



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313219107

α 533887126

"Estudio de las formas clínicas
de la tuberculosis laríngea en
sus relaciones con el pronóstico
y ensayo de su tratamiento"

Memoria para el Doctorado en Medicina
presentada por.

José Luis y. García



Excmo Señor.

El Pronóstico es toda la medicina dijo Lidoux, e inspirado en esa idea doy el título de "Estudio de las formas clínicas de la tuberculosis laríngea en sus relaciones con el pronóstico y ensayo de su tratamiento" à este mi modesto trabajo que no vendría à resolver el magno problema estudiado hace ya tiempo y aun no resuelto del tratamiento de la terrible enfermedad de que se trata, pero que habiendo procurado sea reflejo sincero, de mi práctica

2

personal en el hospital Lariboisiere de Paris, en el servicio de oto-rino-laringología, ayudado de las enseñanzas y atinadas observaciones del Dr. Sombard a quien desde aquí doy las mas expresivas gracias por la buena acogida que me dispuso, y habiendo hecho lo posible para recoger las explicaciones que sobre laringe tuberculosa han dado hasta ahora la ciencia francesa y aplicarlas al punto de vista desde donde tomo la cuestion, título de esta tesis, espero y ojalá así sea, sea mi trabajo útil para los que, preocupados por la terrible enfermedad laringea desean recobrar en un momento dado y de un modo rápido el campo de sus formas clinicas para aplicación de un tratamiento y pronunciarse en un pronóstico.

De tratamiento poco hablaré, ciñendome à indicar someramente en cada forma clinica lo que he visto emplear y que he empleado sacando al

3

final mis consecuencias sobre el asunto que por cierto
y desgraciadamente deja mucho sino todo que desear.

No bastándome solo para esta empresa, ni
mucho menos, además de haberme ~~preocupado~~ las
opiniones de los especialistas Franceses, he llamado á
la puerta de la ciencia española, y el Dr. Botey de
Barcelona uno de nuestros primeros intelectuales en
la materia ha sido muy amable dándome á cono-
cer sus ideas e indicándome las ventajas de deter-
minados tratamientos seguidos por él y por otros
especialistas.

Después de definir la afección de que trato
y de dar una idea de Etiología y Patogenia ex-
pondré las Formas clínicas en sus relaciones con
el pronóstico, indicando de paso el tratamiento en
cada una. Enseguida doy á conocer cinco observa-
ciones más y que sirven de ejemplo de cada for-

ma, exponiendo al final mis conclusiones.



Definición.

La tuberculosis laríngea está caracterizada por la formación primitiva o secundaria de tubérculos en la laringe ya en forma de granulaciones ya en forma de infiltración caseosa con tendencia ordinaria a la ulceración o la destrucción de los tejidos.

Etiología.

Terrible por su pronóstico y frecuencia es la tuberculosis laríngea; según las esta-



disticas de Morell - Mackenzie entre los 100 tuberculosos de los pulmones 33 o sea el tercio presentaban localizacion en la laringe.

Las causas de esta grave afeccion pueden ser predisponentes y determinantes entre los primeros tenemos la edad y el sexo; respecto de lo primero dire que segun mis observaciones, (las mas completas estan al final), es mas comun entre 20 y 50 años, puede encontrarse en el niño o en el viejo (en 219 niños tuberculosos 19 tenian ulceraciones en la laringe - Parrot) (en 4376 casos de tuberculosis laringea 3 niños solamente - Heinge); respecto a lo segundo es mas comun en el hombre que en la mujer (en 53 observaciones mas 41 hombres), entre las causas determinantes podemos citar las afecciones anteriores de la laringe (los ~~infiltados~~ y laringiticos crónicos); el abuso del tabaco en los que son

son tercens abonado; los que hacen exceros con la voz (oradores, maestros, vendedores ambulantes que pregonan en alta voz su mercancía etc) las estaciones á las orillas del mar en playas frías y de temperatura variable (Castex).

Patogenia.

La laringe puede infectarse primitiva ó secundariamente, es decir sin ó con tuberculosis pulmonar concomitante. — Hoy es ya un hecho el que la laringe pueda enfermar de tuberculosis sin que la haya en los pulmones; Como se verifica este fenómeno patológico? ¿Se verifica por la vía aérea?

¿ Se verifica por la vía sanguínea? ¿ por la vía linfática? - Tratándose de tuberculosis laringea primitiva me explico el fenómeno del siguiente modo, inspirado en los pocos casos de esta clase que he visto de los cuales uno es la observacion n^o 2, indicada más abajo; no creo que la infección pueda venir por la vía aérea, sin negar por eso su posibilidad, pues la laringe no se encuentra como el pulmón en contacto tan inmediato y prolongado con el aire, para que el bacilo pueda, como logicamente se supone sucede en un vertice pulmonar poco movable por configuracion especial de un torax cualquiera, implantarse y producir una tuberculizacion, siendo como es la laringe un órgano de paso para el aire y un órgano movable y comunicacion inmediata con oxígeno atmosférico que a cada paso se renueva y hablando de tuberculosis laringea primitiva como hablo se refiere a que deca-

dencia orgánica en el árbol respiratorio que es la que explica la facilidad de infección por vía aérea en una mucosa como la del alveolo pulmonar. Por lo tanto la tuberculización primitiva de la laringe (observación n° 1) me la explico por la vía linfática ó por la sanguínea según el caso. Conocido es de todos que en la boca favorecidos por las condiciones de humedad y de calor y de los detritus alimenticios que les sirven de cultivo prosperan muchas clases de microbios habiéndose encontrado en ellos el de la pulmonía, el tuberculoso y hasta el difterico sin que el organismo se resienta de llevar semejantes huéspedes consigo; ahora bien, fácilmente se concibe que habiendo un diente cargado esos microbios, el tuberculoso por el caso, se insinúe por los linfáticos ó por los vasos sanguíneos y encontrándose el organismo en malas condiciones de defensa no haya

lucha intra-orgánica o si la hay pierde el glóbulo blanco la batalla y el bacilo entra victorioso en el ganglio, los sub-maxilares o los peri-laríngeos para mi caso, donde aun le queda al organismo una defensa, el aumento de volumen de ese ganglio su inflamacion en presencia de un enemigo importuno; ganglio que aumenta de volumen que se hincha es que se defiende y su defensa llega hasta su supuración signo de derrota que manifiesta llorando lágrimas de pus; que no suceda así, que el ganglio no responda al llamamiento vital, entonces el microbio llevando por la corriente linfática y buscando un órgano mas noble, la laringe, para su morada, y encontrando terreno apropiado se instala y produce la tuberculización. (La joven de la observacion n^o 2 tenia dos dientes carcados y no tenia infarto ganglionar sub-maxilar ni

perilaringeo). En el caso de que la infección se haga por vía linfática y que sea reducido el número de bacilos que recorren el camino antes descrito, boca, ganglios y laringe, y encontrando este órgano regulares condiciones, se instala la afección línica con carácter de infiltración o vegetante, formas clínicas de las que hablaremos mas adelante; ahora bien si la infección se hace por vía sanguínea, mayor será el número de bacilos que entran en el organismo y siendo logicamente mas rápida esta corriente que la linfática y la absorción tambien mas rápida en un organismo mal preparado para defenderse; las mucosas faríngea y laringea son atacadas de tal modo y con tal rapidez que la granulía faringo-laringea es el resultado, sin lesiones pulmonares como el caso de la Observación n.º 2.

Esta patogenia es la que me parece mas

aceptable, según mis observaciones, para la tubercu-
lización primitiva de la laringe; ahora bien en el
caso de una laringitis fibrinosa secundaria o tardía
entra en juego otro factor, sin ninguna duda im-
portante; en el esputo tuberculoso; que al ser expeli-
do en una quinta de tos de un pulmón atacado por
el bacilo de Koch y permaneciendo mas o menos
tiempo en contacto con la mucosa laringea, lógico
es suponer que pueda infectarla produciendo leio-
nes mas bien superficiales que profundas al prin-
cipio sobre todo, dando por resultado una fibrina la-
ríngea ulcerosa antenoidal o coroiditis erosiva que
al final termina siendo infiltro-ulcerosa evolucio-
nando casi siempre a la par y agravando y enre-
queciendo el pronóstico de la tuberculosis pulmonar
que le dió origen.

Las formas clinicas de la Tuberculosis la. ¹³

ringea en sus relaciones con el pronóstico, las clasifico del siguiente modo:

1º *Gravísima* - tuberculosis miliar aguda
ò granulía laringea - forma agudísima -.

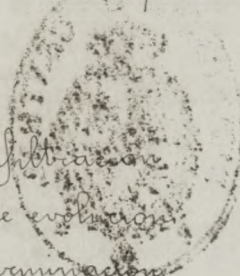
2º *Grave*. - corresponde à la forma aguda
ò crítica.

3º *Menos grave* - corresponde à la forma sub-
aguda.

4º *Curable*. - corresponde à la forma crónica,
lenta ò torpida ò esclerótica.

En la exposicion de estas cuatro formas seguiré el plan siguiente:

A. Sintomas objetivos	{	Periodo de infibacion
		" " de evolucion
		" " terminacion



B. Transtornos funcionales { En cada uno de los períodos anteriores.

C. Indicación de tratamiento en cada forma.



Forma gravísima.

Tuberculosis miliar o granulía laríngea - forma agudísima.

Observación 1.^a

Se consideró esta forma de tuberculosis laríngea como secundaria a la granulía de la faringe y el primero que la describió Ysambert se equivocó al afirmarlo, pues no solo puede instalarse d'emblo en la laringe y hacerse después faríngea, sino que puede quedarse acantonada la lesión en la laringe, así lo afirma Barth y los especialistas de hoy en París.

