rígida.	Invisibles.	Tumefactos y con dos grandes tubérculos.	Invisible.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Gangosa.	Libre.	Dolorosa y difícil.	Buena.
2	24 varón.	Dos Hermanas (Sevilla).	Madre leprosa.	Labrador	Mucho aceite.	No.	11 años.	No sabe.	Cara y pies.	Hinchada por falta de puente.	Sana.	Sana.	Con muchos tubérculos.	Placa tuberculosa, ulcerada en la parte media.	Ulcerada y tuberculosa.	Rojos oscuros.	Sanas.	Granulosa.	Tumefacta, con grandes tubérculos blancos en la cara inferior.	Redondos y con tubérculos.	Tumefactos.	Abultado.	Sembrados de tubérculos.	Grisas y lentas en sus movimientos.	Roja oscura.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
3	30 varón.	Ronda (Málaga).	Padre leproso.	Arriero.	Mucho pescado salado.	No.	7 años.	No sabe.	Manos y pies, dedos perdidos.	Mucosa pálida.	Sana.	Sana.	Sano.	Una mancha roja oscura como una lenteja.	Sana.	Sanos.	Sanas.	Roja, arborizaciones granulosa.	Tumefacta, caída y rígida.	Tumefactos, redondos y granulosa.	Hinchados.	Hinchado.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
4	56 varón.	Utrera (Sevilla).	Sana.	Guarda de campo.	Común.	No.	6 ½ años.	1 año.	Cara y extremidades.	Hinchada y ulcerada.	Tubérculos, labios y carrillos.	Placa blanca, simulando muguet, tubérculos.	Placas tuberculosas ulceradas superficialmente.	Placas tuberculosas ulceradas superficialmente.	Ulcerada.	Rojos y granulosa.	Atrofiadas.	Roja y granulosa.	Sana.	Sanos.	Hinchados.	Sano.	Sanas.	Sanas.	Sana.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
5	27 varón.	Bollullos del Condado (Huelva).	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	8 años.	3 años.	Todo el cuerpo.	Deformada por tubérculos.	Sana.	Sana.	Un tubérculo muy grande en medio.	Rojo oscuro.	Hipertrofiada.	Redondos los posteriores y con tubérculos.	Sanas.	Seca y roja.	En forma de hocico de cerdo, rígida, con muchos tubérculos.	Hinchados y con tubérculos.	Hinchados.	Sano.	Tumefactas.	Rojas.	Sana.	Gangosa y afónica.	Libre.	Buena.	Buena.
6	73 varón.	Córdoba.	Sana.	Panadero	Común.	No.	3 años.	No sabe.	Cara, manos y pies.	Hundida por falta de puente.	Sana.	Papilas muy desarrolladas.	Sano.	Una mancha roja oscura como una lenteja.	Sana.	Sanos.	Sanas.	Sana.	Engrosada, rígida y abarquillada.	Sanos.	Rojos.	Rojo.	Rojas.	Grisas.	Sana.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
7	43 varón.	La Aljaba (Sevilla).	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	6 años.	3 años.	Cara y extremidades.	Perdida.	Sana.	Una mancha del tamaño de una peseta simulando muguet.	Pálido, con elevaciones y depresiones.	Pálido y como atrofiado.	Atrofiada, con dos grandes tubérculos, uno á cada lado.	Rojos muy oscuros.	Atrofiadas.	Seca y granulosa.	En forma de hocico de cerdo y rígida.	Redondos y con tubérculos los posteriores.	Hinchados.	Pálido.	Pálidas y atrofiadas.	Grisas.	Pálida.	Gangosa y afónica.	Libre.	Buena.	Buena.
8	88 varón.	Araucena (Huelva).	Sana.	Carpintero.	Común.	No.	13 años.	4 años.	Cara, manos y pies.	Deformada por falta de puente.	Encías ulceradas.	Sana.	De forma ojival, con tubérculos muy rojos.	Placa tuberculosa ulcerada que lo cubre casi todo.	Cubierta por la placa tuberculosa ulcerada.	Los cuatro rojos é hinchados.	Ulceradas y tuberculosas.	Roja y granulosa.	En forma de hocico de cerdo, rígida y abatida.	Invisibles.	Hinchados y rojos.	Invisible.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Gangosa y ronca.	Libre.	Buena.	Buena.
9	45 varón.	Villaverde (junto Brenes, Sevilla)	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	4 años.	1 año.	Cara, manos y pies.	Mucosa pálida y con tubérculos.	Sana.	Varios tubérculos grandes, úlcera blanca como diftérica.	Rojo oscuro.	Úlcera blanca como diftérica, con brillo opalino.	La úlcera blanca superficial la cubre toda.	Rojos oscuros.	Sanas.	Sana.	En forma de hocico de cerdo, blanquecina y rígida.	Tumefactos y con tubérculos.	Hinchados con úlceras blancas.	Tumefactos y con tubérculos.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Gangosa y afónica.	Ligera dispnea.	Buena.	Dolorosa y difícil.
10	23 varón.	Viso del Alcor (Sevilla)	Sana.	Labrador	Mucho aceite.	No.	6 años.	2 años.	Úlceras en el cuello, brazos y piernas.	Deformada por falta de puente.	Sana.	Seis tubérculos del tamaño y forma de avellanas, una gran fisura longitudinal y dos transversales.	Tubérculos grandes y rojos.	Atrofiado y con tubérculos.	En forma de bola.	Rojos oscuros.	Desaparecidas.	Granulosa.	En forma de hocico de cerdo, blanquecina y rígida.	Tumefactos y con tubérculos.	Tumefactos y pálidos.	Tumefacto.	Tumefactas.	Con bordes dentados.	Invisible.	Gangosa.	Dispnea á los movimientos.	Dolorosa y difícil.	Buena.
11	23 mujer.	Bujalance (Córdoba).	Padre leproso.	Costurera.	Común.	No.	3 años.	1 ½ años.	Cara y extremidades.	Deformada por tubérculos.	Sana.	Cubierta con tubérculos papilares como verrugas.	Tumefacto y rojo.	Tumefacto y rojo.	Ulcerada y con tubérculos.	Rojos y granulosa.	Ulceradas.	Granulosa.	Roja oscura.	Rojos con un tubérculo cada uno.	Hinchados.	Tumefacto.	Tumefactas.	Rojas.	Rojas.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.
12	52 mujer.	Alonso (Huelva).	Sana.	Su casa.	Común.	Un cuñado leproso.	12 años.	10 años.	Cara y extremidades.	Hinchada y ulcerada.	Encías ulceradas.	Tubérculos agrupados en la base, esparcidos por lo restante del órgano.	Placa tuberculosa ulcerada en el medio.	Placa tuberculosa ulcerada en el medio.	Ulcerada y atrofiada.	Rojos y con tubérculos los posteriores.	Atrofiadas.	Granulosa.	En forma de hocico de cerdo, blanquecina y rígida.	Tumefactos y con tubérculos.	Hinchados.	Tumefacto.	Sanas.	Blancas.	Blancas.	Gangosa.	Libre.	Dolorosa y difícil.	Buena.
13	37 mujer.	Córdoba.	Sana.	Su casa.	Común.	No.	11 años.	6 años.	Cara y extremidades.	Perdida.	Sana.	Sana.	Sano.	Pálido y atrofiado.	Pálida y atrofiada.	En el posterior derecho un gran tubérculo blanco.	Atrofiadas.	Granulosa.	En forma de hocico de cerdo y rígida.	Tumefactos y con tubérculos.	Hinchados.	Tumefacto.	Invisibles.	Invisibles.	Invisible.	Gangosa.	Libre.	Buena.	Buena.



