Año 1909 N° 1968

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LARINGITIS TUBERCULOSA

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LEOPOLDO E. REINECKE

Ayudante de Fisiologia 1904
Ayudante prosector del Hospital San Roque 1905-1906
Practicante rentado de vacuna época epidémica 1907
Practicante del consultorio Oto-rino-laringologico del Hospital Frances 19 7-909
Practicante mayor del Hospital Vecinal S. Carlos 1907-909

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

LARINGITIS TUBERCULOSA

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

Año 1909 N° 1968

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LARINGITIS TUBERCULOSA

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LEOPOLDO E. REINECKE

Ayudante de Fisiologia 1904
Ayudante prosector del Hospital San Roque 1905-1906
Practicante rentado de vacuna época epidémica 1907
Practicante del consultorio Oto-rino-laringologico del Hospital Frances 1907-909
Practicante mayor del Hospital Vecinal S. Carlos 1907-909

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1 Dr. D. José T. Baca
2 » » Rafael Herera Vegas
3 » » Jacob de Tezanos Pintos
4 » » Eufemio Uballes
5 » » Pedro N. Arata
6 » » Roberto Wernicke
7 » » Pedro Lagleyze
8 » » José Penna
9 » » Luis Güemes
10 » » Eliseo Cantón
11 » » Enrique Bazterrica
12 » » Antonio C. Gandolfo
13 » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

Académicos Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
,, ,, Martin Spuch
,, ,, Telémaco Susini
,, ,, Emilio R. Coni
,, ,, Olhintho de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
„ „ Luis Güemes
„ „ Enrique Bazterrica
„ „ Antonio C. Gandolfo
„ „ José M. Ramos Mejía
„ „ Baldomero Sommer
„ „ Gregorio Araoz Alfaro
„ „ José R. Semprun
„ „ Abel Ayerza
„ „ Eufemio Uballes
„ „ Francisco Sicardi
„ „ Telémaco Susini
„ „ Nicasio Etchepareborda
„ „ Eduardo Obejero
„ „ Juan A. Boeri (suplente)
„ „ Juvencio J. Arce

Secretarios

Dr. D. Jonàs Larguía (Consejo Directivo)
“ “ Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» (Vacante)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	**Catedráticos extraordinarios**
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica. . .	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.	» JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ / JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE / ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON / RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN / PEDRO LABAQUI
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET / MARCELO VIÑAS / MARCELINO HERRERA VEGAS / JOSÉ ÁRCE
» Neurológica.	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE / DAVID SPERONI / JUAN J. VITON
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / ARTURO ENRIQUEZ / ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SÁNTAS / MÁMERTO ACUÑA / GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRJZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. JOAQUIN LLAMBIAS

Prosector del Instituto de anatomia patologica de la Facultad de Medicina

A MIS QUERIDOS PADRES

GRATITUD Y CARIÑO

A LA Srta. FLORENCIA NAVAZAS

CARIÑO

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

Señores Consejeros.

Señores Profesores.

Voy á presentar á vuestra consideración este pequeño trabajo que no tiene otro fin que el de cumplir con una disposición reglamentaria que me exige esta última prueba para otorgarme el título de Doctor en Medicina.

Al elegir como tema de mi tesis La Laringitis Tuberculosa, su tratamiento quirúrgico, no pretendo aportar nuevos conocimientos á este capítulo de Patología, sino como he tenido ocasión de observar algunos casos, quiero manifestar ligeramente la conveniencia del tratamiento quirúrgico en ciertos de ellos.

Antes de retirarme de las aulas séame permitido manifestar mi sincero agradecimiento á todos mis maestros,

de los cuales he recibido un caudal de conocimientos científicos..

Al Dr. Antonio F. Piñero mi reconocimiento, pues por él he tenido el alto honor de asistir en su lecho de dolor al Tte. General Don Bartolomé Mitre.

Séame también permitido expresar mi reconocimiento profundo al Dr. Joaquín Llambías que me acompaña como padrino y del cual pude recoger sanos consejos. Al Dr. Enrique Galiano por su caballeresca ayuda facilitándome los casos clínicos que presento, y al Dr. Jacinto Mattos por el concurso que en este trabajo me presta.

LEOPOLDO E. REINECKE

CAPITULO I

LA LARINGE

La laringe tiene su doble importancia como órgano respiratorio y de fonación, toma por lo tanto un lugar muy importante entre los órganos de la vida de relación.

Su rol elevado de órgano fonador le es debido á que en su interior y en su parte media aparecen dos láminas elásticas más ó menos tendidas "las cuerdas vocales", las cuales impulsadas por la columna de aire que recorre el conducto laríngeo son susceptibles de ponerse en vibración y originar las voz. Hay que hacer notar, sin embargo, que la laringe no es más que la productora del sonido laríngeo el cual modificado por las distintas va-

riaciones del conducto aéreo es el resultante de la voz.

Situado en la parte anterior y media del cuello es impar y simétrico, inmediatamente por delante del farinx con el cual comunica por una ancha abertura que responde á su base, por encima de la tráquea á la cual continúa y por debajo del hueso hyoides y de la lengua á los cuales se encuentra íntimamente ligado y cuyos movimientos continúa, responde en proyección sobre la columna vertebral en el hombre adulto á las cuatro últimas vértebras cervicales, las observaciones de Tagughi han mostrado que en la mujer la situación es algo más elevada, lo mismo las observaciones de Symington nos enseñan que en el niño la laringe está situada mucho más elevada que en el adulto.

Sus medios de fijación son: 1° por su continuidad con la traquea, 2° por su continuidad con el farinx y 3° por un cierto número de ligamentos y músculos que la unen por una parte al hueso hyoides y por otra parte á la base del torax, sumamente móvil la laringe, presenta movimientos verticales, antero posteriores y laterales, estos movimientos se efectuan ya sea al producirse los distintos sonidos, elevándose en los agudos y bajándose en los graves, ya para facilitar el pasage del bolo alimenticio, este desplazamiento en sentido vertical no depasa de 2 á 3 centímetros.

Las dimensiones de la laringe varían según los individuos, según los sexsos, y según las edades.

En el hombre adulto según Sappey varían sus diámetros; el antero posterior de 1 á 5 milímetros, el vertical de 1 á 6 milímetros y el transversal de 1 á 11.

Respecto á las variaciones según los sexos podemos decir que la laringe del hombre es siempre de mayor desarrollo que la de la mujer, Sappey que ha medido comparativamente un cierto número de laringes de uno y otro sexo, llega á resultados muy demostrativos y concluyentes y que van consignados en el cuadro adjunto.

LARINGE DEL HOMBRE				
EDAD	DIAMETROS			
	Vertical	Transversal	Autero posterior	Gran circunferencia
27 años	45 m. m.	42 m. m.	38 m. m.	142 m. m.
30 „	48 „	47 „	36 „	143 „
38 „	42 „	51 „	33 „	140 „
42 „	42 „	40 „	35 „	130 „
45 „	45 „	40 „	36 „	136 „
50 „	43 „	44 „	39 „	134 „
56 „	43 „	40 „	40 „	133 „
60 „	46 „	43 „	43 „	131 „
Media	44 m. m.	43 m. m.	36 m. m.	136 m. m.