Sintomas objetivos. Cuando la ¹⁶

granulía se instala en la laringe puede hacerlo en un solo punto de ella o lo mas comun; en diferentes, aritenoides y cuerdas falsas como en las verdaderas y atacar completamente el vestibulo laringeo - No hago en esta forma de laringitis fínica la separación detallada de los tres periodos de infiltración, evolución y terminación pues su evolución desde el principio es rapidísima y su estudio ha de hacerse así en conjunto para que pueda hacerse uno cargo del cuadro clinico que a la vista tiene - Ahora bien, el aspecto que presenta la laringe en este caso es el siguiente: la mucosa tanto la aritenoides como la epiglótica y en conjunto la del vestibulo se presenta roja, edematosa no exageradamente destacandose sobre ese fondo coloreado unos puntos blancos-grisaceos, como granos de nijo, y que recuerdan los tuberculos

miliare de los niños muertos de meningitis tuberculosa. - Estas granulaciones se hacen rapidamente confluentes, y la evolucion del proceso es tan terrible que basta el termino de 8 dias para que el observador pueda ver como, de solo estar atacadas las aritenoides la cara laringea de la epiglottis y los repliegues antero-epiglottis, que es en el orden de frecuencia como se presenta el proceso al principio, vea un vestibulo laringeo, cuerdas verdaderas y falsas sembradas de las granulaciones que se han hecho confluentes, opacas y amarillentas y se evacuan como por emulacion.

Ysambert cita el caso de un empleado en el que la epiglottis parecia una regadera, avillada de agujeritos por los que manaba pus.

La destruccion continua de la epiglottis se observa lo mismo sucede en el vestibulo y todo es supuracion - Los pulmones si no han sido atacados por

18
mero que la laringe se infectan en la misma forma y el enfermo febril, sudoroso, dispuico y presa de una odynofagia horrible muere por asfixia : por inanicion.

Transtornos Funcionales.

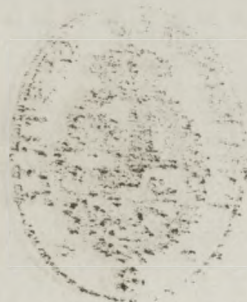
Estan en razon directa de las lesiones - La disfagia los dolores de oreja la hipersecrecion salival la afonia completa distinguen esta forma de las demas por su intensidad y su violencia. Si los pulmones estaban atacados antes que la laringe, la tisis pulmonar se agrava de una manera incesante y puede acarrear esta la muerte, por asfixia pulmonar y no laringea; en el caso que haya sido la laringe primero la atacada la muerte puede venir por el edema y la estenosis glotica, por insuficiencia de los dilatadores y por disfagia.

La duracion de esta forma es la mas

corta, precisar el tiempo es difícil pero nunca o pocas veces pasa de tres meses - Dos casos he podido observar en el servicio del Lariboisiere de Paris - el de la observacion n° 1 duro dos meses el otro cuya historia no pudo hacerle duro 2 meses y medio proximanamente - El de la observacion n° 1 como puede verse no fue granulita laríngea solo, sino faringo-laríngea.

Como tratamiento, nada puede hacerse que detenga la marcha invasora del proceso, la ciencia se confiesa impotente y lo unico que ha de procurarse es hacerlo al enfermo menos dolorosa la muerte que inevitablemente se acerca dándole inyecciones de morfina - Para que pueda comer se le anestesia con cocaina la laringe y se evita de ese modo la odynofagia y así puede ir sosteniéndose; eso ayudado de desinfección local con hidro-

quinosa en gárgaras e inhalaciones apropiadas. De todos modos el tratamiento es reducido y el enfermo está condenado a morir.



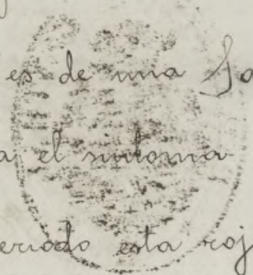
Forma grave.
Tuberculosis laringea aguda o crónica.

Observación nº 4

A - Sintomas objetivos

1.º *Periodo de infiltracion.* Parece ser y al menos asi es considerado en Francia (Ducan) que esta forma de la tuberculosis laringea principie por sintomas de catarro simple con rasgos especiales que la distinguen. Sea lo que fuere su prin-

cipio es brusco, ya por un enfriamiento ya por uso immoderado de la voz. - Vamos a recorrer los detalles que nos pueden llevar a basar un diagnóstico aproximado de esta forma de finis laringea en el periodo de infiltracion. Si al examinar un enfermo que se nos acerca aquejado de una laringitis catarral aguda datando ya de varios dias nos encontramos con una mucosa palato-laringea palida, en guardia nos debemos poner pues esa palidez, dado que no se trate de anemias o cloróticas, es casi siempre signo premonitorio de tuberculosis laringea. - He dicho que si la laringitis data de varios dias, pues si es en su principio esa anemia local palato-laringea, no existe o raro es que exista, precedida como es de una fase congestiva que nos enmascararia el ~~sintoma~~ antes dicho. - La laringe en este periodo esta roja,



congestionada toda ella y nada más, el pretender afirmar como lo hace Isambert que es signo de finis laringea el que la hiperemia se encuentre disseminada en islotes mal circunscritos en las diferentes partes del órgano, me parece exagerar y es atreverse demasiado el sentar el diagnóstico sobre signos tan eventuales como son las arborizaciones de una mucosa.

Por lo tanto, mientras no se vea que era hiperemia, que esa coloración roja viva y persistente no se queda acantonada en los aritenoides, y en ausencia de signos torácicos claros no se puede uno pronunciar en el sentido de la especificidad de la laringitis.

El Doctor Brebion (Bons. de Lyon n.º 121-1882 p.º 49) dice; el aspecto ~~vascular~~ es un signo tan cierto de la tuberculosis laringea como



los estertores crepitantes lo son de la finnia pulmonar.

Yo encuentro que el aspecto velvético es mas propio de la forma crónica y que muchas veces se presenta en esta forma aguda, por lo tanto dejo para mas adelante hablar de ese sintoma, y en que limites acepto la opinion del Doctor Brebion.

Una vez la hiperemia se acostuma en los aritenoides y claramente se ve la diferencia de coloracion entre estos y la de los repliegues ariteno-epiglóticos por ejemplo que antes estaban del mismo modo hiperemiados; cuando principia la inflamacion de dichos aritenoides y en esta forma aguda el proceso se instala rapidamente; dada esa rapidez de la finnia laríngea la proliferacion celular es activisima, los nodulos tuberculo-

ses evolucionan con un grado de agudez tal que el epitelio de la mucosa no tarda en caer en parte, formándose en su lugar al principio simples erosiones que tienen el aspecto de un mñazo ligero, después ulceraciones profundas y al mismo tiempo el edema inflamatorio se generaliza siendo atacados los repliegues aritenos - epiglóticos siendo esto, según el parecer de Morell-Mackenzie, signo patognomónico de lisis laríngea; y entramos en el período de evolución

2º Período de evolución. La

hinchazón inflamatoria, como la llama Morell, y las ulceraciones son los dos síntomas que constituyen los accidentes de este segundo período.

La región aritenoides y la cara superior de las cuerdas falsas son las primeras en ser ulceradas; continúa el proceso su marcha

invasora que el tratamiento no ha podido detener en su principio - viene la regresión de las ulceraciones tuberculosas y aunque poco extendidas se hacen verdaderos focos purulentos. - La ulceración sigue atacando el órgano, las cuerdas verdaderas son visibles mientras el proceso no ha atacado su borde libre; son primero atacadas casi siempre en su tercio posterior (Lombard).

A la par que las ulceraciones aumentan en extensión, la hinchazón inflamatoria (?) que existe ya toma proporciones inquietantes; « los repliegues aritenos - epiglóticos parecen dos tumores anchos, sólidos y polipiformes, cuyas gruesas extremidades se tocan en la línea media y las pequeñas se dirigen hacia arriba y hacia afuera. El repliegue interaritenoides se fuerece en

esta hinchazón que priva la acción de los cartilagos aritenoides y por lo tanto las cuerdas no se ponen en contacto » (Morell-Mackenzie).

La epiglótis también se ulcera en su cara laríngea y en sus bordes donde principian los repliegues antiepiglóticos, a diferencia de la localización epiglótica de la sífilis que es en su cara posterior; las ulceraciones tuberculosas son redondeadas u ovales « no rodeados de esta aureola escarlatinosa que es uno de los caracteres patognómicos de la ulceración sífilítica » (Trambert).

Las ulceraciones éstas de la epiglótis se fusionan con las de las cuerdas falsas y la hinchazón (?) tuberculosa hace progresos rápidos y a medida que es mas considerable, la epiglótis afecta formas variadisimas; como un hocico de ~~carra~~ ~~carra~~ en su borde libre ó bien gruesa ulcerada ~~en su~~ ~~superficie~~ ~~su~~

forma.

28

Las lesiones pueden ocurrir a los órganos vecinos; es una eventualidad posible. Duncanson cita casos de esta especie, en uno era un tumor blanco-grisáceo que se veía en la pared posterior de la tráquea; ulceraciones, que es raro, ó bien signos solo de traqueítis.

3.º Periodo de terminacion. El

enfermo puede morir, y es lo común, en un acceso de sofocación producido por la hinchazón ó por la inacción de los músculos dilatadores, si no es así, y si la tuberculosis pulmonar concomitante lo permite, el observador puede presenciar el triste espectáculo de la desorganización completa de la laringe.