ÍNDICE DE MATERIAS

	<u>Págs.</u>
Dedicatoria.....	5
Prefacio.....	7
Introducción.....	9
Importancia de la laringoscopia. — Importancia del laringoscopio en Medicina general, basada en la situación anatómica del órgano vocal. — Principales aplicaciones del laringoscopio; su utilidad para establecer el diagnóstico de muchas afecciones de los órganos vecinos ó de lesiones más distantes (enfermedades del cerebro, de la médula, etc.). — El espejo laringeo es indispensable para reconocer y tratar todas las enfermedades del órgano de la voz. — Sirve para sentar las bases de la traqueotomía.	13
Aplicación de la laringoscopia. — Descripción de los diferentes aparatos. — Espejos franceses y extranjeros. — Laringoscopia por refracción (método francés, Moura, Fauvel, Krishaber); por reflexión (método extranjero). — Luz de Drummond. — Luz eléctrica. — Examen de la parte posterior de la garganta. — Aplicación del espejo. — Diferencia entre los espejos franceses y los espejos extranjeros. — Dificultades y obstáculos al examen. — Auto-laringoscopia. — Imagen de la laringe y de la tráquea. — Maniobras y operaciones laringeas. — Laringofantasmas.	19
[Faringe.	
Datos anatómicos.....	37
— fisiológicos.....	41
Semeiología general de las enfermedades de la faringe.....	42
Terapéutica general de las enfermedades de la faringe.....	45
Patología de la faringe.	
Afecciones de la úvula.	50
Uvulitis. — Edema de la úvula.....	51
Atonía crónica de la faringe. — Úvula procidente.....	52
Vicios de conformación. — Neoplasmas de la úvula.....	54
Afecciones de las amígdalas.	54
Amigdalitis aguda.....	55
— crónica. — Hipertrofia de las amígdalas.....	61

	<u>Págs.</u>
A. Hipertrofia de las amígdalas palatinas.	61
Hipertrofia polipoide de las amígdalas.	67
Amigdalitis crónica colibacilar.	68
B. Hipertrofia de la amígdala lingual.	69
Atrofia de las amígdalas.	72
Micosis de la boca y de las amígdalas.	72
De la amigdalitis lagunar ulcerosa aguda	73
Tuberculosis larvada de las amígdalas	98
Neoplasias benignas de las amígdalas.	100
— malignas de las amígdalas.	101
Afecciones de la faringe propiamente dicha.	
Anemia de la faringe.	103
Hiperhemia de la faringe.	103
Varices de la faringe	104
Edemas faríngeos	105
Faringorragia	106
Faringitis catarral aguda.	106
— catarral crónica.	107
— herpética.	111
— reumática y gotosa.	113
— supurada. — Angina nosocomial.	113
— flegmonosa ó absceso retrofaríngeo	115
— traumática.	118
— tóxica.	121
— de las enfermedades infecciosas.	122
Aftas de la faringe.	125
Muguet de la faringe	126
Difteria de la faringe.	126
Gangrena de la faringe.	127
Erisipela de la faringe.	129
Sifilis secundaria de la faringe. — Ulceraciones sifilíticas.	132
— terciaria.	134
Úlceras sifilíticas congénitas y hereditarias	137
— escrofulosas de la faringe.	139
— tuberculosas de la boca, del istmo de las fauces y de la faringe.	140
Tuberculosis miliar aguda de la faringe	144
Lupus y lepra de la faringe.	148
Neurosis de la faringe y del istmo de las fauces.	
1. Perturbaciones sensitivas.	148
2. Neuralgia de la faringe.	150
3. Parálisis motrices.	151
Neoplasmas de la faringe	152
Dilatación de la faringe].	156