LARINGE DE LA MUJER				
EDAD	DIAMETROS			
	Vertical	Transversal	Autero posterior	Gran circunferencia
24 años	36 m. m.	42 m. m.	25 m. m.	115 m. m.
25 „	35 „	40 „	24 „	107 „
30 „	37 „	42 „	27 „	117 „
34 „	40 „	39 „	26 „	108 „
38 „	35 „	44 „	24 „	109 „
40 „	40 „	46 „	27 „	120 „
50 „	34 „	41 „	28 „	106 „
70 „	35 „	37 „	23 „	108 „
Media	36 m. m.	41 m. m.	26 m. m.	112 m. m.

Comparando estas tablas constatamos que la circunferencia de la laringe del hombre es en 24 milímetros mayor al de la mujer, lo mismo en los otros diámetros, 8 milímetros para el diámetro vertical, 2 para el transverso, y 1 centímetro para el ántero posterior, esto nos hace ver la supremacia, y en especial del diámetro antero posterior, y si recordamos ahora la inserción de las cuerdas vocales en el diámetro antero posterior, se concluye que estas formaciones deben ser más largas en el hombre.

Las variaciones según la edad son todavía más notables que las variaciones sexuales.

En los diez ó doce primeros años la laringe no sufre por así decirlo ningún cambio notable, crecen no hay duda sus distintas partes constitutivas pero su crecimiento es poco marcado y no está en relación proporcionada con la talla. En la pubertad al mismo tiempo que el aparato genital al cual está íntimamente ligado bajo este punto de vista, sufre un crecimiento brusco, tan brusco que en 15 á 20 meses ha terminado se puede decir su desarrollo, esta brusquedad, se efectua tanto en uno como en otro sexo. Después de la pubertad sigue creciendo pero lentamente, hasta la edad en la cual termina el crecimiento general.

CONFORMACION EXTERIOR

Considerada en su conjunto la Laringe, tiene la forma de una pirámide triangular, á base superior, respondiendo á la base de la lengua, y á vértice fuertemente truncado, continuándose con la traquea.

Así considerada nos presenta como toda pirámide triangular, tres caras, tres bordes, una base y un vértice. De las tres caras de la laringe, una mira directamente hacia atras (cara posterior) las dos otras son antero laterales.

La cara posterior constituye al mismo tiempo la porción inferior de la pared anterior del farinx su porción media se presenta bajo forma de una salida vertical, voluminosa, redondeada, esta salida está formada hacia

abajo por la parte posterior del cartilago cricoide, reforzado por los dos músculos crico-arytenoideos posteriores, hacia arriba por los dos cartilagos arytenoideos, reunidos el uno al otro por los manojos del músculo ary-arytenoideo, su parte media responde á la línea de unión del cartílago cricoide con los arytenoides, en la parte superior del relieve ya citado se encuentra una escotadura media es la escotadura inter-aritenoidea, llamada también glotis intercartilaginosa.

Tiene por límites laterales, los aritenoides y por abajo un repliegue mucoso que se extiende transversalmente de uno á otro cartílago aritenoide, denominándose repliegue inter aritnoide. La escotadura interaritenoidea representa la parte más posterior del orificio superior de la laringe.

La porción media de la cara posterior de la laringe está cubierta por la mucosa de la faringe, y está unida á ella por una capa de tejido celular laxo, que se infiltra facilmente.

Las caras antero-laterales son en número de dos, derecha é izquierda, y miran como lo indica su nombre, hacia adelante y afuera, y están formadas por los cartílagos cricoides y por el ala del cartílago tiroides.

Los bordes de la laringe se distinguen según su orientación en anteriores y posteriores, estos últimos en número de dos que á su vez se distinguen en derecho é izquierdo.

El borde anterior situado en la línea media está for-

mado hacia abajo por el cricoides y hacia arriba por el ángulo saliente del cartílago tiroides.

Los bordes posteriores miran hacia la columna vertebral y corresponden á los bordes posteriores del cartilago tiroides.

El vértice formado por un orificio redondeado se continua con la traquea.

La base de la pirámide está situada por debajo y por detrás de la base de la lengua, y nos presenta siguiendo de adelante á atrás, 1.° el borde superior del cartílago tiroides que corona la membrana tirohioidea, 2.° una masa celulo-adiposa comprendida entre la membrana tiroidea y la epíglotis, 3.° la glotis con sus repliegues mucosos, 4.° los repliegues faringo epiglóticos y ariteno epiglóticos y 5.° la abertura superior de la laringe; tiene la forma de un óvalo á gran eje antero-posterior y cuya gruesa extremidad, está dirigida hacia adelante. Hacia atrás se prolonga en una hendidura, la escotadura inter-aritenoidea.

La abertura superior de la laringe está limitada: 1.° hacia adelante por el borde libre de la epíglotis, 2.° hacia atrás, á nivel de la escotadura inter-aritenoidea, por la cara interna de los aritenoides y por el repliegue mucuso que los une entre sí, 3.° hacia los lados por el borde libre de los repliegues ariteno epiglóticos. En este borde y en su parte posterior, se ven dos eminencias, una anterior el tubérculo de Wrisberg, de Morgagni ó cuneiforme, y una posterior ó tubérculo de Santorini.

CONFORMACION INTERIOR

Vista interiormente la laringe se nos presenta ancha en su parte superior y en su parte inferior, presenta en su parte media, una especie de estrecho llamado glotis. Podemos pues desde el punto de vista topográfico considerar en ella tres zonas, una superior supra glótica, una media glótica y una inferior sub-glótica, siendo la media la más importante nos ocuparemos de ella en particular.

La zona glótica es la porción esencial de la laringe, á ella debe el papel de organo fonético, nos presenta en la línea media una hendidura prolongada de adelante á atrás ó glotis. Esta hendidura está limitada lateralmente por bandas membranosas, las cuerdas vocales. En

número de cuatro, dos de cada lado, se distinguen las cuerdas superiores é inferiores, á derecha é izquierda, se encuentra un divertículo de la cavidad lanringea, lla-
encuentra un divertículo de la cavidad lanringea, lla-
mado divertículo de la laringe.

Las cuerdas vocales, hemos dicho, se distinguen en superiores é inferiores, las primeras se insertan por delante, en la parte más elevada del ángulo entrante del cartílago tiroides. Desde allí se dirigen horizontalmente hacia atrás y un poco hacia afuera, y van á fijarse en la cara anterior del cartílago aritenoides, la del lado derecho al aritenoides derecho, la de lado izquierdo al izquierdo, su longitud es de 2 centímetros en el hombre y de 1 1|2 centímetro en la mujer.

Revisten la forma de dos láminas aplanadas presentando cada una dos caras y dos bordes.

La cara superior fuertemente inclinada hacia abajo y adentro corresponde á la porción supra glótica de la laringe. La cara inferior inclinada en el mismo sentido forma la pared interna del ventrículo laringeo. El borde externo adherente se continúa sin línea de demarcación bien precisa con el repliegue ariteno epiglótico, correspondiente. El borde interno libre en toda su extensión mira hacia la hendidura glótica. Por razón de su oblicuidad está separada de la del lado opuesto por un espacio triangular de base posterior.

Consideradas bajo el punto de vista de su estructura las cuerdas vocales superiores están formadas cada una

por un repliegue de mucosa comprendiendo en su espesor una lámina fibro elástica, llamada ligamento tiro aritenoide superior.

Las cuerdas vocales inferiores se insertan: 1.° por su extremidad anterior, en el ángulo entrante del cartílago tiroides, á 3 milímetros por debajo de la inserción de las precedentes, 2.° por su extremidad posterior en la apófisis interna de los cartílagos aritenoides, tiene la misma dirección que la cuerda vocal superior.