La ulceración se hace profunda, son atacados los cartílagos que en medio de esa catástrofe

puede llegar a ser eliminados convirtiéndose lo que antes era un órgano tubular, en una hendidura supurante. Este es el periodo desolador e irremediable en el cual toda intervencion activa es inutil sino intempestiva y los paliativos son los inimicos recuersos para el pobre enfermo que muere en pleno marasmo y caquexia no solo por su tisis laringea sino tambien por la pulmonar o bien como piensa Deel puede morir por una especie de septicemia. El pus secretado por la laringe es absorbido por las vias respiratoria y digestiva. - La duracion de esta forma esta ligada con el estado de los pulmones, mientras mas adelantada este la tisis en estos mas rapidamente recorre sus periodos aquella a veces su evolucion termina en pocas semanas. - Simultanea puede durar mas tiempo; seis meses por termino medio. - El Doctor Lombard me comunicó un ca-

so de laringitis de esta forma, sin grandes lesiones pulmonares que termino con la muerte en el termino de mes y medio.

Transtornos funcionales.

1.^o Periodo de infiltracion. Los de este periodo son los propios de la congestion laringea el enrojecimiento mas o menos marcado, voz velada, estando las notas agudas comprimidas; mas tarde es cuando la voz se afiege denotando una lesion no tan superficial, rara vez tiene caracter bitonal y si por si acaso hubiera afo-

nia, búsquese el motivo en otra parte (compresion de los recurrentes por adeno-patia traqueo-bronquial y por induración del vértice de los pulmones, y como dice Duncan, no por un trastorno nervioso como afirman Marshall-Mckenzie).

La tos es quintosa y frecuente, si la tisis pulmonar está en el segundo o tercer periodo, acompañando a la tos una expectoración abundante mucopurulenta o purulenta sola.

Si la tisis está al principio no hay tos y esta es una de las razones en que se apoya mi maestro Gangnenheim para afirmar la tuberculización primitiva de la laringe.

Tiene el enfermo sensaciones de mo-

lestia en la laringe, picotazos, cosquillas. — En una palabra en este periodo los trastornos no son especiales.

2º *Periodo de evolución.* Los trastornos funcionales en este periodo son: la tos, la expectoracion, la disfonia o la afonia, la disfagia, la salivacion, los dolores de oreja y los trastornos respiratorios. Analizaré cada uno de estos puntos.

La tos en esta forma aguda y sobre todo en este periodo es constante y de intensidad y forma variables. — Al principio es, digamoslo así, velada, despues se hace vibrante y desgarradora (?); puede ser quintosa; siendo producida por fases congestivas en la laringe o por la coincidencia de las lesiones

pulmonares, es por la noche y por la mañana al levantarse que se presentan los ataques. - Conforme las lesiones adelantan cosa que se hace rápidamente, como hemos visto, la tos se convierte en eructante y si el ataque se presenta despues de las comidas produce vómitos que a la larga pueden producir la muerte por inanición sino se pone pronto remedio. - La tos ayuda a la expectoración que mu-
la en los comienzos, principia por ser mucosa, se hace moco-fervulenta y despues fervulenta, ayudando las lesiones pulmonares a dicha expectoración; examinada la laringe en estos momentos la encontraremos cubierta de una capa de moco-fus que oculta las lesiones en sus detalles y que es muy difícil que el enfer-

no logre desprenderla tan adherente está -
 El esputo *nevera* es sanguinolento según la
 afirmación categórica del Doctor Jamel cita-
 do por Moure y, en efecto yo no he tenido o-
 casión de comprobar las estrias sanguinolentas
 en los esputos, solo en el caso de que las le-
 siones pulmonares produzcan hemoptisis y
 en ese caso la sangre que el laringoscopio pue-
 da demostrarnos es la que se adhirió al pasar.

En el período de infiltración los trans-
 tornos de la voz no son bien característicos
 pero desde que las lesiones aumentan y se ins-
 tala este segundo período, la voz se vuelve os-
 cura *robotense* y los esfuerzos que el enfermo ha-
 ce para hablar mas claro, pueden hacerle to-
 mar caracteres de bitonalidad y *disfonia*. -

Continúan las lesiones atacando el órgano y la voz se apaga casi completamente. - Un detalle digno de mencionarse es que, varias veces he podido observar que los trastornos de la voz no responden a las lesiones de las cuerdas y buscando una razón no la encuentro clara. - Türck dice que es un trastorno de innervación, Fränkel lo supedita a una atrofia de la fiebre muscular y dice que la laringitis de los tuberculosos sería según la expresión popular una debilidad de la voz. - «¿no sería mejor supeditar este fenómeno de debilidad vocal a la alteración del movimiento respiratorio por falta de energía de la columna de aire espirado?» (Mowre).

El trastorno funcional misterioso.

ble para el enfermo en este periodo, y sobre todo en esta forma aguda de finis laringea por lo pronto que se presenta es la disfagia.

Al principio no es mas que una ligera sensacion de picotazos o cosquillas que se exasperan mas bien con la deglucion que con la fonacion; pero muy pronto toma tal incremento, mas en unos sujetos que en otros, que el enfermo no puede tragar su saliva, no puede comer. Este sintoma fastidioso puede tomar tal caracter que hay un laringologo, no recuerdo quien, que da una forma de laringitis llamada *disfagica*.

Esta odynofagia es producida por el contacto y frote de las superficies ulceradas de la laringe; el bolo alimenticio en el momen-

to de la deglución produce el cierre de la glotis por el movimiento del opérculo epiglótis, y la laringe, al franquear el bolo alimenticio la laringe, sufre un movimiento de ascenso y otro de descenso, y esos movimientos y el cierre forzado de la laringe que hace que sus partes componentes se pongan en mas ó menos contacto y dado el caso de unas lesiones profundas infiltras - ulcerosas lúnicas lógico es suponer el dolor fuerte que ha de sentir el paciente al verificar una deglución.

El doctor Duncan al tratar de este periodo en su obra "Formas clinicas de la tuberculosis laringea" hace notar un fenomeno que no he tenido ocasion de comprobar, una salivacion exagerada, fenomeno de difícil expli-

cación. - M. Ferrand (tesis de Paris 1882-
p. 21.) ha visto « la cantidad de saliva se-
cretada pasar de 800 gramos en las 24 ho-
ras ».

No hay duda que esto aumentaría
los dolores atroces del paciente, si tuviera que
tragársela. El enfermo al tragar su saliva,
al verificar un movimiento de deglución, lo
veréis que se lleva instintivamente la mano
a la oreja y con la palma de la mano se com-
prime el pabellon, es debido a la otalgia fasa-
gera si, pero dolorosa con que se acompaña es-
te grado de lesiones de la laringe cuando el en-
fermo traga. Es una sensación refleja tras-
mitida por el ramo de Jacobson y por el glos-
saringeo. -- Es una sensación que partiendo de

la laringe se propaga hasta al oído por la rama auricular del nervio vago (ganglio superior), da dos filetes uno al conducto auditivo y otro a la membrana timpánica descrito por Sappey.

Los trastornos respiratorios, ciñéndose exclusivamente a causas laringeas dejando las pulmonares, siempre son producidos por estenosis glótica debida en esta forma al edema (y pasemos la palabra) que como hemos visto tiene tan rápido desarrollo y que puede comprometer la vida del paciente en un momento dado viéndose precisado el practico a practicar la traqueostomía, que dicho sea de paso, no saca de ninguno apuro pues el enfermo está destinado a morir, no así en

la forma crónica en que esta operación puede dar algún resultado dado caso que la estenosis laríngea es producida no por el edema (?), cosa rara, sino por una vegetación fúncica por un pedazo de mucosa que cierra la glotis y peligra la vida del enfermo; y dándole oxígeno por otra vía, puede la lesión seguir su marcha pausada y servir de algo la intervención. No hay duda que el peligro está también en los pulmones i Trambert aunque generalizando demasiado dice « toda vez que las lesiones laríngeas están en su período ulceroso, la tisis pulmonar está en último grado ».

3.º Período de terminación. Los trastornos funcionales de este período están en

razón directa de las lesiones horribles que ha
hecho ya el proceso fínico en la laringe. Asisti-
mos á una catástrofe; los trastornos funciona-
les están en plena violencia. — La odynofia es
terrible para el enfermo; si pretende comer lo
hace, si, á cambio de dolores horribles que lo po-
nen en estado de marasmo; si pretende beber
los líquidos ó caen en la laringe ó son arrolla-
dos por las fosas nasales. — Los dolores en la ore-
ja se hacen insufribles y hasta puede venir sor-
dora. — Los esfuerzos de la ciencia son inútiles
para amenguar estas lesiones. El fin del en-
fermo se aproxima y puede augurarse que pue-
de venir la muerte bruscamente.

C. Tratamiento.

Tratamiento. - Largo sería y rebasaría los límites que me he propuesto, el hacer un detenido examen y crítica de la medicación en este caso; haré un ligero bosquejo.