Desórdenes de la circulación. — Los desórdenes de la circulación laringea han sido poco estudiados. — La anemia es frecuentemente el sintoma inicial de la tu-

berculosis pulmonar ó laringea. — Hiperhemia: sus causas; influencia de las diátesis en su producción; su importancia en los oradores y cantantes. — Hemorragias: se han descrito en estos últimos años. — El término "laringitis hemorrágica," es impropio. — Hemorragias difusas y circunscritas. — Laringorragias. — Tratamiento de los desórdenes de la circulación. 161

Laringitis catarral aguda. — La laringitis catarral es rara vez primitiva. — Etiología habitual. — Síntomas generales y locales — Los desórdenes de la voz no siempre son consecuencia de lesiones de la mucosa. — Importancia del aparato muscular de la laringe (tiro y ari-aritenoideos). — ¿Existen ulceraciones? — El curso es regular y la curación habitual. La dolencia puede pasar al estado crónico. — El diagnóstico es fácil y el pronóstico benigno. — La inflamación aguda de la laringe puede ser grave en los artistas líricos. — Tratamiento. ¿Se puede yugular el catarro laringeo agudo? — Tratamiento local y general. 169

Epiglotitis. — La epiglotitis constituye con frecuencia una afección especial; su diagnóstico es de ordinario fácil; el pronóstico puede ser grave. — Tratamiento. . . 183

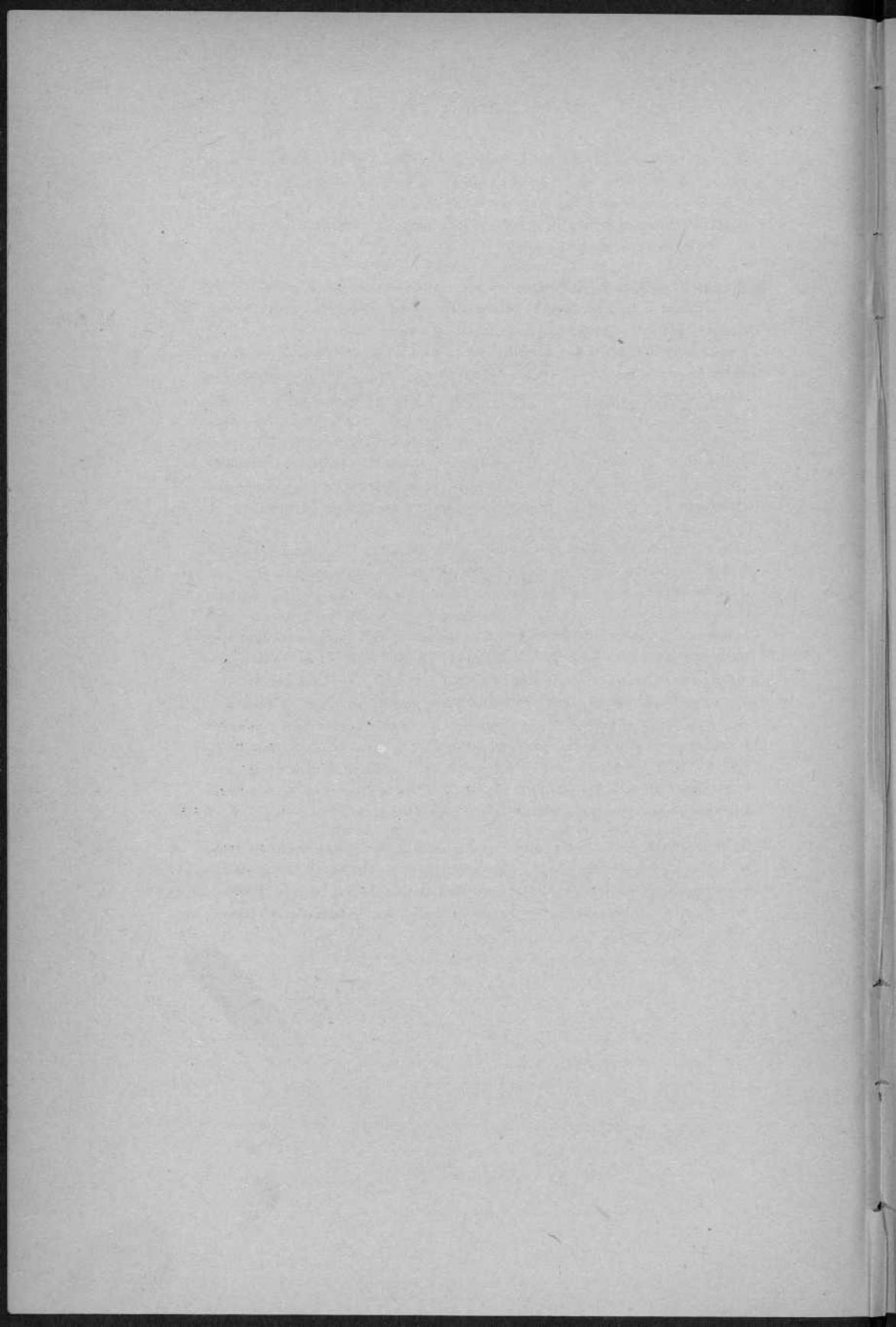
Laringitis estridulosa. — Etiología. — Es enfermedad de la infancia; los accesos estallan por la noche, son bruscos y á menudo precedidos de romadizo; las lesiones de la mucosa laringea son nulas; trátase de un espasmo de la glotis de origen reflejo. — El pronóstico es benigno. — Tratamiento del acceso; modo de impedir su vuelta. 187