Las cuerdas vocales inferiores presentan también como las superiores dos caras y dos bordes. La cara inferior mira hacia abajo y adentro y forma parte de la porción subglótica de la laringe. La cara superior, casi horizontal forma el piso del ventrículo laríngeo. El borde externo corresponde al ala de cartílago tiroides ó mejor dicho al músculo tiro-aritenoideo que á este nivel recubre la cara interna del cartílago. El borde interno ó libre muy delgado forma con su homólogo del lado opuesto un pequeño triángulo isoseles á base posterior.

Bajo el punto de vista de su estructura se componen como las superiores de una lámina elástica, el ligamiento tiro-aritenoides inferior revestido en sus dos caras por un repliegue de la mucosa laringea, á cada una de ellas corresponde además en su espesor un voluminoso haz de músculo tiroaritenoides, y es justamente á este haz que se debe el gran espesor que la caracteriza. La longitud de las cuerdas vocales inferiores es termino

medio de dos centímetros á 2 cent. y medio en el hombre y de 16 milímetros á 2 centímetros en la mujer.

Comparadas entre sí las cuerdas vocales superiores é inferiores difieren por su forma y estructura, pues las primeras son delgadas acintadas y no tienen elementos musculares, mientras que las segundas son gruesas prismáticas triangulares y tienen en todo su espesor un haz muscular.

Difieren además por su extensión tranversal, pues las inferiores se aproximan más á la línea media que las superiores. Finalmente las cuerdas vocales difieren también bajo el punto de vista funcional siendo las inferiores los órganos esenciales de la fonación.

La glotis es un espacio prolongado de adelante atrás tiene por límites laterales, el borde libre de las cuerdas vocales inferiores y por la cara interna de los cartílagos aritenoides.

Este espacio comprende dos porciones bien distintas una anterior que corresponde á las cuerdas vocales y una posterior situada entre los aritenoides. La primera es la glotis propiamente dicho, ó glotis interligamentosa, la segunda constituye la glotis intercartilaginosa á espacio interaritenoides.

La glotis interligamentosa tiene la forma de un triángulo isóseles, á vértice situado en el ángulo del tiroides y cuya base corresponde á una línea transversal trazada por las apófisis internas de los aritenoides, la longitud es igual al de las cuerdas vocales inferiores, su ancho

varía según la posición que ocupan las cuerdas vocales y puede hasta desaparecer según esten en contracción los músculos constrioctores.

La glotis intercartilaginosa es continuación de la precedente y está limitada á los lados por la cara interna de los cartílagos aritenoides, su forma es sumamente variable á causa de que los cartílagos que la limitan son sumamente móviles. En reposo ofrece la forma de un pequeño rectángulo bastante regular y si se dilata ó contrae, el lado anterior del rectángulo precitado se alarga en el primer caso se acorta en el segundo. En fin en el estado de oclución de la glotis interligamentosa la glotis intercartilaginosa reviste el aspecto de un triánguio cuvo vértice dirigido hacia adelante, corresponde exáctamente á la estremidad posterior de las cuerdas vocales inferiores, adosadas entre sí en la línea media.

Los ventrículos de la laringe en número de dos, uno derecho, el otro izquierdo, son divertículos de la cavidad laringea, ocupando á cada lado de la línea media el espacio comprendido entre la cuerda vocal superior y la cuerda vocal inferior. Dirigidos en sentido antero posterior tienen casi el mismo largo que las cuerdas vocales.

Vistos en corte transverso los ventrículos de Morgagni tienen la forma de un prisma triangular y presentan por lo tanto tres paredes, una interna, una inferior que es la cara superior de la cuerda vocal inferior, una pared externa que corresponde al ala del tiroides reforzada

por los haces superiores del músculo tiro aritenoides. Los ventrículos de Morgagni comunican con la laringe por un orificio prolongado de adelante á atrás, limitado hacia arriba por el borde libre de la cuerda vocal superior y abajo por el borde libre de la cuerda vocal inferior. Este orificio es esiempre más corto que las cuerdas vocales, pues estas se fucionan un poco antes de su inserción posterior en los aritenoides, tienen forma de ojal.

La zona supra glótica conocida con el nombre de vestibulo de la laringe está situada por encima de la glotis. Es una cavidad oval, más ancha por delante que por detrás, presentando cuatro paredes; una anterior, una posterior y dos laterales.

La pared anterior está formada por la epiglotis, ancha arriba se estrecha á medida que desciende y termina abajo por una especie de lengüeta muy delgada, que se interpone entre las inserciones tiroideas de las cuerdas vocales superiores, por debajo de esta lengüeta se ve una pequeña depresión media la foceta central de Merckel situada inmediatamente por encima de la inserción de las cuerdas vocales inferiores. Además presenta algunas veces un pequeño paquete de tejido adiposo que se deposita entre el cartílago y la mucosa constituyendo por dentro de los repliegues ariteno epigloticas superiores un repliegue triangular denominado rodete epiglótico.

La pared posterior está constituída en la línea media

por los haces más elevados del músculo ari-aritenoides, por encima de los cuales se ve la escotadura intearitenoidea; á los lados de la línea media, por la parte más superior de los cartílagos aritenoides corcnados por los cartílagos corniculados.

Las paredes laterales, arriba por los repliegues ariteno-epiglóticos, que continuan por abajo la cara interna de las cuerdas vocales superiores.

Por su dirección de arriba abajo y de afuera adentro dan al vestíbulo de la laringe, una disposición francamente infundibuliforme.

La zona subglótica es la parte de la laringe situada por debajo de la glotis. Está constituída: 1.° hacia atrás por el engaste del cricoide, 2.° hacia adelante por la parte anterior de ese mismo cartílago, y encima de este por la parte inferior del tiroides, 3.° hacia los lados por las partes laterales del cricoides, por abajo y por arriba, por la cara interna de las cuerdas vocales inferiores.

CONSTITUCION ANATOMICA

Considerada bajo el punto de vista anatómico la laringe presenta: 1.° una serie de piezas cartilaginosas, los cartilagos laringeos que reunidos forman el esqueleto de la laringe, 2.° articulaciones y ligamentos que unen estos cartilagos entre sí, 3.° los músculos que los reunen, 4.° la mucosa de revestimento, 5.° las glándulas de la laringe anexas á la mucosa.

CARTILAGOS

En número de nueve los cartílagos de la laringe están divididos en tres piezas impares y medianas que son siguiendo de arriba á abajo el cartílago cricoides, el tiroides y la epiglotis, y por seis piezas pares y laterales tres de cada lado, que son los cartílagos aritenoides, los corniculados ó de Santorini y los de Wisberg.

El cartílago cricoides ocupa la parte más inferior de la laringe y sobre él descansan todos los demás, visto en conjunto tiene la forma de un anillo cuyo engarce mira hacia atrás; presenta dos superficies, una interior y otra exterior y dos bordes uno superior y otro inferior. La superfiicie interior cóncava es lisa y uniforme y está tapizada por la mucosa en toda su extensión.

La superficie exterior convexa en su parte anterior casi plana en su parte posterior es mucho más accidentada, presenta por delante una pequeña eminencia media de cuyos lados se desprenden los dos músculos cricotirodeos, por detrás una cresta roma vertical y á cada lado de la cresta dos depresiones más ó menos profundas en las cuales nacen los músculos cricoaritenoides posteriores, lateralmente una pequeña faceta que algunas veces es una apófisis, la cual sirve para la articulación de los pequeños cuernos del cartílago tiroides. El borde inferior corresponde al primer anillo de la traquea es delgado y cortante. El borde superior grueso presenta en su parte posterior y á cada lado de la línea media una faceta destinada á la articulación del cartílago cricoides con el aritenoides, entre las dos facetas hay una pequeña escotadura para el músculo ari-aritenoides.