En el primer periodo ó de infiltración si la especificidad de la laringitis no está bien determinada todo se reduce al tratamiento de las laringitis catarrales simples - como inhalaciones - según la fórmula de la observación n^o 2 - gargarismos etc - economizar la voz - evitar las atmósferas confinadas y cargadas de materias pulverulentas - no fumar y no salir de casa sobre todo si el tiempo es frío y húmedo; y con esos medios esperar á que esos síntomas congestivos desaparezcan;

pero desgraciadamente en esta forma el diagnóstico seguro no se hace esperar y entonces el deber del médico es poner de su parte todo lo posible para detener la marcha aguda de la dolencia, cosa ; ay ! desgraciadamente que no se consigue - Que continuen las inhalaciones y además se hacen aplicaciones tópicas en la laringe con cloruro de zinc (1 x 30) ó con aceite mentolado (4 x 20) ó ácido láctico (10 x 10) ó, y esta me parece una asociación muy buena (Dr. Ricardo Boty), ácido fénico y ácido láctico (partes iguales) ó inyecciones intratraqueales de aceite creosotado (1 x 30) - de estos medicamentos ; cual es el mejor para esta forma ? Me explicaré : mientras el proceso fénico se manifieste en el período de evolución

por lesiones no muy extensas de ulceración y la hinchazón inflamatoria (?) no sea mucha, puede darse cualquiera de ellas; una vez cada dos días, por ejemplo. — Ahora bien en cuanto el proceso no responda a los esfuerzos del médico, y siga su marcha aguda y el edema (!) vestibular se instale, absténgase el práctico de tocar la laringe sobre todo con sustancias caústicas, nada conseguiría en buen sentido y si ayudar a que la inflamación aumente y que el enfermo muera por estenosis glótica. — Puede si, intentar dar inyecciones intratraqueales con aceite cresotado no gran cantidad ni muy a menudo y si no hay mucho edema, esto además de modificar la lesión laringea ayuda la modificación de la tisis pulmonar concomitante,

que no debe ser olvidada por el médico, ni mucho menos. - Pero en esta forma es tal la virulencia del bacilo que nada lo detiene en su marcha invasora, dos casos he podido ver uno la observación n.º , y todo fue inútil = Aconsejese al enfermo que las inhalaciones no las haga de larga duración, es preferible, para evitar su cansancio, que las haga cortas y mas a menudo. Para modificar en algo la inflamación aguda de la laringe, cuando el laringoscopio nos denota una infiltración acentuada del vestibulo, se pueden emplear las revulsiones en el cuello - yo no lo he usado ni lo he visto usar, asi es que mi opinion particular sobre esto no la puedo dar, a pesar de todo, inteligentes en la materia como Mandl, Jamniet, Krishaber

y Peter lo han usado; teniendo en cuenta el principio de Mandl - cuanto mas avanzada esté la tisis laringea menos activa seria la revulsion. -

Puede aplicarse, ó embrocaciones con tintura de yodo, ó fricciones con aceite de croton, vejigatorio y los canterios. - La aplicacion de los vejigatorios segun la opinion de Duncan es lo mejor, pero no en la parte anterior del cuello, pues molesta considerablemente á los enfermos, sino á cada lado del cartilago tiroides y con la fórmula citada por Capart.

Nitrato de plata 1 gramo

Agua destilada 1 id

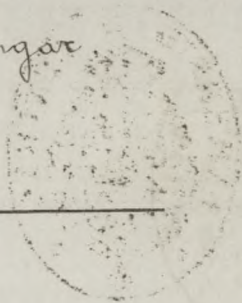
Acido nítrico concentrado 8 id

Lo ha usado Capart en la tisis pulmonar y tiene la ventaja de no ser dolorosa y no asus-

tar a los enfermos. Pero todos estos medios cuya utilidad no es incontestable serian insuficientes, no siendo ayudados con las aplicaciones tópi- cas que tienen efectos mas apreciables y mas se- guros.

En contra de la tos puede darse ó bien la morfina ó codeína en píldoras como convien- temente ó bien nebulizaciones laringeas de polvos bromuro-morfinados que a la par que calman la tos evitan la odynofagia y así puede el enfer- mo comer y sostenerse; puede darse también la morfina en otra forma; mediante toques con una solución como ésta (Clorhidrato de morfi- na 20 centigramos - Glicerina 6 gramos). =
 Pero el medicamento mejor para que el enfermo descanse de su odynofagia y pueda nutrirse es

el Clorhidrato de cocaína al 10% en toques laringeos. = Se hacen los toques, y en cuanto la laringe esté anestesiada aprovechando los momentos el enfermo come. - Pero en esta forma todo cuanto se haga es inútil el enfermo muere incesantemente aun en el caso, como he dicho antes, de que el práctico en vista de una estenosis glótica haga la traqueostomía, nada consigue el enfermo se va. - En las otras formas me entretendré en hablar de otros tratamientos que aunque en un momento de la evolución del proceso fínicos en esta forma puedan estar indicados no son de este lugar.



Forma menos grave.

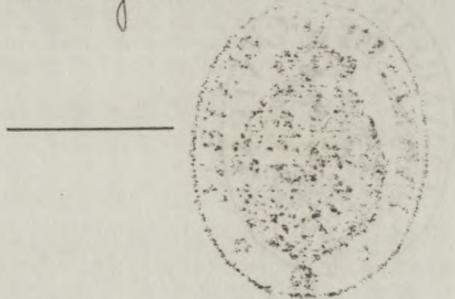
Tuberculosis laringea sub-aguda.

Observacion 5.^a

Título ari esta forma de la tuberculosis laringea, menos grave, porque a su evolución puede dársele, en virtud de un tratamiento apropiado y bien llevado, una dirección agradable como es el convertirla en crónica y de este modo alargar todo lo que se

pueda la vida del paciente y hasta curarlo.

Tiene relación esta forma con la anterior por la facilidad con que, à causa de un tratamiento intempestivo, un exceso de Inmisionalismo laringeo, un cambio de clima, aplicación de aguas sulfurosas, toma su aspecto y ya hemos visto cual es su funebre resultado. Esta es una forma que ayudado el médico por el enfermo con su fe y su constancia, y sus medios si los tiene, puede, sino el éxito coronar sus esfuerzos, al menos alargar la lucha y el enemigo pueda ser vencido que es la idea madre que debe guiarnos.



A. Síntomas objetivos.

1º Periodo de infiltration. Puede como en la forma anterior principiar por signos de catarro simple y la laringe presentarse hiperemiada más o menos totalmente, pero, una particularidad, así como en la forma grave este estado congestivo de la laringe no mengua, en esta forma si el paciente viene oportunamente a consultar al práctico y sigue sus instrucciones, este periodo puede hacerse largo, por mejoras que muchas veces hacen creer al enfermo en su completa curación

y entusiasmado con esta idea hasta llega a hacer excesos que se traducen, desfogues en afonías y molestias laringeas que le obligan ir otra vez al médico estando este entonces síntomas objetivos que le ponen sobre aviso, como son hiperemia y ligera tumefacción de los aritenoides, corditis más bien unilateralizada — esto es lo que podríamos llamar síntomas objetivos de este periodo. — Como se ve, no es la continuidad y la fijera de la forma grave, son fases del proceso que aún se comportan

2º Periodo de evolución — Difícil es lograr meter en el molde de estos periodos esta forma menos grave de forma laringea.

Posible es que las alteraciones aritenoides arriba dichas no sigan adelante y aun que respondan al tratamiento y queden la lesión durante un mes y más en ese estado — Otras

veces la ulceración principia - se ulceran los an-
 tensoides, se erosionan la cuerda en la forma
 de una ya dicha en la forma grave; puede ul-
 cerarse la cuerda falsa y la epiglottis, pero no
 presentan esas ulceraciones el mal caracter de la
 forma grave, no son tan profundas y en particu-
 laridad es que no se fusionan y con el larin-
 goscpio podremos limitar, no con facilidad mu-
 chas veces, cada ulceración. - Con toques apropia-
 dos podremos detener en esta forma la mar-
 cha del proceso y aun, si el enfermo se presta
 con su constancia y buena fé y sus condiciones
 orgánicas sobre todo pulmonares, son regula-
 res, lograr una curada bien manifestada del
 proceso y enseñarnos en lo que como el pro-
 ceso que es a donde deben dirigirse nuestros es-
 fuerzos en este caso. - Ahora bien, ese estado ya

ulceroso de la laringe puede detenerse, como
 he dicho, pero si la tuberculosis pulmonar que
 puede existir a la vez, adelanta y manifiesta
 su fenomenalidad entonces asistiremos a una
 agudización del proceso laríngeo y el edema (?)
 aumenta, las ulceraciones se hacen más confluen-
 tes y el final es el de la forma grave, que ya
 conocemos. Pero si por el contrario la lesión la-
 ríngea responde a nuestros esfuerzos curativos,
 sucederá como dije al principio de este período, la
 lesión se detiene y en ese estado ulceroso puede
 el enfermo durar tiempo y aun modificarse
 el modo de ser anatómico del proceso tuberculo-
 so sufriendo como una regresión y al cabo de
 tiempo presentarnos la laringe el aspecto vege-
 tante y de buen aspecto relativamente de la for-
 ma curable o crónica.

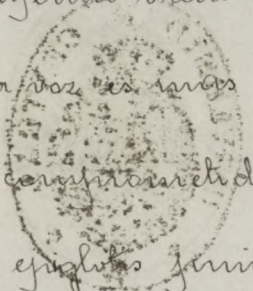
3^{er} Período de terminación.— Siem

do. causa se ha visto, esta forma susceptible de agravaciones imprevistas y de menguas en su gravedad, lógicamente se comprende cuales son sus terminaciones o bien termina como la forma grave o bien hacerse crónica y hasta curarse, cosa no muy frecuente.

No hay duda que la evolución del proceso laringeo está ligada con el de las tisis pulmonar y algunos autores hacen notar que en esta forma la marcha de ambas tuberculosis no es rigurosamente paralela y mientras que una se exacerba la otra parece que mengua como si hubiera habido una especie de derivación del proceso, pero esto no es la regla. — La duración de esta forma es en la especie de las mas eventual y variable.