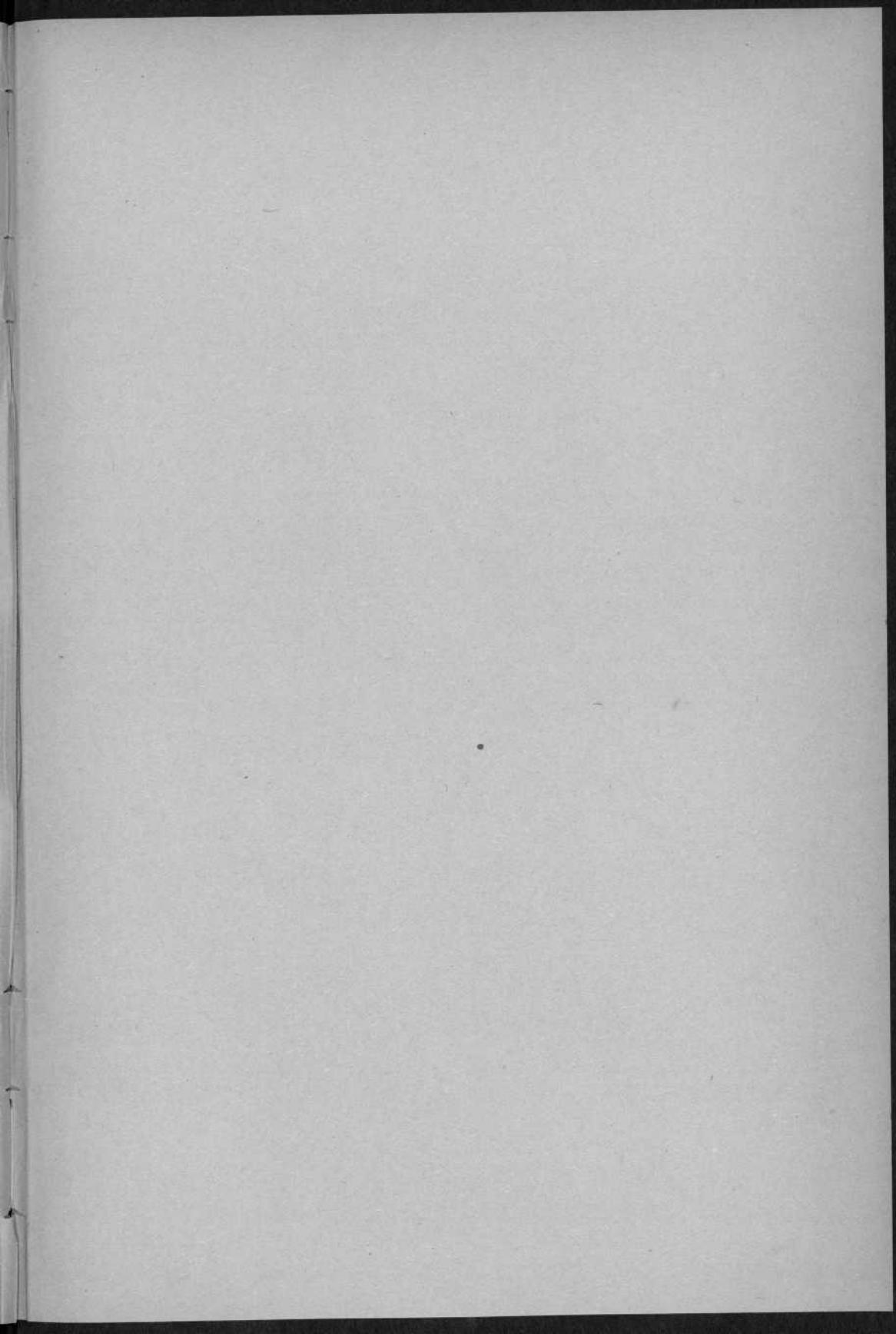
Laringitis edematosa aguda. — Algunas palabras sobre su historia — Definición y denominaciones diversas bajo las cuales se ha descrito. — Formas secundarias é idiopáticas. — Etiología de esta última; el edema parece ser de naturaleza parasitaria; es muy á menudo secundaria; no es rara en la fiebre tifoidea. — Sintomatología. — La voz puede estar intacta y los síntomas clásicos no siempre existen. — Debe rechazarse el tacto digital como procedimiento de examen; es preferible el laringoscopio — Aspecto de las partes edematosas en el espejo. — Curso; pronóstico. — Es grave si el edema se establece con rapidez; pero no siempre es fatal en estos casos. 193