El cartílago tiroides dispuesto á manera de escudo protector de las partes esenciales de la fonación está formado por dos láminas cuadrilateras colocadas verticalmente y reunidas en la línea media, forman un ángulo diedro cuya abertura mira la columna vertebral semeja un libro entreabierto á lomo vertical mirando hacia afuera, presenta una cara anterior, una posterior y cuatro bordes, superior, inferior y posteriores. La cara anterior presenta en la línea media una eminencia angular, esta eminencia más acentuada en su parte superior constituye, "La Manzana de Adan", mucho más acentuada en el hombre que en la mujer. A cada lado de la línea

media presenta una superficie cuadrilátera más alta que ancha, en esta superficie se insertan los músculos esterno-tiroides y constrictor inferior de la faringe, y el tirohioides.

La cara posterior es de forma exactamente inversa á la precedente y presenta en la línea media un angulo entrante del tiroides, insertándose en él la epiglotis y las cuerdas vocales superiores, más abajo las cuerdas vocales inferiores, y más abajo todavía los haces de los músculos tiro-aritenoides, á cada lado de la línea media una superficie cuadrilátera, plana ó ligeramente cóncava, que está en relación en parte con los ventrículos de la laringe, en parte con la mucosa faringea y con los músculos tiro-aritenoides y crico-aritenoides laterales. El borde inferior es ligeramente mucoso, y está en relación con el cricoides, unidos entre sí por la membrana crico-tiroidea. El borde superior más largo y más sinuoso que el inferior, tiene tres escotaduras, una media, la escotadura tiroidea situada por encima de la Manzana de Adan y dos laterales una derecha y otra izquierda correspondientes á la parte más externa de este borde, tiene por lo tanto el borde superior del tiroides, la forma de dos S mayúsculas horizontales adosadas entre sí, en este borde se inserta la membrana tiro-hioidea.

Los bordes posteriores están dirigidos verticalmente y son romos y redondeados, en ellos se inserta la aponeurosis de la faringe y los músculos constrictor medio, faringo estafilino y estilo faringeo, estos bordes están

prolongados hacia arriba y abajo en dos apofisis verticales llamadas cuernos del tiroides, los cuernos superiores están unidos al hioides, por el ligamento tiro-hioides lateral, los cuernos inferiores tienen una faceta articular para el cartílago cricoides.

Cartílagos aritenoides. En número de dos, están situados en la parte posterior y superior del cricoides, tienen cada uno una forma de piramide triangular á gran eje vertical, tiene por lo tanto una base, un vértice, tres caras y tres bordes. La base se articula con el cartílago cricoide, para este objeto presenta una faceta articular elíptica, por delante y por detrás de esta faceta, se prolonga la base del aritenoides en forma de apófisis anterior y posterior. La anterior forma relieve dentro de la cavidad laringea, y presta inserción á la cuerda vocal inferior, la posterior, presta inserción, al músculo crico-aritenoide posterior y crico-aritenoide lateral. El vértice se halla coronado por el cartílago corniculado. Las caras son; interna, revestida de mucosa, y limita con la opuesta el espacio llamado glotis intercartilaginosa. Posterior, que corresponde al músculo ari-aritenoide, y la cara ántero externa con una faceta superior para la inserción de la cuerda vocal superior y una faceta inferior para el músculo tiro-aritenoides. Los bordes son: anterior, posterior y externo; este último tiene la forma de una S y á él van á insertarse los haces externos del musculo tiro-aritenoides.

Los cartílagos corniculados llamados también de Santorini, son pequeños y están situados por encima de los aritenoides.

Los cartílagos de Wrisberg no son constantes y cuando existen están situados entre los repliegues ariteno-epiglóticos.

La epiglotis está situada por delante del orificio superior de la laringe, la cual tapa en el momento de la deglución, reviste la forma de una lámina delgada y oval á gran eje vertical. Las extremidades se distinguen en superior é inferior: la primera es libre, la segunda va á perderse en el espesor de las partes blandas contiguas, y se fija en el angulo entrante del cartilago tiroides, inmediatamente por encima de las cuerdas vocales.

Las caras se distinguen en anterior y posterior: la anterior presenta por debajo de su porción libre el paquete adiposo preglótico, que la sepera de la membrana tirohioidea y del hueso hioides. La posterior presenta en su parte lateral númerosos pequeños orificios que corresponden á la glándulas situadas en su espesor.

Los bordes derecho é izquierdo dan origen á las prolongaciones faringo epiglóticas y aritena epiglóticas que van á terminar á la faringe y al borde externo de los cartílagos aritenoides.

ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS

Las articulaciones de la laringe se dividen en extrinsecas é intrínsecas, las primeras comprenden la unión del tiroides con el hueso hioides y la unión del cricoide con la traquea, las segundas la articulación del cricoide con el tiroide, de los aritenoides con los cricoides y los cartílagos corniculados con los aritenoides, además existe cierto número de ligamentos que unen entre sí algunas superficies articuladas y las separadas por cierto intervalo por ejemplo: el ligamento que une la epiglotis al tiroide, los ligamentos que unen el tiroides á los aritenoides, los ligamentos que unen los aritenoides á la epíglotis.

La unión del tiroides con el hueso hioides se efectua en su parte media por un ligamento en forma de mem-

brana, llamado ligamento tirohioideo medio, y en sus partes laterales por dos ligamentos en forma de cordón llamados ligamentos tirohioideos laterales.

La unión del cricoides con la traquea se hace por una membrana fibro-elástica de la misma naturaleza que la que une entre sí los anillos restantes.

La unión del cricoides con el tiroides se hace á los lados por la articulación crico-tiroidea media.

La unión del cricoides con los aritenoides se hace por facetas articulares correspondientes al cricoides por una parte y al aritenoides por otra, estas facetas son elípticas convexas en sentido antero posterior, la del cricoides, concava la del aritenoides y están mantenidas en su lugar por un ligamento capsular insertado en derredor.

La unión de los aritenoides con los cartílagos cornículados se hace por medio de carillas articulares mantenidas en su lugar por una capsula fibrosa muy ténue en el niño, que se robustece con la edad llegando en la vejez á estar casi siempre confundidas las dos piezas cartilaginosas.

La epíglotis está unida á la laringe por una lengüeta fibrosa que hace continuación á su vertice y va á fijarse en el angulo entrante del tiroides, llamada ligamento tiro-epiglótico.

El cartílago tiroides y el aritenoides no se articulan entre sí, se hallan separados por cierto intervalo, y se hallan unidos por ligamentos. En número de cuatro estos ligamentos se distinguen en superiores é inferiores.

Los ligamentos tiro-aritenoides superiores ocupan el espesor de las cuerdas vocales superiores de las que constituyen el esqueleto fibroso, aplanados, delgados en forma de cinta se insertan por su extremidad anterior en la parte superior del ángulo entrante del tiroides, de allí van á fijarse en la parte media de la cara antero externa de los aritenoides correspondientes. Los ligamentos tiro aritenoides inferiores ocupan el espesor de las cuerdas vocales inferiores, más anchos y más pequeños que los superiores, se insertan por delante en el ángulo entrante del tiroides por medio de un nódulo fibro cartilaginoso ó glotico anterior de ahí van á la apofisis vocal del aritenoides y al cuerpo de este cartílago, fijándose por medio de otro núcleo fibro cartilaginoso, llamado nódulo glótico posterior.