6. Trastornos funcionales.

1º Periodo de infiltración.— Los trastornos funcionales siguen la misma progresión que las lesiones aparentes.— Al principio enrojecimiento persistente; los enfermos se quejan de estar siempre constipados. poca expectoración mientras la tisis pulmonar no esté muy avanzada, no hay disfagia, solo sienten los enfermos una molestia especial en la laringe; cosquillas o como si tuvieran una bola que no pueden tragar.

2º Periodo de evolución.— Por una exacerbación imprevista el enfermo viene a consultarnos y notamos que la voz es más apagada las notas agudas están ~~comprometidas~~  como que los acústicos y la epiglotis funcionan o ulcerarse, a la simple molestia le remplaza el

dolor a la deglución. - La expectoración se vuelve abundante y purulenta. - Los trastornos respiratorios están en razón directa de la estenosis glótica.

3º *Periodo de terminación.* - Después de varias oscilaciones o los síntomas menguan y tiene una solución sinifática el asunto, o bien la afección toca su fin y los trastornos funcionales son los del último grado de la forma rápida; afonía completa, disfagia terrible, salivación extraordinaria, dolores auriculares, trastornos respiratorios y la muerte.

C. Tratamiento.

Tratamiento. - Una vez orientados en el diagnóstico claro de esta forma de tuberculosis redoblabamos nuestros esfuerzos, que así co-

no en la forma grave no dan resultado, aquí, ayudados del enfermo, a quien se le ha de decir que de su constancia depende su curación, pueden detener el proceso y tener la satisfacción de ver que nuestra medicación no es inútil. Aquí lo que conviene mucho es sobre todo dirigir nuestra actividad médica hacia la diátesis; asunto conocido y que pasa por alto.

En el primer periodo de esta forma el tratamiento es casi lo mismo que el de la forma grave, con la sola diferencia que aquí muchas veces da resultado y la laringitis que tal vez despus será tuberculosa pasa y se cura como catarral.

Una vez que las ulceraciones se han instalado y hemos asistido a aumentos y menguas de las lesiones, aquí, además de los medios

rójicos que no reguto, regutiendo si el uso de las
 inyecciones intratraqueales, recomendadas y con
 éxito por el Doctor Botey de Barcelona en el
 primer congreso español de oto-rino-laringología
 y que he tenido ocasión de usar con ventaja en es-
 ta forma; aquí reguto cabe hacer uso de las in-
 tervenciones quirúrgicas en la laringe. — En el
 caso de que la epiglottis esté ulcerada y que la le-
 sión ha venido acantonada allí, desde tiempo
 produciendo la disfagia consiguiente que como sa-
 berros es un síntoma atroz para el enfermo, pue-
 de intentarse la epiglotomía, con una finza apo-
 yada cortante. Haciéndolo con ventaja si se ha-
 ce uso de una finza, como la que presentó el citado
 Doctor Botey en el Congreso de Moscú, suficien-
 temente grande y acondicionada para que de un
 solo golpe finza hacerse la intervención. — Es mis

no puede decirse de la antenoidectomía; es decir, en el caso de que quitando el antenoides infectado pueda librarse al enfermo de un síntoma molesto además de quitarle un poco de producción de toxinas y sin exponerle á grandes peligros y sin graves consecuencias. — Empezando á enunciar solamente un procedimiento, sin entrar en más detalles, aquí hago punto. — Otro procedimiento que entusiasma á su autor y que no se hace uso á lo menos en las clínicas de París no he visto usar, es el del Doctor Wieganski — inyecciones laringeas intersticiales de Cloruro de zinc quayacoladas o método esclerogénico. — El Dr. Wieganski inspirado en el método de Carnelau que lo aplicó en la mucosa laringea y según el sus resultados han sido buenos en la forma infiltrada y vegetante. — Para verificar este mé-

todo inventó el Doctor Wieganski una pinza jeringa, haciendo uso de soluciones de Cloruro de zinc hasta 1x20 sin peligro.

En la tesis de dicho Doctor donde habla de este método, expresa también el llamado *pansement à demeure* o digamos *cirra continua* que consiste en dejar, en la laringe enferma un tubo modificado de los usados para el tubaje, envuelto con una tela empapada en una solución de aceite mentolado o naftol alcanforado, diciendo que esto tiene la ventaja de que estando en continuo contacto con la lesión el medicamento en acción es real. - Sus resultados clínicos son buenos dice él, pero a mí me parece un procedimiento que habría proquisimos enfermos que lo resistan porque hay que confesar, que martirio debe ser el llevar un tubo en

la laringe durante 3. 4 horas ó más y sobre todo que se repita a menudo.— El curetage puede ser empleado en esta forma, menos grave, siempre que las ulceraciones no sean muy extensas ni confluentes. Es un procedimiento más empleado en Alemania que Francia y según el mismo Heryng la curación de las ulceraciones tuberculosas con el curetage es rara y no se ha de olvidar que el curetage es capaz de dar incremento a la tuberculosis pulmonar hasta en tonces torcida.— Sin embargo como paliativo de la disnea y de la disfagia es el curetage un buen medio.

En esta forma sabiendo manejar los medicamentos é interviniendo cuando sea necesario podemos hacer alcanzar al enfermo una curación relativa ó más bien alargarle

la vida todo lo posible procurando ponerle siempre a salvo de la disfagia y de la estenosis glótica.

He hablado de intervención quirúrgica en esta forma de tuberculosis laríngea haciendo la siguiente salvedad: siempre que el proceso esté en una fase aguda o bien que las lesiones sean muy extensas y generalizadas a todo el órgano del tratamiento quirúrgico está contra-indicado. El resultado de estas intervenciones depende en grande parte de una buena elección de los casos.



Forma curable.

Tuberculosis laringea crónica, lenta o tórpida o esclerótica.

Observación n.º 3

Esta forma de tuberculosis laringea se encuentra casi siempre en personas que han llegado a los 35 o 40 años. Se caracteriza por la tendencia que tienen las lesiones a permanecer estacionarias o a tomar ~~un~~ muy lenta en su desarrollo, y a permanecer ~~aisladas~~ ~~aisladas~~ en puntos determinados de la laringe, casi siempre en la región interaritenoides o en la parte poste-

rior de las cuerdas vocales - repliegues aritenoides-epiglóticos o cuerdas falsas - rara vez en la epiglótis.

Esta forma se caracteriza por la pérdida de la sustancia mucosa es notable a menos que el proceso por causas intersticiales se agudice y produzca un cuadro clínico como los que ya conocemos - con edema y supuración abundante cosa que aquí no sucede.

La duración de esta forma es indefinida; varios años; y puede curarse; contra esta forma nuestros esfuerzos no son inútiles.

A. Síntomas objetivos.

1º Período de infiltración - La instalación del proceso tuberculoso en esta forma no se hace como en la forma grave ni como puede

sucedor en la forma menos grave. Se hace de una manera lenta o gradual pudiendo no existir tuberculosis pulmonar.

Lo que llama la atención es un síntoma, como ya he dicho mas atrás, de gran importancia para pronunciarse en el diagnóstico me refiero a la palidez de la mucosa palato-faringea que en esta forma la encontraremos y no solo acantonada en ese sitio sino tambien en el vestibulo laringeo y en efecto al examinar al enfermo nos chocará la palidez que ha sustituido al color rosado de la mucosa laringea normal. Este estado de anemia palato-faringo-laringea puede ser el unico signo que se encuentre en este periodo y el solo puede prevenirnos en guardia contra el proceso que se prepara y que se comenzará a manifestar no de la manera

brusca y demostrativa de las otras formas, sino poco a poco como si el bacilo de Koch tuviera miedo de atacar. La demostración de que el proceso fínico está instalado ya en la laringe la encontramos en la ligera tumefacción, no muy manifiesta por cierto, de la región anteroidea o interaritensoidea torna la mucosa en tinte rojizo acantonado en esos sitios o bien produce el catarro de las cuerdas que se manifiesta por ligeras alteraciones de la voz.

La tumefacción interaritensoidea no es uniforme sino que se ve la mucosa sembrada en pequeña extensión de granulos salientes rojizo amarillentos, como ~~aparecidas~~ *pediculadas*. A este aspecto irregular de la mucosa por el parecido con el tejido granoso del terciopelo de Utrecht, se le ha llamado, *aspecto velvético*

ó aterciopelado que segun he dicho ya el Dr
 Brebion lo considera patognomónico de la
 fuma laringea; dice el que viene a ser ese aspec-
 to velvético para la tuberculosis laringea lo que
 los estertores crepitantes para tuberculosis pul-
 monar. - Dice el tambien que es un signo que
 se encuentra en todas las finias laringeas. -
 Esto me parece exagerado, pues pueden encon-
 trarse tambien en los heuréticos y artríticos, en
 las laringitis crónicas y aun tomar como vege-
 taciones tuberculosas las que no son específicas
 como me pasó a mi cuando principiaba a exa-
 minar laringes, error del cual salí al ver co-
 mo despues de verificar la ablacion el Doctor
 Sambard la enferma cura y no se reproducie-
 ron cosa que casi siempre sucede con las vege-
 taciones de naturaleza finica. - Para diferen-

ciar estas de las no tuberculosas se ha de fijar el observador que la base de implantación de las finicas es rojiza y algo edematosa cosa que en las otras vegetaciones no sucede.

Así es que aun cuando el esporimentador intercaritenoide y el aspecto velvético son síntomas que pueden poner en alarma al médico no hay que exagerar su valor y fijarse más que en solo eso, en el síndrome que completaría un diagnóstico.

No hay que confundir esos granitos salientes rojizo-amarillentos con el punteado de la granulosa laríngea. pues en esta forma gravísima las granulaciones no están acantonadas y si lo están pronto atacan la laringe produciendo la terrible metamorfosis regresiva ya expuesta más arriba.