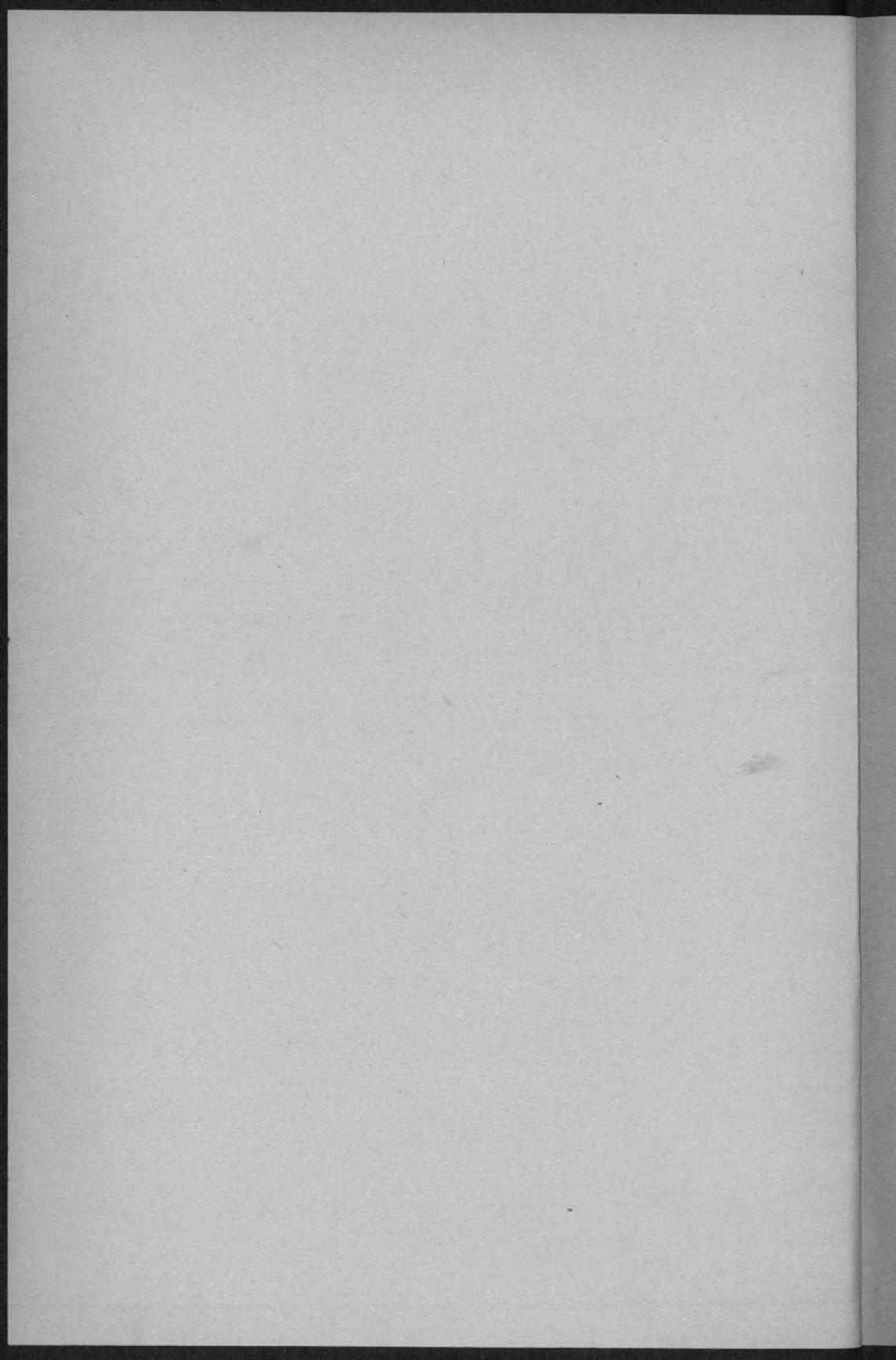
Abscesos de la laringe. — Definición. — Los abscesos de la laringe no han sido bien estudiados hasta el comienzo de este siglo. — Es preciso dividirlos en intra y extralaringeos. — Su etiología es completa. — Causas generales; causas locales. — Influencia del frío, de los traumatismos, de la fiebre tifoidea, de la tuberculosis y de otras afecciones generales. — Se marcan mucho los síntomas funcionales; el dolor es vivo, la voz alterada y la respiración fatigosa. — Peligros del tacto digital; aspecto de la laringe ante el espejo; sitio de predilección; valor del tumor; deformidad del órgano vocal. — La patogenia de los abscesos de la laringe es variable. — Caracteres del pus. — El curso varía con la causa; es progresivo y la duración variable. — El pronóstico es serio, sin ser siempre fatal; la curación espontánea es posible; la sofocación brusca suele terminar la escena. — El diagnóstico es habitualmente bastante fácil. — El tratamiento será médico y quirúrgico. — Resolutivos. — Evacuación del pus. — Traqueotomía. 207