Los aritenoides están unidos á la epiglotis por los ligamentos ariteno-epiglóticos, situados en el espesor de los repliegues ariteno epiglóticos, desde los bordes laterales de la epiglotis donde nacen se dirigen á las caras antero externas de los cartílagos aritenoides.

MUSCULOS DE LA LARINGE

Los músculos como los ligamentos se dividen en extrínsecos é intrínsecos. Los primeros solo se insertan por una parte á la laringe y por otra á las regiones vecinas imprimiendo al órgano movimiento de conjunto. Estos músculos son el externo tiroideo y el tiro-aritenoideo, el constrictor inferior de la faringe y el estilo faríngeo.

Los músculos intrínsecos insertos por ambas partes en la laringe, imprimen á ésta movimientos parciales es decir, mueven una sobre otra las distintas piezas cartilaginosas que la constituyen.

Estos músculos en número de once son uno impar, el ari-aritenoide y cinco pares, el crico-tiroideo, el crico-

aritenoides posterior, el crico-aritenoides lateral, el tiro-aritenoides y el ariteno epiglótico, todos estos músculos reunen las distintas piezas cartilaginosas que indican sus nombres respectivos.

La acción del músculo crico-aritenoides es, tomando su punto fijo en el cricoides, comunicar al tiroides un movimiento de báscula efectuado al rededor de un eje horizontal pasando por las dos articulaciones crico-tiroideas.

En virtud de este movimiento de báscula, la parte anterior del tiroides se aproxima al cricoides, mientras que la posterior se separa.

Ahora bien en este movimiento el borde anterior del tiroides se mueve á la vez hacia abajo y adelante produciendo una ampliación del intervalo que separa el ángulo entrante del cartílago tiroides, de la base de los aritenoides y por lo tanto un alargamiento de la glotis y de las cuerdas vocales inferiores; este músculo es pues tensor de las cuerdas vocales.

Los músculos crico-aritenoides posteriores son esencialmente dilatadores de la glotis, teniendo su punto fijo en el cricoides y obrando sobre las apófisis externas de los aritenoides.

Contrariamente á estos músculos los crico-aritenoides laterales son constrictores de la laringe, pues contrayéndose llevan hacia adelante y afuera las apofisis externas de los aritenoides, simultáneamente las apofisis internas se dirigen hacia adentro en sentido de la línea media, de

esto resulta que las cuerdas vocales por su inserción en las apófisis inferiores se acercan una á la otra y retraen la hendidura glótica tanto más cuanto mayor es su desplazamiento.

Los músculos tiro-aritenoides tienen una forma cuadrilátera delgados hacia arriba espesos hacia abajo, están situados por encima del precedente, en el espesor de las cuerdas vocales inferiores y en la pared externa del ventrículo del larinx, se insertan por una parte en el cartílago tiroideo, lo mismo que en la membrana cricoidea, de ahí se dividen en dos manojos de los cuales el interno ocupa el espesor de la cuerda vocal inferior y el externo se desliza entre el ala del tiroides y la pared externa del ventrículo laríngeo terminando en el cartílago aritenoides. Estos músculos tienen más ó menos la misma acción que los crico-aritenoides laterales, son pues contrictores de la glotis.

El músculo ariteno-epiglótico es un pequeño manojo muscular que se extiende sobre la parte superior de los repliegues ariteno epiglóticos. Sus inserciones son por una parte el cartílago aritenoides y por otra sobre el ligamento ariteno-epiglótico y sobre los costados de la epiglotis. Su acción es la de retraer el orificio superior de la laringe y puede llevar la epiglotis hacia abajo y atrás.

El músculo ari-aritenoides es un músculo impar mediano y simétrico, va de un cartílago aritenoides al vecino. Compuesto de dos porciones este músculo, la una superficial á dirección oblícua, la otra profunda á direc-

ción transversal. La porción oblícua está formada por dos manojos, uno derecho, el otro izquierdo. La porción transversal es única, lo que sí más voluminosa que la anterior.

Este músculo por sus fibras oblícuas refuerza la acción del ariteno-epiglótico por lo tanto retrae el orificio superior de la laringe, todas sus demás fibras acercan uno al otro los cartílagos aritenoides y retraen naturalmente la hedidura glótica.

MUCOSA DE LA LARINGE

La laringe está tapizada en toda su superficie interior por una membrana mucosa llamada mucosa laríngea continuándose hacia abajo con la de la traquea y hacia arriba con la de la lengua y del farinx. Es muy delgada, lisa y unida, de una coloración grisácea ó ligeramente rosada.

Histológicamente la mucosa laríngea se compone de: 1° una capa epitelial; 2° un dermis ó corión al cual van anexadas un cierto número de formaciones glandulares.

El epitelio es pavimentoso estratificado y cilíndrico cilícido.

Las glándulas son mucosas en racimo, las epiglóticas, peri-aritenoideas y glándulas de las cuerdas vocales, siendo los demás folículos cerrados.

VASOS Y NERVIOS

Las arterias destinadas al larinx son en número de seis; tres de cada costado, distinguiéndoseles en superiores, medias y posteriores.

La arteria laríngea superior, es rama de la tiroidea superior; después de atravesar la membrana tiro-hioidea superior desciende hacia el músculo crico-aritenoideo lateral, donde termina. Durante este trayecto da numerosas ramas colaterales, de las cuales las ascendentes se distribuyen en la mitad superior de la epíglotis y á los distintos repliegues mucosos, las descendentes se pierden en el repliegue ariteno-epiglóticos en las cuerdas vocales superiores en los ventrículos y en los músculos tiro-aritenoides y ariteno epiglótico.

La arteria laríngea inferior es también rama de la tiroidea superior, atraviesa la membrana crico-tiroidea y se pierde en la mucosa de la porción subglótica que comprende las cuerdas vocales inferiores.

La arteria laríngea posterior es rama de la tiroidea inferior, corriendo por debajo de la mucosa de revestimiento de la cara posterior del larinx, se distribuye en esta mucosa y en los músculos crico-aritenoides posterior y ari-aritenoides.

Las venas siguen el mismo trayecto que las arterias y son dos para cada una de ellas. Los linfáticos son muy numerosos y sus troncos se distinguen en superiores é inferiores.

La inervación de la laringe es muy compleja puesto que recibe á la vez filetes motores, sensitivos y sensoriales, estos filetes tienen numerosas anastóniosis todavía mal conocidas, cuyos datos anatómicos no coinciden con los datos clínicos ni anatomo-patológicos. La disección nos dice que los nervios del larinx provienen del pneumo-gástrico sea por el laríngeo superior, sea por el laríngeo inferior.

El laringe superior se destaca del ganglio plexiforme, describiendo una curva á concavidad hacia arriba y adelante, se dirige hacia el larinx dividiéndose en dos ramas un poco hacia atrás del hueso tiroides, la una superior exclusivamente sensitiva destinada á las dos caras de la epíglotis y la porción subglótica de la mucosa laríngea, y una rama inferior llamada también nervio larín-

geo externo, á la vez sensitivo y motor, inerva el músculo crico-tiroides y viene á ramificarse en la mucosa de la porción subglótica del larinx lo mismo que en la mucosa de los ventrículos.

El nervio recurrente llamado también laríngeo inferior se destaca del pneumo gástrico en la parte superior del tórax. De ahí remonta hacia la laringe caminando entre la traquea y el exófago. Llegado á la cara posterior de la laringe se divide en un cierto número de ramas que después de un trayecto variable se terminan en los músculos crico-aritenoides posterior carico-aritenoides lateral, ari-aritenoides, tiro-aritenoides y ariteno epiglótico.