Los pulmones en este periodo pueden no estar atacados o a lo menos me ha sido difícil apreciar síntomas pulmonares en los casos que he visto.

2.^o Periodo de evolucion.- Este estado de espesamiento interasitenoides puede durar largo tiempo y siendo ese sintoma el único que se presente, pero si el enfermo sufre un enfriamiento o bien su oficio le obligue a hacer esfuerzos vocales o se vea precisado a respirar atmosferas confinadas y polverulentas el proceso puede sufrir una agudizacion y tomar entonces una direccion patológica ya descrita y que no he de repetir.

Ahora bien si nada de eso sucede puede el enfermo durar largo tiempo con su lesion y aun con tratamiento apropiado

curarse, pero si el proceso evoluciona lo hace lentamente y lo que era exclusivamente aspecto velvético interaritenoides como lesión esta aumenta son atacados los mismos aritenoides y los repliegues ariteno-epiglóticos, nos trándonos el laringoscopio o un repliegue solo o los dos tumefactos y con una o varias vegetaciones, producto de un trabajo hiperplásico y con este aumento en lesión puede continuar la laringe largo tiempo.

Las cuerdas falsas y las verdaderas pueden tambien ser atacadas presentandonos estas deformadas y cubiertas anemundo de pequeñas vegetaciones. - La epiglottis puede tambien ser atacada aunque es rara y solo estar lesionada en su borde adherente - Ahora bien el proceso aumenta, las vegetaciones inter

ritenoides a las de las cuerdas pueden crecer y tomar tal tamaño que si no se interviene el enfermo puede sufrir las consecuencias de una estenosis glótica.— El proceso fínico al atacar la laringe en esta forma vegetante lo hace, no como hemos visto hasta ahora en las otras formas, en que la laringe se ingurgita tan pronto y profundamente de elementos embrionarios, ingurgitación que se manifiesta con el edema tan considerable, no, aquí lo hace como con miedo y las ulceraciones que a la larga se forman por el trabajo regresivo que aunque pausado se produce, son superficiales, y el aspecto caseoso se presenta en la laringe, desgracia de tiénigo y no tan característica y grave como en las otras formas. La laringe así atacada puede curar y sufrir el proceso un retroceso pe

co como la lesión ha sido profunda, pueden ser atacadas las articulaciones crico-artenoides y al venir el retroceso de la lesión queda como consecuencia una anquilosis de la articulación dicha que se nos manifestará por una deformación glótica; que puede llegar a producir la parálisis de los recurrentes con estrechez glótica permanente, que producirá la disnea consiguiente. Sin embargo esto es raro.

Y hemos visto que las lesiones se acontaban no en sitio bien determinado sin embargo una particularidad que esta forma presenta, aunque rara no por eso no interesante, es la de ser atacada solo la mitad de la laringe y presentarse roja y granulosa y encontramos como dice el Doctor Mance en

74
Presencia de una hemifinia = No he tenido o-
casión de conynobar personalmente esto. Es-
te periodo de evolucion puede durar hasta a-
ños sobre todo encontrándonos ante un proce-
so que puede responder a nuestra interven-
ción.

3^{er} Periodo de terminación = Como
he repetido varias veces y como he tenido aca-
sion de observar la terminacion de esta forma
de tuberculosis laringea puede ser la curación,
y alli está el fundamento de atreverme con ra-
zon, llamar curable esta forma clinica. En efec-
to, hoy dia, muchos laringólogos, y entre ellos ci-
to solo a mis maestros Gouguenheim y Sam-
bard están contestes en mi aseracion. No
creo por eso que el enfermo que ha sido ataca-
do por la tuberculosis en su organo vocal y

que tiene la dicha de curarse queda completamente bien de su laringe. no, siempre su voz denotaría que ha sufrido los ataques de una enfermedad terrible, sobre todo si la regresión del proceso se consigue después que ya ha hecho de las suyas en la laringe. Ahora bien si el proceso fibrinoso se logra detener en sus comienzos ó cuando todavía no ha hecho graves daños el enfermo puede quedar completamente bien y aun se dan casos en que una cuerda vocal que ha sido atacada rudamente se rehace y vuelve a su pristino estado como lo hace notar el Doctor Monre en una observación, que también cita Duncan.

El enfermo de esta grave dolencia que se cura, siempre es un candidato a la tuberculosis, sobre todo si a la vez que ha con-

seguido la curación de su finis laringea no logra detener la marcha de la tuberculosis pulmonar concomitante.

Lo que he dicho no siempre sucede, desgraciadamente, el desenlace puede ser otro; y si el enfermo está sujeto a eventualidades que no le de respiro y se pone en malas condiciones orgánicas el proceso que principió siendo crónico se agudiza y el final del paciente en ese caso ya se sabe cual es.

B. Trastornos funcionales.

1º Período de infiltración.- Siendo poca la lesión pocos son los trastornos funcionales en este período. La voz puede estar intacta o bien solamente débil y si el enfermo con

47
ta notará mejor esa debilidad de su voz, como puede observar en una chica artista de teatro, que tenía espasmo fónico intermitentes; me decía que cuando subía la voz para dar una nota alta, cosa que antes no la costaba ningún trabajo, ahora le era difícil y se le quebraba la nota no pudiendo sostenerla largo tiempo.

Si la cuerda vocal está atacada el enrouquissement es la regla.

En este período no existe salvo si existe tuberculosis pulmonar.

La expectoración es munda o solamente mucosa y con filamentos, probablemente producidos por la secreción exagerada de las glándulas laringeas.

No hay disfagia; el enfermo si a

caso acusará en la laringe una sensación no bien definida.

La secreción salival exagerada compañera de las formas graves no existe aquí si acaso al contrario acusarán los enfermos sequedad en la garganta.

Los trastornos respiratorios son nulos como lógicamente se comprende.

2º Período de evolución.— Siendo siempre los trastornos funcionales proporcionales a las lesiones en este período, que ya sabemos puede ser muy largo, el enfermo pasa, si las lesiones aumentan a la debilidad de voz, al enroquecimiento definitivo.

La tos existe si la faringitis primero se ha declarado y no es, si más tarde cuando a los espasmos nerviosos suceden los

espantos juveniles prueba de trabajo, regresivo
que se verifica en la laringe

Si se han ulcerado o los aritenoides o la epiglotis el enfermo es presa de odynofagia y en este momento pueden haber dolores en la oreja por el mecanismo explicado.

La hipersecreción salival y los trastornos respiratorios toman incremento en cuanto el proceso por el hecho de una exacerbación nueva toma el aspecto y los caracteres de la tisis laringea grave.

3º Período de terminación: al hablar de los síntomas objetivos en este período digamos cuales eran los dos modos de terminación.

Pues bien: si la terminación es espuerta ya sabemos cual es el cortejo de trastor-

70

nos funcionales que le pertenecen y no repetire;
si el proceso responde a nuestro tratamiento, los
síntomas disminuyen; no hay expectoración ni
disfagia y si acaso la voz será la única que
demuestre la tempestad pasada.

Y he de advertir una cosa que esta
forma se cura y muchas veces por si misma
no por un determinado tratamiento.

Un modo de determinación puede
ser también por estenosis glótica, pero no por
una agudización del proceso torcido sino
por la acción de una vegetación tuberculosa
que cerrando la glotis puede acercar la
muerte.

La duración total de esta forma
de tuberculosis laríngea puede ser de varios
años siempre que el enfermo haya sabido no

traerse a eventualidades posibles.

C. Tratamiento.

Tratamiento.- En el periodo de infiltracion, los medios que pueden ponerse en practica para detener el proceso no varian de los ya dichos en las otras formas. Ahora bien, una vez la localizacion del proceso en la laringe y la forma en que lo hace, nos suministran datos suficientes para basar el diagnóstico de forma curable, cronica, torpida o esclerosica. dirigimos todos nuestros medios a que el proceso que así principia, no modifique su velocidad evolutiva y poner al enfermo al abrigo de las eventualidades que agudizando su afección, puedan poner, sino por el momento en peligro su vida,

al práctico en malas condiciones de éxito que
aquí, en esta forma; como el enfermo se pres-
ta a seguir fielmente nuestras instrucciones, fe-
lizmente, puede lograrse.

Por lo tanto, una vez nuestro diag-
nóstico hecho; procurase inculcar en el ánimo
del paciente la idea de que la curación depen-
de de él, de su constancia y de su fe en la cien-
cia.

Si el enfermo vive en una gran ca-
pital trasládese al campo, donde con alimenta-
ción superabundante, reposo de la laringe y has-
ta sin medicación alguna y como no exista tu-
berculosis pulmonar adelantada, puede curarse.
Esto tuve ocasión de verlo comprobado en un via-
jante de comercio que presentaba principio de
fijia laringea en esta forma torpida; el único

sintoma objetivo además de la palidez palato-faríngea, que presentaba, era ligera espesamiento interarritenosidos; con molestia laríngea no bien definida; se le estuvo tratando durante 2 meses con inhalaciones, y toques con aceite mentolado y el proceso continuaba, yo le aconsejé que se fuera al campo, que descansara y que comiera bien; al mes y medio volvió a la clínica sin nada en la laringe.

Si el oficio del enfermo, lo expone a respirar atmósferas confinadas y polverulentas, a hacer esfuerzos vocales o a sufrir frío y humedad; aconsejéle que lo abandone. En fin, la higiene y la dietética del tuberculoso pulmonar son aplicables a este caso. En una palabra, el práctico no debe olvidar que el enfermo está sujeto a una diátesis, contra la cual se

24
lra de luchar.