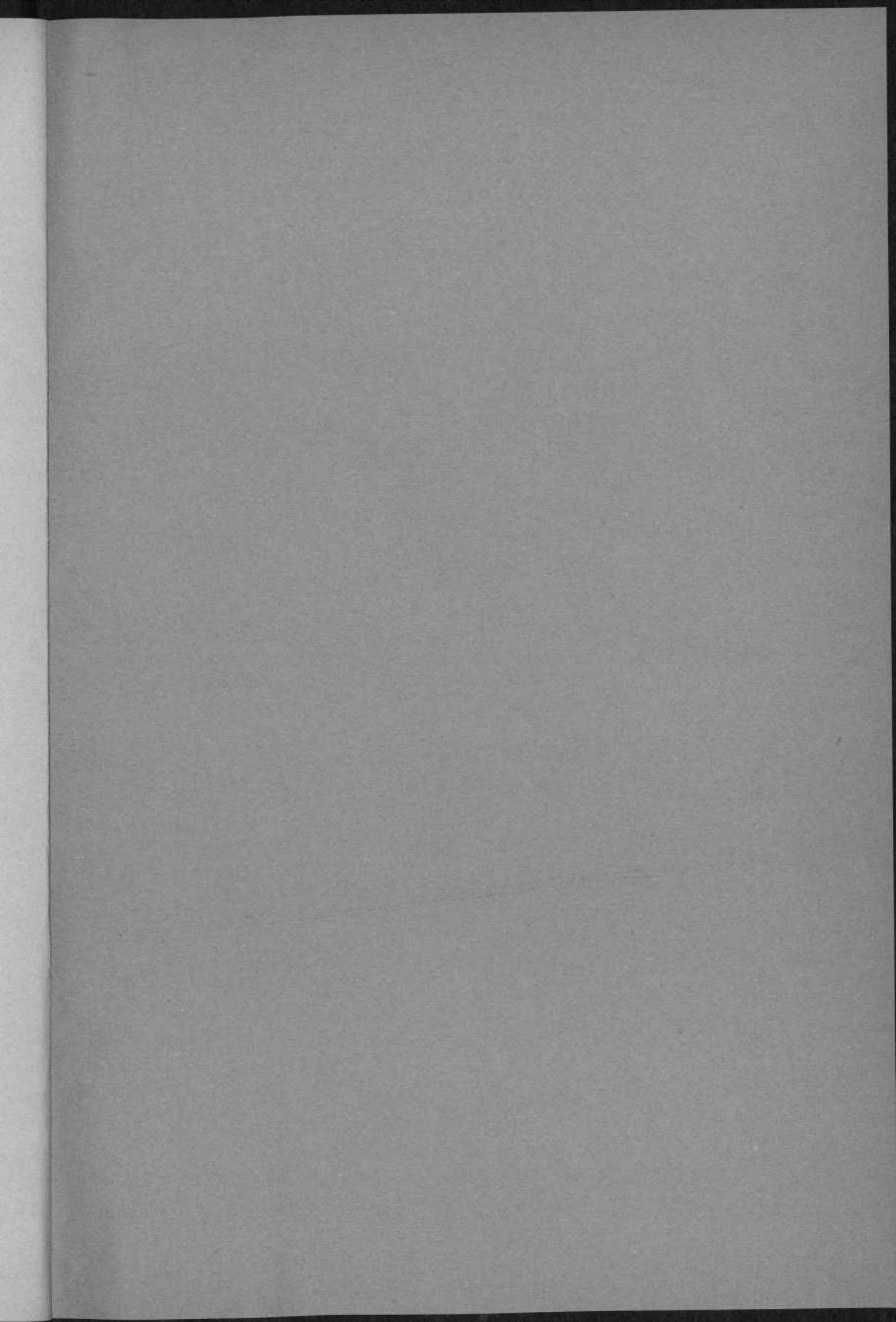
- Laringitis crónica simple, ó catarro crónico de la laringe.** — ¿Qué debe entenderse por este nombre? — La laringitis granulosa no forma una especie distinta. — Etiología general y local. — Los síntomas funcionales son sobre todo los desórdenes vocales; particularidades de estos últimos en los cantantes. — Aspecto de la laringe y de las partes atacadas; hay ulceraciones catarrales. — Parálisis y roturas musculares; explicación de la voz cascada. — La duración de la enfermedad es larga; el diagnóstico fácil. — El tratamiento se dirigirá al estado general y local. — Empleo de tópicos laringeos. — Las aguas minerales están indicadas en ciertos periodos de la enfermedad. 219
- Faringo-laringitis seca (ozena laringeo).** — La laringitis seca merece una descripción especial. — Necesidad de una digresión sobre la faringe y las fosas nasales. — Estudio rápido de la faringitis atrófica; se la ha designado con frecuencia con el nombre de faringitis escrofulosa superficial. — Algunas palabras sobre el ozena (coriza atrófica). La diátesis escrofulosa es una causa predisponente importante. — Pueden invocarse todas las causas de irritación local. — La laringitis seca es siempre secundaria. — Los síntomas de la afección faringea y laringea se confunden á menudo entre sí. — Debe practicarse el examen de la faringe y de las fosas nasales. — Aspecto de las materia que la laringe y la tráquea contienen. — La expectoración puede ser sanguinolenta. — El diagnóstico es fácil. — Algunas palabras sobre el ozena laringeo y traqueal. — Pronóstico y tratamiento. 235
- Laringitis tuberculosa.** — La tuberculosis laringea es frecuente; es útil saber reconocerla. — Valor del término tisis laringea, antiguamente y en la actualidad. — La tuberculosis puede empezar por la laringe. — Teoría basada en la existencia del bacilo de Koch. — Laringitis última de Krishaber. — Laringitis de los tuberculosos. — Clasificación de los diversos estados de esta afección. — Etiología general y local. — Teoría de la auto-inoculación. — Influencia de la predisposición individual. — Sintomatología funcional. — Desórdenes de la voz, de la deglución, de la respiración, etc. — Lesiones locales; varían con los periodos de la enfermedad. — Primer periodo: rubicundez ó anemia del principio; aspecto velvético. — Su valor sintomático. — Lesiones del segundo periodo: hinchazón, erosiones, ulceraciones, deformidades de la epiglotis, brotes polipoideos. — Lesiones del tercer periodo. — Anatomía patológica. — Curso. — La duración varía con la forma de la enfermedad. — Tuberculosis miliar aguda. — El pronóstico es grave, pero no fatal. — Diagnóstico; es á menudo difícil al principio. — Otras afecciones diatésicas ofrecen analogías con la tuberculosis laringea (lupus, sífilis, cáncer). — Tratamiento: será general, profiláctico y local. — Tratamiento quirúrgico y médico. 245
- Lupus de la laringe (laringitis escrofulosa).** — El lupus y la escrófula de la laringe constituyen una misma entidad morbosa. No es muy raro. — Relato histórico. — Etiología, influencia diatésica, predisposición creada por la edad y por el sexo. — Síntomas. — El principio es insidioso. Caracteres de la voz y de la tos; esta última es rara. Desórdenes de la respiración y de la deglución. — Papel de la epiglotis. — Síntomas objetivos: eritema, hipertrofia. — Ulceraciones, botones carnosos; descripción de estas lesiones. — Anatomía patológica. — El bacilo