A estas ramas motoras conviene agregar una rama sensitiva que dirigiéndose verticalmente hacia arriba se reune con una rama descendente del laríngeo superior esto es lo que constituye la anastómosis de Galeno.

CAPITULO II

Llámase laringitis tuberculosa, á una afección de este órgano esencial de la fonación, caracterizada por un conjunto de síntomas que irán consagradas en otro capítulo, y cuyo agente causante es el bacilo de Koch.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La tuberculosis laríngea puede ser primitiva ó secundaria á una infección pulmonar, siendo el segundo de estos casos el más frecuente.

Hace su aparición en los predispuestos después de una fatiga general, ó después de alguna fiebre anemiante tifoidea, por ejemplo; también es frecuente en los enfermos cuya espectoración cargada de bacilos Koch están constantemente en contacto con la mucosa laríngea.

La infección puede hacerse también por vía linfática.

El lupus de la nariz ha sido causante de algunas laringitis tuberculosas.

Muy rara es la laringitis primitiva, por aspiración de bacilos, ó por introducción del germen por medio de los alimentos.

También las vegetaciones adenoideas que contienen bacilos tuberculosos pueden ser las originarias de infecciones más extendidas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Una vez hecha la infección comienza el proceso con la formación de pequeños focos de infiltración celular á expensas del epitelio que aparece sobre la superficie bajo forma de pequeños nódulos grises.

Estos focos pueden rápidamente caseificarse reblandecerse y abrirse al exterior formando así pequeñas úlceras á margen un poco infiltrado. En otros casos la infiltración celular es mucho más notable hasta el punto de generarse un tejido granuloso subepitelial, el cual contiene muchos tubérculos bien distintos, que según su tamaño forman relieves desiguales más ó menos grandes en la mucosa.

Tarde ó temprano estos tubérculos van á la caseificación, á la ulceración y á la destrucción del revestimien-

to epitelial. Se forman úlceras cuyos márgenes y cuyos fondos están más ó menos infiltrados y no es raro encontrar entremezclados, tubérculos coseificados.

A los focos primarios se agregan otros focos inflamatorios secundarios, en forma de nódulos, que tienen su asiento algunos en la mucosa, otros en la submucosa y algunos hasta en el pericondrio, ó en el interior de las pequeñas glándulas mucíparas, mas raramente en medio de los músculos, á pesar de que en estos últimos pueden formarse focos tuberculosos bastante grandes que más tarde se caseifican. Esto acontece especialmente en el pericondrio de los diversos cartílagos.

Granulaciones tuberculosas más grandes se sitúan con especial frecuencia sobre la cara inferior y sobre las márgenes de la epíglotis, no así sobre la pared anterior y la posterior de la laringe.

Sobre las cuerdas vocales por el contrario suelen venir antes las ulceraciones que las granulaciones de gran tamaño. No existe una regla constante, debe hacerse notar, sin embargo, que la intensidad de la infiltración tuberculosa del tejido, puede ser muy diversa, puesto que en muchos casos solo se forman pequeñas úlceras que atacan únicamente las cuerdas vocales ó á la pared posterior, mientras otros destruyen apenas esta porción de la mucosa laríngea yendo el proceso necrótico á invadir puramente el cartílago.

Acompañando las ulceraciones tuberculosas existe siempre un catarro más ó menos intenso y á causa de la

destrucción ulcerosa puede sobrevenir un edema de la glotis, y una inflamación flegmonosa de la misma.

Cuando el lupus de la nariz ó de la faringe son los originarios por su difusión, de la laringitis tuberculosa, se forman infiltracones nodulosas y ulcerosas con márgenes espesados.

Al comenzar el proceso de curación se forman cicatrices, las que deforman la laringe en un grado más ó menos notable.

CAPITULO III

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Como ya lo hemos dicho en el comienzo del capítulo anterior, presenta la laringitis tuberculosa distintos períodos que son: 1° el período catarral; 2° infiltro edematoso; 3° ulceroso, y 4° necrótico.

Ahora bien tratándose de una afección cuyo diagnóstico precoz es útil, debe llamar la atención del médico, y no debe pasar por alto esas laringitis que en apariencia son benignas, pero que á pesar del tratamiento habitual de las laringitis catarrales no ceden, persistiendo la ronquera, y esa tos incesante que tanto molesta á los enfermos, también el timbre de la voz se hace más bajo en este

período de laringitis tuberculosa llamado período catarral.

En el 2° período ó período ulceroso ya el laringoscopio puede darnos signos objetivos; y muy á menudo los enfermos presentan fonofobia, esto es, el temor de hablar en alta voz (aun cuando pueden hacerlo) por el dolor que esto les causa y en este caso adoptan el cuchicheo.

Suele notarse la disfagia, consiste esto en fuertes dolores que experimenta el enfermo al deglutir, sobre todo con los líquidos, estos dolores se transmiten á los oídos en el momento que el bolo alimenticio pasa por la epiglotis.

En este período de las ulceraciones es necesario hacer el diagnóstico diferencial cón las lesiones sifilíticas, que podrían dar lugar á confusiones.

Para poder elminar una afección de esta naturaleza y para tener solidez en el diagnóstico, tenemos que hacer un examen general del enfermo, y formar nuestro arsenal de síntomas para una y otra enfermedad, así pues debemos dar importancia á los antecedentes hereditarios, pleuresias anteriores, cicatrices de adenitis, adelgazamiento, sudores nocturnos, fiebre de tarde, etc., para encuadrar en una tuberculosis. Mientras que si el enfermo nos diera otros datos tales como un período de incubación, localización de la lesión inicial, leucoplasias, poliadenitis alopesías, roseolas, papulas en la piel y las mucosas, cefalalgias, acompañado todo esto de acciden-

tes laríngeos no debemos pensar ya en una laringitis tuberculosa, sino en una sífilis.

Además los signos objetivos en la tuberculosis, nos dan espesamiento de las cuerdas vocales, erociones en el borde libre de las mismas zonas de infiltración, pseudo edemas duros que otras veces se tornan proliferativos, la forma papilomatosa, que es la forma que tendré ocasión de ocuparme nuevamente al deslindar los síntomas del cáncer intralaríngeo, mientras que los signos objetivos en la sífilis son los que siguen: color jamón del endolarinx en el período secundario; y en el terciario, ulceraciones que siempre son más profundas que en la enfermedad anterior.

Lennox Browne ha querido perpetuar en la memoria con cuatro palabras este carácter de la lesión ulcerosa en estas dos enfermedades, diciendo que: La sífilis muerde, y la tuberculosis roe.

Otros también para expresar la frecuencia con que las leciones sifilíticas se localisan en la epiglotis dicen que la sífilis ama la epiglotis para manifestar que la desgarra ó la perfora.

En los enfermos atacados de laringitis tuberculosa, suele observarse dispnea mecánica, debida á una disminución de la entrada de aire por edema de la glotis. Pierde su importancia este edema si se observa en un enfermo con Nefritis ó con Diabetes, pues sería debido á esas enfermedades.

La oftalmoreacción de Calmette que consiste en ins-

tilar una gota que contiene 0.0005 cents. es decir 1|2 milígramo de tuberculina diluida en una gota de agua destilada en el ángulo interno del ojo, observándose una inyección conjuntival á las ocho horas, podría prestar servicios; lamento no tener experiencia sobre esto.