Como medicación tónica puede usarse cualquiera de las ya dichas, pero yo me inclino sin grandes razones por sugerir al uso del cloruro de zinc; es el que mas efecto he visto ha producido en esta forma de tuberculosis laringea.

Si el proceso laringeo sigue esa marcha tónica ya exjunta y el trabajo hiperplásico produce vegetaciones tuberculosas capaces de impedir el funcionalismo de los antenoides por ejemplo, o de las cuerdas si la vegetación está implantada mas abajo y no en la region interaritenaria, en este caso, como en el de estenosis glótica inminente, la intervención con la pinza cortante está indicada. -

Después de anestesiar la laringe con cocaína

introduzcase la pinza en la laringe y avanzá-
quese la vegetación, que molesta el funciona-
lismo laríngeo.- Esto es una intervención di-
fícil para ejecutarla, pero sin peligro para el
enfermo; ahora bien, estas vegetaciones se re-
producen con bastante facilidad.

Si la producción de vegetaciones
es grande o una sola puede cerrar la glotis
y correr, el enfermo el peligro de muerte por
asfixia, en este caso, si puede intentarse la tra-
queotomía que cumple una indicación vi-
tal; y no como en las formas graves, en las
cuales la intervención alargaría poco la vi-
da del enfermo que está destinado a morir,
sino que aquí la traqueotomía sirve de un
cho, pues una vez se ha salvado al enfermo
de su asfixia, sigue la tuberculosis en march

dra lenta que tal vez la traera la muerte,
pero a largo plazo.

Como el enfermo sufre una agudización de su proceso ya indiqué mas arriba, someramente, lo que se ha de hacer.

En resumen; el tratamiento de esta forma varia con respecto de las otras en que se pueden verificar aqui intervenciones quimicas que puede coronar el éxito y que son en mi concepto más eficaces y mas durables que cualquier otro tratamiento, pero siempre que el enfermo cumpla con las condiciones de poder ser tratado por ese medio; es decir, si la forma es torcida, poca extensión de las lesiones y que no esto en una fase aguda, pues la contraindicación es la de las formas aguda y sub-aguda o sea grave

y menos grave.

" Cuando existen infiltracion unilateral o localizada a la entrada de la laringe, o el aspecto es ulcero-vegetante o polipoides, lo mismo que en el larynx; la intervencion quirurgica está perfectamente indicada a menos de condiciones desfavorables por parte del enfermo." (Y Botey).



Casos clínicos.

Observación. 1ª

Monsieur Augusto M. de 25 años de edad de oficio mozo de café empleado en las bodegas. se presentó en la clínica otorinolaringológica del Hospital Lariboisière de París el 12 de Marzo quejándose de dolor en las fauces con imposibilidad de tragar, afección muy marcada y decaimiento orgánico.

Antecedentes hereditarios. — Es celenteros. su madre vive y goza de buena salud

81

su padre murió de hemorragia cerebral. tiene hermanos y gozan de buena salud.

Antecedentes personales - No ha tenido una naturaleza muy fuerte, a los 18 años una bronquitis aguda que le hizo quedar cama largo tiempo se curó y hace cinco meses se le presentó una estomatitis que le molestaba bastante y de la que se curó sin casi tratamiento, según él juro hace un mes, le duele la garganta al tragar y nota que ha enflaquecido.

Estado actual - Se nota en este muchacho la facies característica del tuberculoso erigita y sudorosa - ha perdido en peso y enflaquecido sensiblemente sudores nocturnos, se queja de dolor en las fauces, disfagia y odynofagia, poca tos, raquicia al introducir

91

cirle en la boca el baja-lenguas me dice que le es muy doloroso - puede notar velo del paladar y uñala edematosa y roja. gular posterior del velo y pared posterior de la faringe inflamada y punteada de granitos blanco-grisáceos como de semola, examinado con el espejillo laringeo, operación difícil para mí y dolorosa para el enfermo puede notar rápidamente infiltración de la glotis con el mismo punteado de granitos blancos. - Fue diagnosticado de granuloso-faringo-laringeo, y admitido en el hospital con pronóstico gravísimo. Como tratamiento, desinfección local y toques con cocaína al decimo y ácido láctico (10 x 10) desjunes.

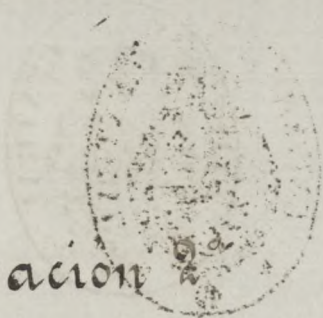
El jueves 21 de Mayo fue traído de nuevo a la consulta y habiéndolo exami-

nado fue de notar aumento en gravedad del
síndrome.

Dolor agudísimo al examinarlo.-
continúa el edema faringo-laríngeo y las gra-
nulaciones miliares se han hecho confluentes
imposibilidad de comer y de beber.- aumen-
tan los ruidos nocturnos.- está disneico- ha
tenido una hemoptisis - Aumenta la tos - le exa-
miné los pulmones: signos de reblandecimiento
en el vértice izquierdo.

El tratamiento no ha hecho nada.

El 29 de Marzo murió probable-
mente por asfixia.



Observación 2

Mademoiselle Maria N... de 24

años de edad de oficio lavandera: se presentó a la clínica el 20 de Noviembre de 1900 que padeciendo de una ronquera que hace 3 años tiene sobre todo los inviernos

Antecedentes hereditarios = Es celeros.

Antecedentes personales = Lo dicho arriba hace 3 años que viene padeciendo de ronqueras intermitentes. - Estado actual = al abrirle la boca lo primero que llama la atención es la palidez del paladar - tiene dos dientes cariados = examinada al laringoscopio puede notar cretenciaide izquierdo rojo infiltrado dificultad en la movilización del conyuntivo, cuerda derecha sana: cuerda izquierda roja con erosión en el borde libre - en las faringes no encontré nada sospechoso. - no tiene los escape poco, solo lo que siente son como picotazos y cos

quillas en la laringe.

Fue diagnosticada de laringitis
tuberculosa primitiva de forma infiltrada.

Como tratamiento; superalimento
cion abandonar el oficio que tenia; inhalacio-
nes con la formula siguiente.

Mentol 1 gramo

Cintura de eucaliptus . . 20 gramos

Alcohol a 60° 100 gramos

Una cucharada de las de cafe en
un recipiente con agua hirviendo y respirar
el vapor dos veces al dia.

Y toques laringeos con la formula:

Mentol 4 gramos.

Acete esterilizado . . 20 gramos.

Dos veces por semana.

Estuvo viniendo la enferma regu-

lucamente a la clínica. y tuve ocasión de hacerle yo mismo los toques. todos los martes y sábados de cada semana. — digno de notarse en el curso de la enfermedad y con el tratamiento es lo siguiente: disminución de las sensaciones de cosquillas y picotazos en la laringe se aclara algo la voz — El 19 de Enero. sábado encuentro algo inflamado el aritenoi-de derecho, la lesión de la cuerda parece estar cionarse — como bien la enferma — Continúa el tratamiento hasta el día 22 de Febrero en que noto que la inflamación de los aritenoides ha disminuido quedando solamente una ligera coloración roja en la cuerda.

Sigue viniendo la enferma notándose cada vez ligera mejoría en la lesión.

El 19 de Marzo las lesiones han

desaparecido.- la enferma come bien.- habla con la voz clara.- la cuerda izquierda se ha rehecho.- el aritenoides izquierdo se ha deshinchado.- la frialdad del velo del paladar no ha desaparecido.

Se da como curada la enferma recomendándole no abandone durante unos días las inhalaciones y que continúe comiendo bien sobre todo huevos y leche.

Deja de venir a la clínica.

Observación-3ª

Mr. Kiel.... 37 años de edad - de oficio mozo de café - de estado casado. Presenta se en la clínica a principios de Diciembre de 1900 quejándose de enrojecimiento persistente

hace 5 meses.

Antecedentes hereditarios = En padre
muerto de laringitis tuberculosa; su madre vive
bien de salud.

Antecedentes personales = ninguno dig-
no de llamar la atención - hace 5 meses está
enfermo de la laringe.

Estado actual = examinado al la-
ringscopio encontramos lo siguiente; espesa-
miento de la mucosa intercartilaginosa - peque-
ña vegetación tuberculosa sobre la cuerda falsa
derecha - atacadas ambas cuerdas vocales ver-
daderas - signo claro de corditis en su parte pos-
terior - desaparición de la forma propia de la
cuerda por estar atacada en su parte media
y borde libre por vegetaciones tuberculosas de pe-
queño tamaño - Dolor a la presión en el lado

97

derecho de la laringe - Velo del paladar ligeramente fríasido.

Examinados los pulmones encontramos; inspiración a sacudidas y la espiración, durante el mismo tiempo que la inspiración en el vértice derecho con broncofonia; - tuse por las mañanas sobre todo. - Ha esputado sangre pero muy poco - regular apetito.

En aspecto general es bueno; no está mal nutrido. Fue diagnosticado de finis laringea de forma vegetante.

Se le injunó el mismo tratamiento que a la enferma de la observación nº 2º.

Estuvo viniendo regularmente a la clínica todos los Martes y Sábados de cada semana, teniendo ocasión de hacerle yo mismo los toques laringeos con el aceto mento-

lado. hasta el día 4 de Febrero en que viendo la poca mejoría que le producía el tratamiento, le había disminuido la luz un poco, cambiamos los toques laringeos. y en lugar de hacerselos con aceite mentolado se los hicimos con cloruro de zinc (al 30°) - a los 15 días de este tratamiento la lesión había mejorado; había desaparecido la vegetación de la cuerda falsa derecha; la voz se le aclaró algo.

Se resintió siempre del tiempo; el día que hacía frío o llovía y llegaba a la clínica se quejaba de estar mal.

Continuó mejorando en los días sucesivos: la lesión laringea pareció detenerse con la acción del cloruro de zinc.

No se quejó de odynofagia - comía bastante bien.

El 23 de Marzo dejó de verle.

49

Observación - 4ª

M^{re} Encin Dubois.... de 26 años de edad - soltero - de oficio, empleado en una fundición. - vino a la clínica a principios del mes de Noviembre 1900 quejándose de trastornos de la voz y de dolor al tragar.

Antecedentes hereditarios - No tiene madre ni padre y no sabe especificar de que ~~unión~~ ~~unión~~ - Tiene una hermana que goza de buena salud.

Antecedentes personales - Nada importante para el caso - hace 4 meses se sintió enfermo de la laringe; ~~principio~~ ~~por~~ velarse la voz, al cabo del mes principió a toser y con

espectoración, no dió importancia a eso, creyendo que pasaría y hasta que se le presentó dolor al tragar no vino a consultar.

Estado actual: examinado al laringoscopio me encontré con una catástrofe, epiglottis infiltrada y ulcerada en su borde libre, semejando por su aspecto el bocio de una lengua. — Aritenoides y repliegues aritenopigloticos infiltrados, cuerda falsa derecha ulcerada, no pudiendo ser bien vistas las cuerdas verdaderas no se pudo apreciar la lesión aunque supongo existia ulceración — no existia anemia palato-faríngea — Afonía completa — odynofagia bien marcada — dolores auriculares al tragar — dolor a la presión en la laringe sobre todo al lado derecho.

Signos de reblandecimiento en am-

101

tos vértices fulminantes. - expectoración y tos

- Disnea nocturna y al hacer esfuerzos.

Se le sujetó al siguiente tratamiento. - Inhalaciones mentoladas - y toques laringeos con ácido láctico (10 + 10) con anterioridad, toques con cocaína al décimo - Reposo y superalimentación.

Vino a la clínica dos veces por semana - el tratamiento detuvo algo el proceso, pero al cabo de un mes de verlo, parece que la laringe se acostumbró al tratamiento y el proceso siguió su marcha invasora. - la epiglottis ya no era epiglottis era una úlcera y la glotis se había convertido en una hendidura supurante - el enfermo era preso de una disfagia horrible y una disnea pronunciada, había enflaquecido sensiblemente.

La tos y la expectoración habrían aumentado, tenía sudores nocturnos.— Se aconsejó no volver a la clínica y que se fuera al hospital que por favor le correspondía, pues allí sería mejor cuidado y en efecto el enfermo no volvió, y supre que habría muerto en el Hotel Quén— cosa que se veía venir y que motivó mi consejo de que se fuera a un hospital, pues el laringo no podía hacer ya más ni salir de la clínica— Quén con su afección, contando desde los primeros síntomas 7 meses.

Observación 5ª

Monsieur Arthur de 25 años de edad— de estado soltero empleado en un despacho de comercio se presentó en la clínica

119

el 19 de Enero de 1901 quedándose de conque-
rea y de ligero dolor al tragar.

Antecedentes hereditarios - Su gra-
da vive y goza de buena salud su madre
muere de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales - A la edad
de 23 años padeció una pulmonía de la cual
curó quedándole desde ese día gran suscepti-
bilidad en el aparato respiratorio - hace 5
años padece de la laringe iniciándosele
la efeción por enfriamiento persistente
después de un enfriamiento - Fue a consultar
a la clínica del Dr. Castex en la Facultad
de Medicina de Paris donde fue tratado con
inhalaciones y toques laringeos con gliceri-
na fenicada y por orden allí dada abando-
nó su oficio y se fue al campo después de

cuatro meses de tratamiento que lo alivió mucho, pues se le aclaró la voz y desapareció la disfagia de la que también se quejó al principio. — En el campo estuvo relativamente bien, pero volvió a París y a los quince días después de una larga discusión y habiendo firmado creyéndose curado, se le volvió la voz y una mañana se levantó con ligera disnea y notando dolor al tomar su desayuno y fue lo que le obligó a volver a consultar teniendo ocasión yo de examinarlo.

Estado actual — anemía palato-faríngea — Infiltración pronunciada del acilomide derecho — corditis doble — frecuente ulceración en la cuerda falsa derecha — signos de carcinoma laríngeo.

Enrojecimiento pronunciado — dis

105

Jagía sobre todo al tragar líquidos.

Signos de infiltración tuberculosa en ambos vértices pulmonares - Ha tenido una hemoptisis y también transpiración nocturna.

No tiene mal aspecto orgánico; es un hombre fornido - ha notado que ha enflequecido sensiblemente - Conserva el apetito.

Como tratamiento; la fórmula ya dicha de inhalaciones mentoladas y toques laringeos con aceite mentolado, dos veces por semana.

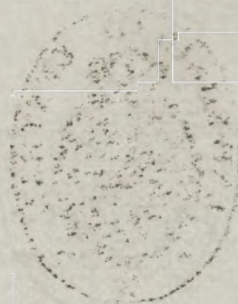
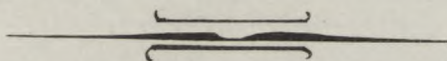
Seguía viniendo regularmente a la clínica todos los martes y sábados - al mes de tratamiento, habrían desaparecido la disfonía, y la infiltración del acúsis había disminuido bastante, y la voz bastante clara - Seguía mejorando y a los dos meses dejó

de venir creyéndose curado.

Unos días antes de abandonar yo la clínica volvió este enfermo a presentarse, y me dijo que la cosa iba muy mal que había vuelto otra vez la afección. — Lo examiné y noté, comparando las lesiones que yo tenía apuntadas a raíz del primer examen con las presentes, un aumento en extensión y profundidad del proceso fínico. — Infiltración de cuerpos acitensoides, una cuerda verdadera había desaparecido las dos cuerdas falsas ulceradas. — Se quejaba de odynofagia tona y expectoraba bastante. — Me dijo que el frío y la lluvia de esos le había puesto malo. — Se le instituyó de nuevo el mismo tratamiento y habiendo abandonado yo la clínica no volví a verlo teniendo idea de la forma

Clínica de su afección laríngea.

109



Conclusiones

1ª La clasificación que acabamos de hacer de las formas clínicas de la *Embolusosis laringea*, responde a un fin práctico y está inspirada en el modo de ser de la lesión fínica y en su velocidad evolutiva.

2ª La forma *Gravisima* se caracteriza por la rapidez sorprendente de su evolución - extensión rápida del proceso a toda la laringe - muerte segura.

3ª La forma *Grave* evoluciona

reajudamente, no tanto como la primera y aun que su fin es la muerte se distingue de la graveísima, en la forma y carácter de la lesión que no sufre tan pronto la metamorfosis regresiva.

4^a La menor Pórcave participa de la anterior y de la siguiente. De la primera; por su lesión y porque puede terminar como ella y de la siguiente porque modificándose el proceso adquiere la lentitud de su marcha.

5^a La curable, con su nombre lleva la característica - sus lesiones poco extensas - engrosamiento interaritenoides y vegetaciones de naturaleza frínica - evolución lenta que puede modificarse o bien en mal como las otras formas o bien curarse.

6ª El problema del tratamiento 110

de la tuberculosis laringea está aun por resolver.

7ª Comparando las ventajas de los medicamentos tópicos usados dice: si la laringe está infiltrada solamente usese el mentol - es un buen descongestionante y antiséptico y además por sus condiciones organolepticas es una medicación fisioterápica.

8ª Si la laringe está ulcerada empléese el ácido láctico o la mezcla lacto-fenol - da buenos resultados.

9ª En la forma curable o esclerosis el cloruro de zinc los da regulares.

10ª En todas las formas y salvo contraindicación como en la gripe - las inyecciones intratraqueales creosotadas dan

Buenos resultados.

111

11ª La medicación quiniúna está contra-indicada en las fases agudas de cualquier forma, y cuando las lesiones son extensas - Está indicada sobre todo en la forma curable o vegetante.

12ª No olvidar nunca corregir la diatesis del enfermo con medicación apropiada ni dejar sin tratamiento la tuberculosis pulmonar que acompaña a la forma laringea.

13ª La tuberculosis laringea para curarse, no lo hace por la acción determinada de tal medicamento, mas bien por la sobrealimentación y la cura de arco.

14ª En caso de estenosis glótica, en las formas graves, el tubaje da buenos re

112
sultados en determinadas circunstancias.

15^a Aunque el éxito no corone
nuestros esfuerzos en la mayor parte de casos,
no desespere y recordar lo que dijo Taccond
²⁴ Luchad. Luchad, el enemigo puede ser vencido
He aquí la idea madre que debe sostener nues-
tros esfuerzos: esta convicción está segura, es
la primera condición de éxito, pues la falta de
fe engendra la inercia terapéutica.»

He dicho.

José Luis y García

Madrid. — 1^o de Junio de 1907.

Leida



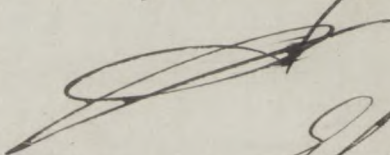
Realin il primo del grado
de Dottor in Teologia e catipicario
de Subvalente

A. L. M. T. M.

Simile Loro

Manuel Thomaz Lando.

Manu finem



El fin

Pedro Valente