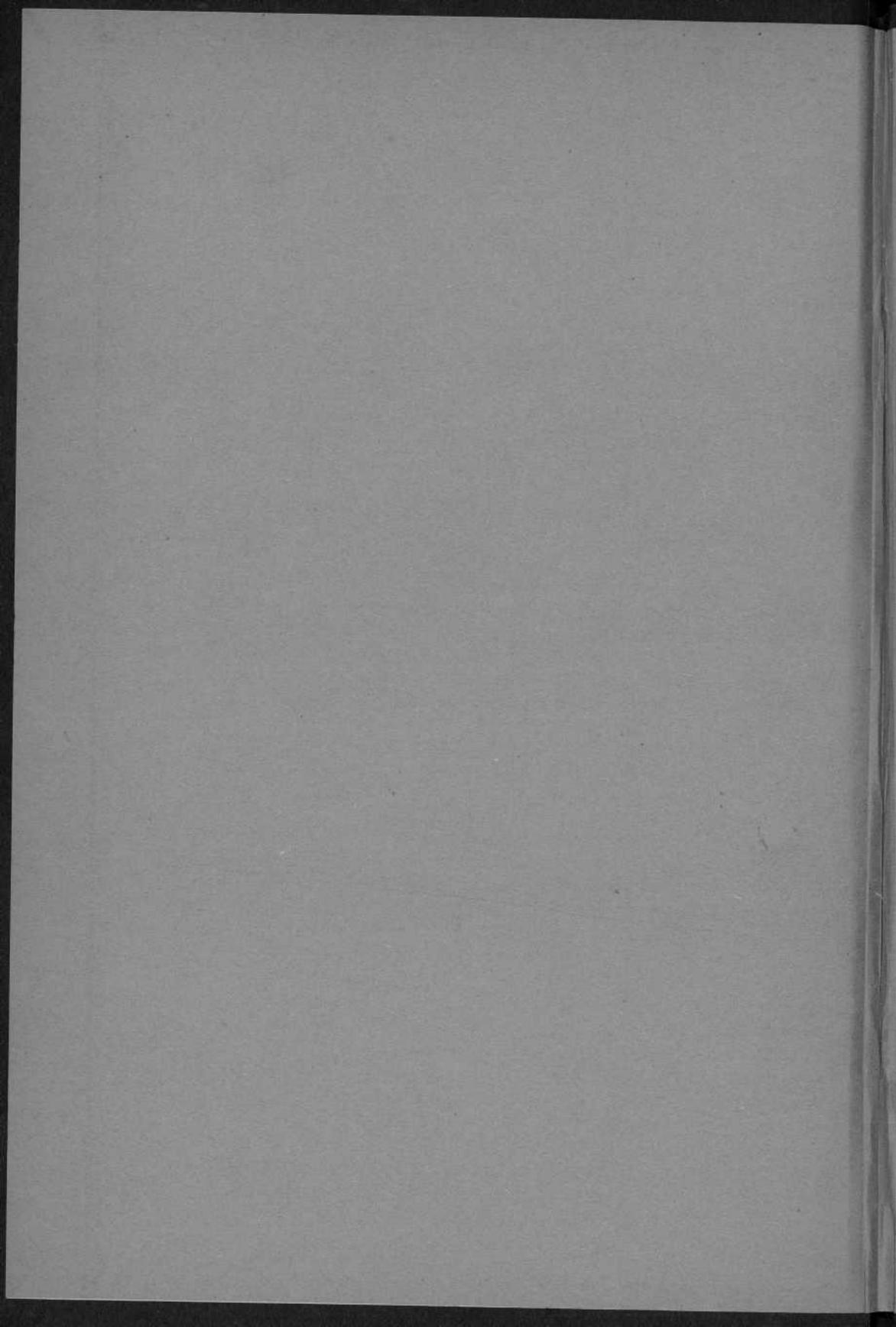
- de Koch existe en el lupus de la laringe. — El curso de la enfermedad es regular ó intermitente, su duración variable y la curación posible. — Cicatrices viciosas consecutivas — El diagnóstico no es siempre fácil; debe hacerse con la tuberculosis miliar, con la sífilis y con la lepra de la laringe. — Pronóstico. — Tratamiento general y local. 293
- De la laringitis sífilítica (sífilis laringea .** — Algunas palabras sobre historia; es útil establecer una división fundada en el orden cronológico de los accidentes laringeos. (accidentes primitivos, secundarios y terciarios). — Chancro de la epiglotis; es raro y difícil de reconocer. Frecuencia de los accidentes laringeos.
- Accidentes secundarios. — Etiología. Influencia del frío y de los irritantes locales, en particular del tabaco; de la edad. — Sintomatología Eritema: modo de aparición; disposición. Placas mucosas; época de su evolución. La epiglotis es el punto predilecto. Aspecto de estas lesiones; son á veces difíciles de distinguir de las simples erosiones catarrales; del edema laringeo secundario. ¿Existen condilomas en la laringe? ¿Cuál es su aspecto? — De las parálisis secundarias. — Síntomas funcionales del periodo secundario. Alteraciones de la voz, desórdenes respiratorios.
- Accidentes terciarios; su aparición puede ser muy tardía. Influencia de la herencia. Gomas, ulceraciones superficiales y profundas, vegetaciones, estenosis. Aspecto de estas diferentes lesiones. La ulceración principia por la superficie. Deformidades de la laringe. La ulceración principia por el cartilago; las alteraciones son extensas y graves. — Laringo-estenosis, puntos membranosos, sinequias, artritis y estenosis propiamente dichas. — Parálisis. — Síntomas funcionales: voz, tos y respiración. Deglución. Curso y duración de los accidentes sífilíticos. Terminación. — Diagnóstico; debe hacerse con la tuberculosis, el cáncer en el periodo de infiltración y de tumor, la escrófula y la lepra. Pronóstico. Es grave en el periodo secundario. Peligros de las estenosis cicatriciales. — Tratamiento: A, general: mercurio y yoduro; B, local: toques. — Cómo deben tratarse las estenosis cicatriciales. De la dilatación de la laringe. Diversos procedimientos, resultados. — Traqueotomía; sitio de elección. 305
- Lepra de la laringe.** — La lepra es bastante rara en Francia; sus manifestaciones laringeas hanse estudiado poco. — Comprenden tres periodos; descripción de las principales lesiones. — Desórdenes funcionales. Varian según el sitio y la extensión de las lesiones. — Anatomía patológica. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 351