Otro diagnóstico diferencial debemos hacer con el lupus del larinx, en el cual casi siempre empieza la afección por las alas de la nariz, donde deja rastros, sino persiste con igual intensidad.

Igual cosa sucede con el laringo-escleroma que generalmente es rinolaringo escleroma.

También debemos diferenciar la laringitis tuberculosa de los diversos tumores malignos del larinx; así en el cáncer laringeo las lesiones son rojizas, unilaterales, hay fetidez en el aliento, dolores persistentes, y generalmente el cáncer ataca á los sujetos de edad. Sobre los ganglios no hay que contar porque son de aparición tardía.

Cuando suele tener dificultad este diagnóstico, es si se localiza el cáncer en la epiglotis porque la tuberculosis da en ese sitio la forma proliferativa que la hace semejar mucho á esta afección.

CAPITULO IV

PRONOSTICO

Es imposible establecer un pronóstico sobre las diversas lesiones de la laringitis tuberculosa.

Nada de comparable en sus diversas formas á no ser su gravedad á más ó menos distancia.

En cuanto á la curabilidad de las ulceraciones tuberculosas afirmada en estos últimos tiempos en particular por Hering, hablaremos en el capítulo que sigue.

Además no es imposible que la laringitis cure espontáneamente como la tuberculosis pulmonar, pero esto es raro. Algunos autores afirman la curación por cicatriza-

ción expontánea, otros la han obtenido por medio de cauterizaciones.

Unicamente en los casos de laringitis tuberculosa primitiva podrían obtenerse más fácilmente curaciones por el tratamiento local, sin embargo, disminuir la disfagia es levantar las fuerzas.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

Como en la tuberculosis pulmonar de la que va acompañada casi siempre, numerosos han sido los agentes terapéuticos ensayados para su tratamiento.

La tuberculosis laríngea es susceptible de mejoraciones y aun de curaciones. Esta curación puede hasta ser espontánea, es decir sin intervención de medicación local, por el solo esfuerzo de la higiene ayudada por la medicación interna.

Voy á pasar en revista muchos de los agentes terapeúticos usados para luego detenerme en el tratamiento quirúrgico que es el que motiva este pequeño trabajo.

Acido láctico, con este medicamento ha obtenido Krausse el primero una cicatrización parcial cuya prueba anatómica mostró la realidad del hecho, después de este autor muchos otros han obtenido resultados satisfactorios, y es esta la causa que hoy en día se siga usando con entusiasmo.

La cocaina imprescindible en los casos muy dolorosos, usada ya en pulverizaciones, ya en inyecciones lolocales, con ella se puede vencer en mucho la disfagia.

El mentol también ha sido empleado como calmante.

El yodoformo cuya acción sobre la ulceras tuberculosas en general, es tan eficaz, también en las laringitis tiene una acción bien marcada, solo se tropieza con el inconveniente que el medicamento no queda mucho tiempo en contacto con la superficie ulcerada pues es muy pronto arrastrado con la espectoración.

El nitrato de plata, el cloruro de zinc, el percloruro de hierro, la creosota, todos estos son medicamentos causticos de acción más ó menos igual á la del acido lactico.

El galvano cauterio cuyas cicatrices son muy retractiles, y las escarificaciones.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los resultados parciales, temporarios, amenudo insuficientes obtenidos con el tratamiento por el acido lactico, cuando han sido otenidos, han obligado á ensayar nuevos metodos más eficaces de un resultado más durable, y siguiendo los consejos de Moritz Schmidt (de incindir la epiglotis infiltrada ó la pared posterior del larinx propone Heryng en 1888 el tratamiento quirúrgico de la tisis laringea; que se puede resumir en los puntos siguientes: Ante todo es necesario esforzarse de alejar por medio de la destrucción ó aún mismo por la exición, toda infiltración tuberculosa y sus productos, alejar todo lo que está enfermo ó dejenerado de transformar las ulceraciones tuberculosas en ulceraciones simples, y de activar su cicatrización.

Consiguiendo esto y desapareciendo los estados inflamatorios que las acompañan, la disfagia será combatida eficazmente, lo mismo los enormes peligros que la acompañan.

Conseguido esto es un deber terapeutico de no menor importancia, fortificar el organismo y procurar buenas condiciones climatericas é higienicas.

Mucho se ha discutido sobre la bondad de este tratamiento y hasta han habido autores entre ellos Strók y Schrótter que lo calificaban de error profesional ó de tortura inútil de los enfermos y cuando Krause publicó los primeros exitos fueron calificados de insuficiencia de diagnóstico, muchos fueron los maestros que más tarde se encargaron de desvirtuar tan desfavorable opinión del tratamiento del cual me ocupo, mostrando cicatrices persitentes y aún curaciones de casos graves.

Srebrny recapiló cuidadosamente en 1897 todos los casos publicados en los diez años precedentes y fueron muy pocos los que se revelaron contra esta práctica operatoria algunos de ellas basándose solo sobre razonamientos teóricos.

En el X Congreso internacional de Berlín en 1890 presentó Heryng, un enfermo curado de una tisis laringea cuya curación databa de dos años.

En este mismo congreso muestra el mismo profesor una laringe de un sujeto curado y cuya curación duró tres años, muere después de una tuberculosis intestinal

A mediados del año pórximo pasado el prof. Spien colaborador de Moritz Schmidt es visitado por el profesor Heryng para conocer el número exacto de curetages efectuados y obtiene de este la cifra de 400 por año, y es autorizado por este mismo á declarar que él ejecuta curetages enérgicos sirviéndose de instrumentos cortantes, sin jamás haber observado ninguna reinfección de sus enfermos. Muy por el contrario gran parte de sus curaciones son tributarias de esta terapeutica.

Krause entusiasta partidario del tratamiento quirúrgico ha ejecutada en su policlínica y en su clientela privada 4.000 curetages, y jamás ha observado una infección secundaria. Aun en los casos más difíciles las heridas han cerrado con una rapidez asombrosa. Este mismo profesor emplea también el galvano cauterio que en algunos casos poco accesibles es más cómodo de emplear.

Mermand emplea pinzas cortantes y galvano cauterio obteniendo 60 casos de curaciones persistentes durante años.

Por lo que dejamos más arriba apuntado vemos los grandes beneficios que nos presta este tratamiento siendo la técnica operatoria no de difícil ejecución. Una mano un poco ejercitada y una cureta bien cortante son suficientes para poder librar de las partes infectadas á la laringe, solo hay que tener cuidado de curetear bien hasta las partes sanas.

Los peligros á los que está uno expuesto es la hemo-

rragia la cual se hace sobretodo prolongada cuando son heridas las venas de la cara luigual de la epiglotis. Krause ha observado solo una hemorragia grave imposible de detener sobre 4000 casos y la atribuye á una técnica defectuosas.

Solo me resta indicar aquí algunas palabras sobre la hemostacia: Cuando la hemorragia es parenquimatosa, Henryn utiliza con ventaja una gaza empapada en una solución al 10 o|o de cocaina adicionada de adrenalina y en seguida taponamiento con pequeños tapones, mojados en una solución de agua oxigenada al 5 o|o; si á pesar de esto la hemorragia continua usa una gaza con cocaina al 20 o|o apoyada por medio minuto y enseguida un tapón mojado en acido lactico y percloruro de hierro partes iguales y si es un pequeño vaso el causante de la hemorragia se le aplica galvano cauterio calentado al rojo ó se le toca con una perla de nitrato de plata.

CAPITULO VI.