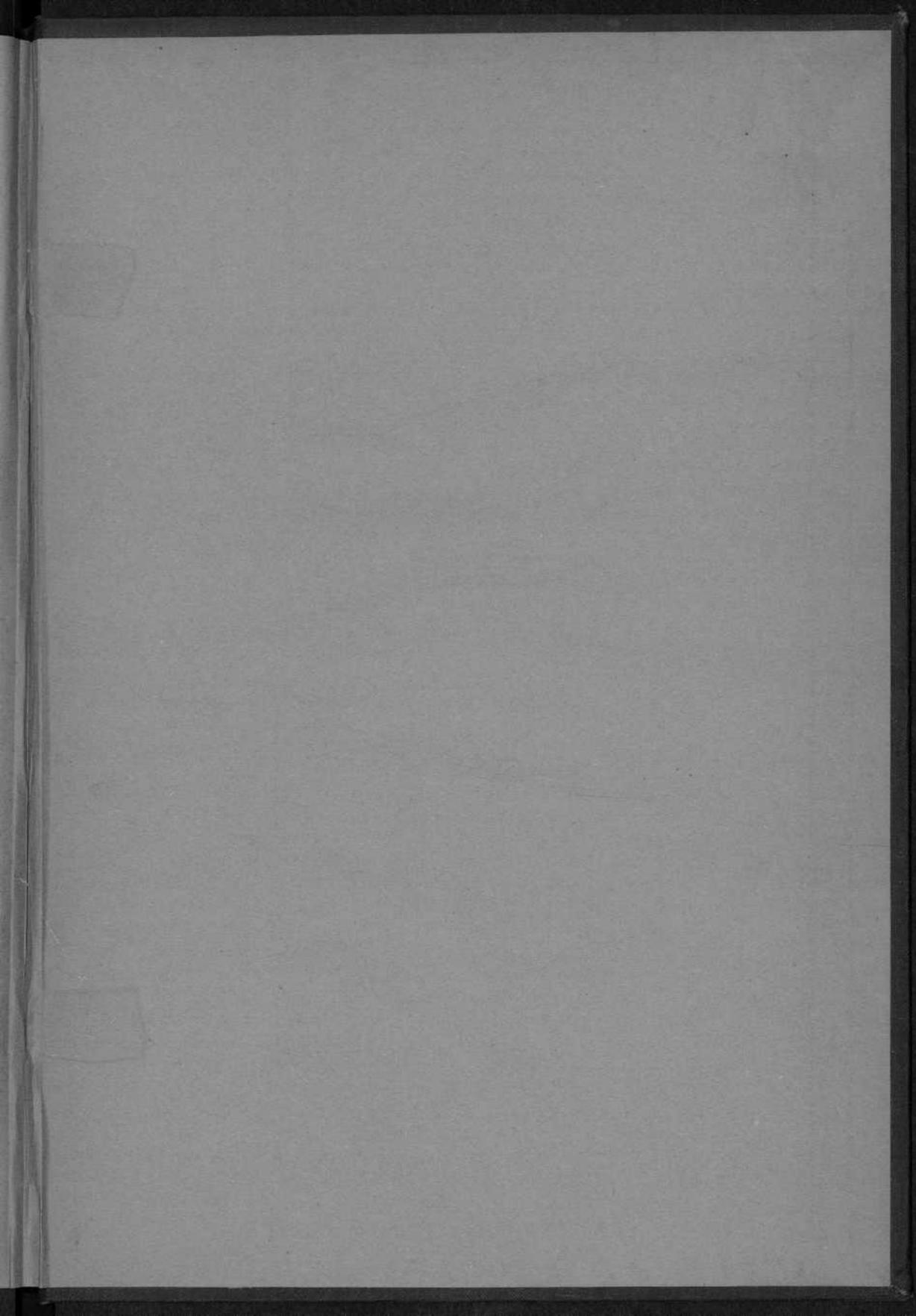












14

J. MOURE



FERMEDADES

DE LA

Garganta

fosas nasales

14.751