CONCLUSIONES

Podemos terminar diciendo que el tratamiento quirurgico está indicado:

En los tumores tuberculosos del larinx.

En las infiltraciones circunscritas, crónicas, en forma de tumores sobre la pared posterior del larinx teniendo poca tendencia á la ulceración.

En las ulceraciones crónicas cuyo asiento está sobre infiltraciones, y que están rodeadas de granulaciones resistiendo á todo otro tratamiento.

En la afección unilateral del larinx cuando la epiglo-

tis; la bandeleta y el pliegue ariepiglótico están tomados.

Y está contra indicada en:

La tuberculosis pulmonar muy avanzada complicada de fiebre caquectica.

En la tuberculosis miliar difusa del larinx y del farinx.

Y en los enfermos tímidos, nerviosos, sin energia, desconfiados, que cambian frecuentemente de médico y en todos aquellos cuyo estado general da poca promesa de curación.

Heryng concluye después de veinte años de práctica que: En los casos combinados de tuberculosis pulmonar y laringea esta última puede curar y recuperar sus funciones por un tratamiento quirúrgico, siempre que la afección esté localizada.

CAPITULO VII.

HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACION I.

María M., soltera, 17 años, argentina, tejedora.

Antecedentes personales. Ha tenido en la infancia sarampión, desde mucho tiempo atrás se resfría facilmente quedándole tos por mucho tiempo.

Enfermedad actual. Se presenta al consultorio por amenorrea, tiene además una tos persistente y está ligeramente ronca.

Estado actual. Enferma de regular constitución, panículo adiposo escaso, regular estado de nutrición.

El examen del aparato respiratorio nos da ligeras diferencias en los vertices á la persecución, diferencia en las vibraciones vocales, inspiración ruda, expiración prolongada y craquement seco en uno de los vertices.

Examinando con el laringoscopio se ve sobre las cuerdas vocales y en la pared posterior del larinx una zona tumefacta presentando pequeños nódulos que hacen relieve en la mucosa.

Diagnóstico: Laringitis tuberculosa.

Tratamiento: En el primer momento se empezó á tratar con tópico de acido lactico, viéndose una mejoría bastante marcada, por lo que no frecuenta más el consultorio, más á los 4 meses se presenta nuevamente porque siente que la garganta le molesta, y más que antes del tratamiento, es examinada y se ven lesiones más avanzadas que en la fecha anterior, pues existen algunas pequeñas ulceras; entonces se decide el tratamiento quirúrgico. Previa cocainisación bien abundante son sacadas á cureta todas las partes alteradas, la enferma no experimenta dolor, ni hay hemorragia.

Se le prohibe hablar absolutamente y se tiene en cama, alimentación líquida, leche con huevo, á los 6 días es examinada nuevamente y se ve que el tejido cicatricial á remplazado al ulceroso y al infiltrado.

Abandona el hospital completamente curada, aumenta de peso y la voz se hace normal, á los ocho meses las lesiones no habían reaparecido.

OBSERVACION II.

Bautista S., 43 años, casado, francés, empleado.

Antecedentes hereditarios: El padre ha muerto hacen 8 años de tuberculosis pulmonar, la madre vive, es sana.

Antecedentes personales: En la infancia coqueluche no recuerda otra enfermedad.

Enfermedad actual: Dolores insoportables al deglutir, afonía, tos persistente y frecuente.

Estado actual: Enfermo de constitución robusta, paniculo adiposo reducidísimo, mal estado de nutrición.

El examen del aparato respiratorio da evidentes signos de tuberculosis pulmonar.

El examen laringescópico previa cocainisación nos muestra las cuerdas vocales con el revestimiento epitelial destruido, ulceras á margenes y fondo infiltrado, la

cara inferior y las margenes de la epiglotis están ocupadas por algunas granulaciones.

Diagnóstico: Laringitis tuberculosa.

Tratamiento: Este enfermo ya había recorrido varias clínicas refiriendo que en ellas se le había tocado la garganta con causticos distintos pero que siempre había persistido su mal con pequeñas variantes, se decide la intervención quirúrgica, á la que se presta con mucha energía.

Después de haber cureteado perfectamente todas las partes enfermas, como existieran algunos puntos que daban hemorragia persistente se cauteriza con galvano cauterio, anza de platino.

A las tres horas y media de la intervención se queja el enfermo de que no puede respirar, su cara está cianosada, todo parecía que era necesario traquetomizar al paciente, pero después de unos cuantos apositos bien calientes desaparecieron estos síntomas alarmantes, que habían sido provocados por un edema agudo de la glotis.

El enfermo es condenado á mutismo absoluto, dieta lactea, á los tres días pide de levantarse, á los 5 días abandona el lecho retirándose del hospital á los 10 días de efectuada la intervención, habiendo desaparecido los fenómenos de disfagia y siendo remplazado el tejido ulceroso por tejido cicatricial.

Cuatro meses después no hay lesiones nuevas y el enfermo ha aumentado 6 kilogramos de peso.

OBSERVACION III.

Ismael B., 28 años, francés, soltero, ha sido maestro de escuela, pero su garganta no le permitía hablar mucho por eso dejó esa profesión, ahora es empleado.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Desde muy joven ha padecido de laringitis catarrales que facilmente cedían al tratamiento pero que facilmente también volvía á reaparecer. En la adolecencia una infección chancrosa única seguida de su cortejo sintomático, papulas, roseolas, etc. fué tratado con pamada mercurial hasta hacen 5 años, pero sin observar metodo.

Enfermedad actual: Acude al consultorio porque su laringitis se le ha hecho rebelde y lo molesta mucho pa-

ra hablar produciéndole dolor por lo que ha adoptado el cuchicheo.

Estado actual: Enfermo bien constituido, paniculo adiposo regular, buen estado de nutrición.

El examen del aparato respiratorio no da nada de anormal.

El laringoscopio da pequeños nodulos grises en la superficie de las cuerdas vocales.

Diagnóstico: Queda en discusión.

Tratamiento: Primero es sometido al tratamiento de ntrato de plata 1 en 50 con resultado negativo y quedando en discusión el diagnóstico es sometido á tratamiento mercural, para esto se usa aceite gris al 40 o|o cuatro gotas en inyección intramuscular una inyección cada 6 días, no se nota mejoría alguna, entonces se decide el tratamiento quirúrgico. Cureteado perfectamente son llevados los fragmentos á analizar, dando por resultado el analisis, númerosas células gigantes y algunos bacilos de koch. Despues de este tratamiento el enfermo continua biën. De esta sacamos en consecuencia que se trataba de una laringitis tuberculosa primitiva.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En que casos está indicada la laringo fisura.

E. Obejero

II

Pronóstico funcional de la laringe despues de la curación de una larangitis tuberculosa.

J. Arce

III

Larangitis tuberculosa primitiva.

E. V. Segura

BIBLIOGRAFIA

Testut — Anatomia humana.

Berdal — Histologia normal.

Ziegler — Anatomia patológica general y especial.

Lubarsch-Osterdag — Ergebnisse der Pathologie und Anatomie.

Mandel — Maladies du Larynx et du Pharynx.

Heryng — Thisis de la gorge.

Gougenhein — Thisis du larynx.

Heryng — Annales des maladies De L'Oreille, Du Largux, Du nez et du Pharyux. Tomo XXXIV. Nov. de 1908.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Eduardo Obejero al Profesor Titular (suplente en ejercicio) Dr. José Arce y al Profesor Suplente Dr. Eliseo V. Segura para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tesis, según lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON
R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 1968 del libro respectivo, entreguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez