

Para la Biblioteca de la Facultad de Medicina  
de Granada *el autor*

71

PUBLICACIONES DE LA "GACETA MÉDICA DE GRANADA".

NOTAS CLÍNICAS

SOBRE

LA TUBERCULOSIS LARÍNGEA

Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

POR

P. L. PELÁEZ

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y OTO-RINO-LARINGÓLOGO

Comunicación oral

à la Sección Científica del Colegio de Médicos de Granada.

en la sesión del 8 de Mayo de 1897.

GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1897

4  
9-47

6509

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Date:		08		05		(71)																	
-stan																							

R. 28881

PUBLICACIONES DE LA "GACETA MÉDICA DE GRANADA".

---

# NOTAS CLÍNICAS

SOBRE

## LA TUBERCULOSIS LARÍNGEA

Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

POR

P. L. PELÁEZ

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y OTO-RINO-LARINGÓLOGO

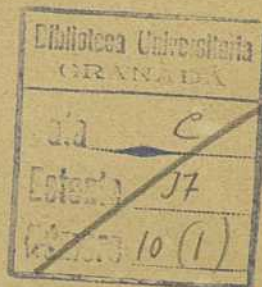
---

Comunicación oral

a la Sección Científica del Colegio de Médicos de Granada

en la sesión del 8 de Mayo de 1897.

---



GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1897

6809

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL GRANADA	
Sala:	C
Estante:	002
Numero:	052 (71)

R. 28881

PUBLICACIONES DE LA «GACETA MÉDICA DE GRANADA».

---

## NOTAS CLÍNICAS

SOBRE

# LA TUBERCULOSIS LARÍNGEA Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

POR

P. L. PELÁEZ

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y OTO-RINO-LARINGÓLOGO

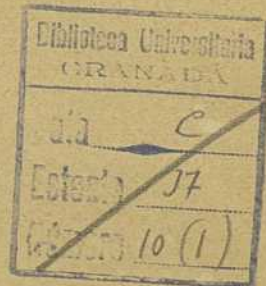
---

Comunicación oral

a la Sección Científica del Colegio de Médicos de Granada

en la sesión del 8 de Mayo de 1897.

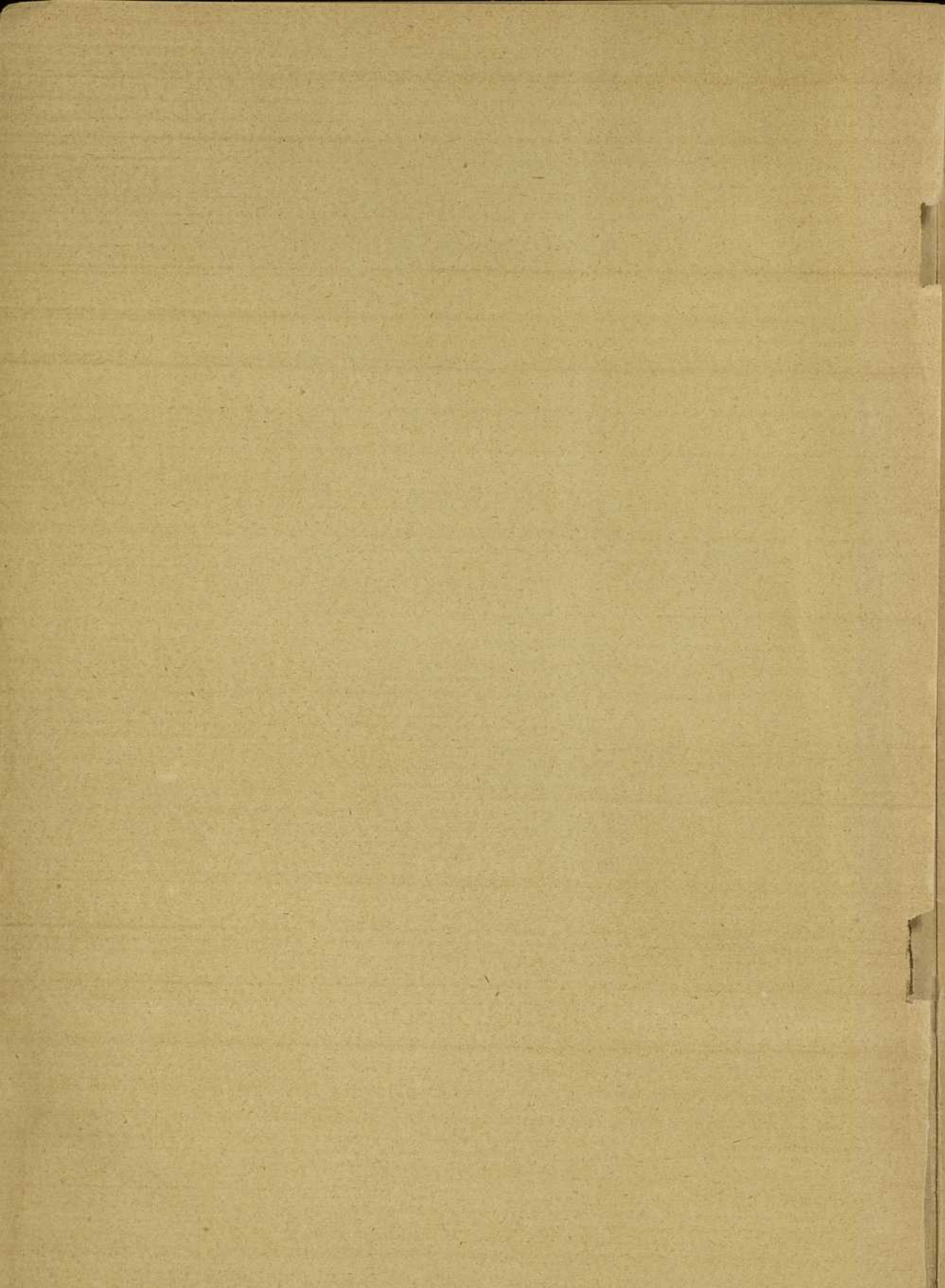
---



GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1897



---

---

# LA TUBERCULOSIS LARÍNGEA

## Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

POR

P. L. PELÁEZ

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y OTO-RINO-LARINGÓLOGO.

(Comunicación oral á la Sección Científica del Colegio de Médicos de Granada,  
en la sesión del 8 de Mayo de 1897.)

SEÑORES:

MOTIVA mi comunicación el haber asistido recientemente un enfermo con una laringopatía que diagnosticué de tuberculosa, y en la cual creí indicada una intervención quirúrgica: ésta, sin embargo, no tuvo lugar por pusilanimidad del enfermo, temores infundados de la familia y quizá otras causas desconocidas, concurriendo todas á que aquél falleciese, víctima de su laringopatía.

Por esta y otras razones que expondré después, fundándome en el estudio detenido del caso, considero que de él se derivan ciertas enseñanzas clínicas que conviene tener presentes al asistir enfermos afectos de laringopatías análogas, influyendo en el ánimo de los mismos y de sus respectivas familias, para que pueda el especialista proceder con arreglo á los adelantos de la laringología, alargando por lo menos la vida del paciente é impidiendo, quizá, en algunos casos una muerte próxima.

El enfermo á que me refiero se presentó en mi consulta el día 22 de Enero de 1897. Era un sujeto de 47 años, nacido y residente en Granada, casado, industrial, de posición social desahogada, y con buena salud habitual.

El examen noso-entóptico, sólo permitió descubrir que se trataba de un sujeto de regular constitución, algo neuropático y sugestionable al parecer. Era moreno, delgado y con estigmas auriculares; (hipertrofia del lóbulo y algo de macro-auricúlia y oreja en asa); sin embargo, no existía anamnesia hereditaria que merezca mencionarse.

Me refirió que había tenido una afección génito-buco-faríngea, hacia más de 20 años, la cual fué calificada de sífilítica y desapareció sin dejar rastro alguno, después de estar sometido una larga temporada á un tratamiento que suponía anti-sifilítico. Después sólo ha tenido como síntoma digno de notarse, hematurias.

Hace dos años empezó á sentir molestias en la garganta, que atribuyó al uso de una clase especial de tabaco malo. Había seguido siendo fumador y haciendo su vida ordinaria, sin cometer ninguna clase de excesos, pero ha enflaquecido notablemente; las molestias de la garganta, traducidas principalmente por odinofagia y disfonía, se habían aumentado, y con este motivo los médicos pantiatras que lo habían asistido, supusieron, según el enfermo, que se trataba de manifestaciones tardías de la sífilis y le trataron con fricciones mercuriales y cauterizaciones en la garganta; pero habiendo empeorado con uno y otro tratamiento, acude á mi consulta enviado por mi querido compañero el eminente cirujano granadino Dr. Amor y Rico, amigo particular del enfermo.

*Estado actual.*—La *faringoscopia* demostró dos úlceras situadas en la pared posterior de la faringe bucal, á la misma altura y en sitio muy próximo á la depresión lateral que separa dicha pared del pilar posterior. Estas úlceras tenían próximamente un centímetro de altura por medio de diámetro transversal, estaban cubiertas de un exudado difterioide muy tenue y el contorno era poco saliente y algo irregular.

Laringoscopizado el enfermo, con ciertas dificultades por tener una úvula muy larga y ser el centro de intensos y notables reflejos, se ve la epiglotis con una inclinación que sobrepasa la normal, poco movable, roja, ligeramente abultada y con tres ó cuatro ulceritas elipsoideas, de extensión milimétrica, de contorno liso y regular y cubiertas de exudado opalino.

Los repliegues ariteno-epiglóticos, rojos, un poco más abultado el izquierdo que el derecho, debiendo hacer notar, por lo que después diré para relacionarlo con este dato, que el enfermo refería constantemente su odinofagia al lado izquierdo.

Las paredes del vestíbulo laríngeo y las bandas ventriculares, estaban también rojas y algo abultadas: la región aritenoidea ligeramente edematosa y ofreciendo en el lado izquierdo un pequeño abultamiento conoideo, un poco blanquecino en su punta y de aspecto tuberculoide.

Las cuerdas vocales notablemente engrosadas, más la derecha que la izquierda, se aproximaban, pero no se tocaban en la fonación y no se escondían en la inspiración profunda. En la región de la apófisis vocal del aritenoides derecho, y hasta más de medio centímetro por debajo, existía una úlcera profunda, como si hubiera sido hecha con un grande saca-bocados, de contorno muy irregular y bordes muy escotados, fondo granuloso y sanioso, y extendiéndose en parte por la extremidad posterior de la cuerda vocal derecha.



La región infra-glótica era apenas visible y no se distinguía el relieve de los primeros anillos de la tráquea.

La percusión no revelaba submatidez en ninguna zona tóraco-pulmonar; y la auscultación denotaba que el aire entraba y salía en los pulmones con toda regularidad.

El número de pulsaciones era de 80 por minuto, la temperatura parecía ser normal, el enfermo no tenía dispnea, pero sí alguna tos blanda, y decía que tenía apetito, y que lo que más le hacía sufrir era el dolor al tragar y la ronquera.

*Curso del proceso y tratamiento empleado.*—Las úlceras faríngeas y crico-aritenoidea, unidas al dato de haber padecido sífilis el enfermo, me hicieron pensar en la sífilis terciaria. Las lesiones epiglóticas, la aritenoiditis y la corditis me inclinaban á diagnosticar la tuberculosis, y vacilante mi ánimo sobre la naturaleza de la afección, la calificué de pronóstico reservado é instituí contra ella una terapéutica sintomática y meramente expectante.

- 1.º Pulverizaciones faríngeas cloro-boro-sódicas con cocaína.
- 2.º Pastillas de menthol y cocaína.
- 3.º Toques en las ulceraciones faríngeas y crico-aritenoidea con una disolución tenue de cloruro de zinc.
- 4.º Abstención del tabaco. Higiene, principalmente de la voz.

El enfermo mejoró evidentemente durante el curso de la primera semana en que se halló sometido á dicho tratamiento: la odinofagia se hizo menor, la voz se aclaró y las ulceraciones faríngeas se hicieron menos notables; pero en la segunda semana aumentó la odinofagia y la disfonía, la epiglotis y repliegue ariteno-epiglótico izquierdo se ofrecieron más tumefactos, la endo-laringoscopia era más difícil, y sólo siguieron mejorando las ulceraciones faríngeas.

Fundándome en este último dato y en el de empeorar todas las lesiones tuberculoides existentes, deseché toda idea sobre la naturaleza sífilítica de la afección, é instituí un tratamiento francamente anti-tuberculoso.

- 1.º Inhalaciones de creosota.
- 2.º Creosota al interior.
- 3.º Cocaína contra la odinofagia y como manipulación previa á todo otro toque laríngeo.
- 4.º Embadurnamiento con ácido láctico al 40 por 100 en las ulceraciones faríngeas y epiglóticas y en las regiones aritenoidea izquierda y crico-aritenoidea derecha.

El enfermo mejoró de nuevo durante la primera semana de este tratamiento; pero en la segunda (cuarta de estar sometido á mis cuidados) empeoró como con el primero, aumentándose sobre todo la corditis y la estenosis supra-glótica.

En esta situación y vacilante su ánimo, dejó de asistir á mi consulta por una semana próximamente, al cabo de la cual se presentó de nuevo



notablemente peor, con disfagia y odinofagia intensas, afonía, pulso un poco frecuente y ligero aumento de temperatura. Las úlceras faríngeas habían aumentado en extensión y profundidad, y la laringoscopia era muy difícil. Á fuerza de cocaína se ve la epiglotis y repliegues ariteno-epiglóticos: el izquierdo considerablemente abultado y granuloso: la epiglotis, sobre todo en su mitad izquierda, notablemente inflamada.

Preguntado el enfermo, por lo que había hecho para su enfermedad en los días en que no había asistido á mi consulta, me contestó que no había hecho más que suspender todo tratamiento por descansar unos días; que fumaba y en lo demás hacía su vida ordinaria.

Volví á prohibirle el uso del tabaco con mayor energía; le dispuse de nuevo inhalaciones de creosota y pulverizaciones cloro-boro-cocáinicas, embadurnamientos epiglóticos y ariteno-epiglóticos con glicerina creosotada, toques en las úlceras faríngeas con menthol, y atendiendo los vehementes deseos del enfermo de que le dispusiera un plan antisifilítico, y meditando yo sobre la posible existencia de la simbiosis sifilítico-tuberculosa, le dispuse el uso del jarabe de Gibert, á la dosis de una cucharada mañana y tarde, con observación.

El enfermo mejoró esta vez como las anteriores, pero el alivio fué menos durable y recayó solamente sobre la odinofagia, las úlceras faríngeas y las partes epiglóticas sometidas á tratamiento local. Se presentó ptialismo, afonía completa, tos y esputos unas veces sanguíneos y otras purulentos, pero siempre fétidos: el aliento también lo era y con todos los caracteres laringo-neuróticos. Además como dato de mayor gravedad debe notarse que en el curso de la 6.<sup>a</sup> y la 7.<sup>a</sup> semana en que el enfermo asistía á mi consulta, aumentó el aspecto granuloso y tuberculoide de la epiglotis y repliegue ariteno-epiglótico izquierdo; y, lo que es peor aún, en el punto de unión del tercio ó cuarto izquierdo con los tres cuartos derechos de la epiglotis, apareció una lesión ulcerosa que profundizó en el tejido epiglótico hasta segmentarlo por completo y extendiéndose hacia abajo y afuera llegó á permitir cierta movilidad al repliegue ariteno-epiglótico izquierdo, que convertido en una pequeña coliflor granulosa, obturaba en gran parte el vestibulo laríngeo y amenazaba desplomarse sobre la glotis; con los movimientos de deglución, se provocaban los de dicho repliegue y cuarto izquierdo de la epiglotis necrosada y con ellos se producía un ligero chasquido que percibía el mismo enfermo y le tenía en constante alarma.

En vista de estos síntomas, suspendí el tratamiento hidrargírico y atendiendo á la disfagia y á que el enfermo había sufrido dos ataques de sofocación, sustituí las inhalaciones de creosota por otras calmantes de benjuí y cloroformo que más tarde empleé simultáneamente con otras de carbonato de sosa y lúpulo.

Como tratamiento tóxico volví á emplear el ácido láctico alternando con el naftol alcanforado y el ictiol; pero advirtiéndole al enfermo que se

iba haciendo precisa una intervención quirúrgica y pensando en que por lo menos habría que extirparle el repliegue ariteno-epiglótico izquierdo.

Continuó el proceso estacionario ó empeorando ligeramente, durante los quince días siguientes, y el 6 de Abril último, ó sea próximamente á los dos meses y medio de haber acudido á mi consulta, después de reconocerle de nuevo el pecho y encontrar simplemente una ligera disminución del murmullo vesicular perfectamente explicable por la estenosis laríngea, le propuse intervenir de un modo más enérgico y casi radical; esto es, hacer la extirpación del repliegue ariteno-epiglótico izquierdo, la epiglodectomía y el raspado endo-laríngeo por laringo-fisura, previa traqueotomía, y todo esto después de celebrar una consulta con otro laringólogo.

En esta situación el enfermo dejó de asistir á mi consulta, me escribió diciendo que estaba meditando mi proposición, y luego he sabido que ha muerto en un síncope á los 20 días y después de sufrir varios accesos de sofocación.

¿Qué ha tenido este enfermo? No me cabe duda de que se ha tratado de un caso de tuberculosis laríngea; razonaré sin embargo este diagnóstico.

Ya he dicho que en un primer momento tuve dudas de si se trataría de un caso de sífilis terciaria, en vista, sobre todo de las ulceraciones faríngeas y crico-aritenoideas, más aún de esta última que de las primeras. Pero de un lado debía ser un período terciario muy tardío y anómalo, pues no hay que olvidar que habían transcurrido 20 años desde las últimas manifestaciones evidentemente sífilíticas; y por otra parte, aun pasando por alto este dato, hay que pensar en cuáles podían ser las manifestaciones sífilíticas del período que presenciábamos. Estas no podían ser más que gomosas, simplemente ulcerosas y articulares y no eran bastantes para explicar todas las lesiones laríngeas que hemos descrito.

Los gomas son tumorcillos embrionarios que asientan, como es sabido, en el tejido conjuntivo; en la laringe, elevan simplemente la mucosa y dan á ésta un color característico. Turck y Mandl los han descrito de modo distinto: el primero les señala un color gris amarillento: el segundo dice que la mucosa conserva su color normal. Sin embargo, pueden ser las dos cosas y ninguna de las dos. En el primer período del goma es aplicable la opinión de Mandl; en el segundo, el color de la mucosa adyacente al goma es evidentemente violado, porque su circulación empieza á estar comprometida; y por último, en un tercer período en el cual la mucosa empieza á mortificarse le es aplicable la descripción de Turck. Después de esta fase el goma se ulcera. Mas este tumorcillo laríngeo recorre su ciclo á la mayor brevedad; yo he visto algunos gomas supraglóticos á los que he podido seguir día por día, y en menos de dos semanas recorren estas diversas fases, cuando el enfermo está sometido á



tratamiento apropiado. En cambio los tumores y granulaciones tuberculosas, no hay nada más desesperante que su tenacidad y su resistencia, en la mayoría de los casos, á toda clase de tratamiento tóxico medicinal.

Por otra parte, los gomas, rara vez asientan en las cuerdas vocales por la naturaleza esencialmente fibrosa y muscular de estas partes laríngeas. No suelen tampoco aparecer en familia como los tubérculos y hasta huyen de los sitios en donde hay glándulas.

Por todas estas razones y algunas más que omito, deseché en absoluto la idea de que mi enfermo de referencia fuese gomoso.

En cuanto á las úlceras sífilíticas terciarias, que por cierto son ordinariamente en la faringe y laringe el resultado de gomas ulceradas cuya destrucción mucosa se ha extendido por las partes adyacentes y subyacentes, se distinguen bien de todo otro género de ulceraciones: son profundas, de bordes irregulares y festonados y están cubiertas por un exudado blanco cremoso característico. En mi enfermo ninguna úlcera ofrecía este carácter; pues las faríngeas y la crico-aritenoidea, únicas asimilables á las sífilopatías faringo-laríngeas, no tenían ni los bordes ni el fondo con los caracteres dichos.

Por último, las lesiones articulares, ó mejor, la condritis y pericondritis epiglóticas y la artritis crico-aritenoidea que evidentemente existían en el enfermo, eran las que podían inclinar el ánimo á pensar en la sífilis de los cartilagos; pero, según Lenox Brown, afamado laringólogo inglés, la pericondritis laríngea casi nunca supura ni termina por necrosis; y por otra parte el fondo de las ulceraciones crico-aritenoidea y condroepiglótica estaba cubierto de granulaciones que ni con mucho se parecían á las que caracterizan la fase hipertrófica de las lesiones sífilíticas.

Lo único que podía sospecharse, dado lo que diré después sobre los caracteres evidentemente tuberculosos de todas las lesiones descritas, era la concurrencia de la sífilis y la tuberculosis, la moderna simbiosis ó sindiátesis, sostenida y demostrada por numerosos observadores. Luc (*Archiv de Laringologie*, 1890, n.º 1.) Fasano, Massei Cozzolino (XIV Congreso de la Asociación Médica Italiana, 1891; sesión del 17 de Agosto) (1.ª reunión de los oto-rino-laringólogos italianos, Octubre de 1892) Damieno, Masini, Sokolowski Schmidthysen (XI Congreso Internacional; Sección de Laringología, 1894, etc.). Pero tras de ser muy rara esta concurrencia según las últimas explicaciones de Masini y Damieno, y no sabiendo, en efecto, cómo reaccionan recíprocamente el bacilo de Koch, y el hipotético de la sífilis, es muy aventurado el sostenerlo para el caso que nos ocupa, sobre todo teniendo en cuenta que la Anatomía patológica no demuestra las diferencias entre nódulos tuberculosos y luéticos, sino que afirma tratarse de granulomas en uno y otro caso y los caracteres macroscópicos no permiten establecer una demarcación bien acentuada para las lesiones sífilítico-tuberculosas.

He hecho estas aclaraciones para probar que no eran sífilíticas las le-

siones de mi enfermo, pero realmente no las necesitaba, á no ser meditando de cierto modo, pues para mis necesidades clínicas del caso me bastó ver que mejoraba el proceso por el tratamiento local, y que empeoró notablemente con el uso interno de los mercuriales y iódicos.

Realmente después de lo que llevo dicho, no hay ni el más ligero motivo para sospechar que se tratase de una neoplasia laríngea distinta del tubérculo, pero confidencialmente he sabido que, después de dejar de ver á mi enfermo, alguno de los pantiatras que le han visitado, ha dicho que se trataba de un epiteloma laríngeo; y antes de pasar adelante, quiero probar que esto no es exacto, considerando al enfermo, por supuesto, después de la aparición de los síntomas epiglóticos y ariteno-epiglóticos más alarmantes, pues lo que es antes, dudo que á ningún laringólogo se le ocurra que pudiera tratarse de semejante afección.

El cáncer laríngeo, según la nomenclatura de Krishaber, que es la más generalizada entre los laringólogos y que es la que se armoniza más con los conocimientos laringológicos de Anatomía descriptiva y patológica, se divide en extrínseco é intrínseco.

Del primero casi no tengo para qué ocuparme considerándolo en relación con el enfermo de referencia, pues es constantemente faringo-laríngeo, empieza en la amígdala, en los pilares, en la cara dorsal de la base de la lengua, en la pared posterior de la faringe ó en las caras faríngeas de la epiglottis y repliegues glosa-epiglóticos.

Aquí es cierto que había una afección tumoral epiglótica y ariteno-epiglótica; pero he asistido por completo á su aparición y desenvolvimiento; y aparte de haberse desarrollado con una rapidez pasmosa no tuvo nunca los caracteres del carcinoma ni del epiteloma; por regla general en los tejidos laríngeos éste empieza casi siempre por una infiltración que se ulcera inmediatamente; y cuando ofrece el aspecto tumoral, único caso en que podría confundirse con el padecimiento del enfermo que me ocupa, y en esta región laringo-vestibular, puede ser de dos clases: córneo y glandular, pero ordinariamente duro, mucho menos extenso, rara vez afecta el cartílago y sobre todo ofrece tres síntomas que nunca faltan y que no existieron en mi enfermo: dolor constante, deformidad laríngea y ganglios cervicales rápidamente infartados.

En cuanto al cáncer intrínseco, podía ser el que estuviese implantado en el vestíbulo laríngeo, pero hubiera tenido esos mismos tres síntomas que acabo de citar; y en cuanto al epiteloma dermoide, glandular, circunscrito, glandular, difuso, etc., etc., de las cuerdas vocales, bandas, ventrículo, etc., no hay para qué pensar, porque las lesiones descritas no convienen con los caracteres macroscópicos de tales neoplasias.

No se me oculta que pudo confundirse con un epiteloma vegetante ó polipoide, pero hay que convenir en que estallaron de repente las vegetaciones y después de ulcerarse la epiglottis y ofrecer ésta y otras regiones laríngeas, lesiones de caracteres evidentemente tuberculosos.

Por fin, comprendo bien que un diagnóstico microscópico dilucidaría todas las dudas y vacilaciones, pero éste no se hizo porque el enfermo no consintió la extirpación parcial ni total de los tegidos patológicos que llevaba en su laringe.

Me atuve, pues, como no podía menos, al diagnóstico meramente clínico, porque tampoco se examinaron los esputos, y porque en efecto los caracteres del caso, para mí no dejaban duda alguna de que se trataba de tuberculosis, una vez eliminada la posibilidad de una sífilis como dejo dicho.

En suma, que el enfermo para mí ha sido tuberculoso: 1.º, por los caracteres de sus lesiones laringeas y 2.º, por el diagnóstico de exclusión que acabo de hacer.

En cuanto á los caracteres tuberculosos de sus lesiones, tenemos: 1.º, las úlceras faríngeas, cubiertas de exudado opalino y curadas con tratamiento local; 2.º, las pequeñas ulceritas epiglóticas que precedieron á la epiglottitis; 3.º, el verdadero tubérculo del aritenoides izquierdo; 4.º, el fondo granuloso de la ulceración crico-aritenoidea; 5.º, la epiglottitis granulosa y el tumor en coliflor del repliegue ariteno-epiglótico; 6.º, la condritis probablemente ulcerosa ya, cuando la enfermedad llegó á su término.

Por lo dicho resulta que independientemente de la condritis epiglótica y crico-aritenoidea, también tuberculosas, se trataba de una tuberculosis laringea de forma mixta, pues había el tipo de infiltración ulcerosa y el tipo pseudo-polipoide.

El primero es el que más comúnmente se observa, el que primeramente existía en el enfermo y el único que requiere tratamiento médico-tópico según Helary.

El segundo constituye la forma más rara, pero perfectamente descrita por Avellis, Gugenheim y Tissier. Nuestro malogrado Ariza en 1877, reclamó para él la prioridad de la descripción de los tumores tuberculosos, pero once años antes, en 1866, Tobold había ya hablado de ellos en su libro «*Sur les affections chroniques du larynx*». Después, en 1883, han sido confundidos los tumores tuberculosos, hasta por histólogos distinguidos, con epitelomas laringeos, y en un caso célebre que refiere Gussenbauer, fué preciso hasta un tercer examen microscópico y la extirpación total de la laringe para diagnosticar un tumor tuberculoso, en el que había concurrido una gran proliferación epitelial. Hoy, todos los laringólogos más notables, tanto españoles (Uruñuela, Cisneros, Forn, Rueda, Compañed, Barajas, Roquer, Botey, Barberá, etc.); como extranjeros (Gugenheim, Tissier, Massei, Heryng, Schäffer, Mandl, Bronw, Semon, etc.), están conformes, no sólo en su existencia, sino en que son un signo de la tuberculosis precoz y se observan sobre todo en la fímbria laringea primitiva.

Puede decirse que en el desgraciado caso que relato, se han concitado casi todas las formas de tuberculosis laringea, pues sólo la paquidermia

fimica fué la que no pudimos apreciar por más que nada tiene de particular que también existiera.

Mas á pesar de la existencia de todas estas lesiones, creo que mi enfermo hubiera quizá podido curar ó por lo menos mejorar muy notablemente, viviendo aún bastante tiempo, si en él se hubieran empleado los recursos que contra las laringopatías tuberculosas cuenta hoy la Laringología; pues no hay que olvidar que los pulmones estaban sanos el 6 de Abril, época en que propuse la intervención quirúrgica; y llego con esto á la parte principal de mi comunicación.

..

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laringea, comprende diversos métodos ó procederes, pues desde la sencilla, aunque misteriosa acción de la electrolisis, hasta la extirpación total de la laringe, hay una porción de grados quirúrgicos susceptibles de emplear.

No me ocuparé de la electrolisis misma, ni de la acción de los rayos catódicos ó de la de los de Röntgen, ahora en boga, que al cabo una y otra, son variedades de electrolisis; pues ésta con todo y haber sido propuesta y empleada en varias laringopatías en fecha anterior á la laringocirugía que me va á ocupar, está todavía en estudio dentro de la Otorino-laringología; en la laringe es de difícil aplicación, sus efectos son muy lentos, y para lograrlos se necesita disponer de un buen reostato y un buen galvanómetro.

La ignipuntura y todos los procederes galvano-cáusticos, son otros medios que se han empleado solos ó combinados con otros recursos quirúrgicos. De este último modo pensaba yo emplear la galvano-caustia en mi enfermo.

Por fin, el tratamiento verdaderamente quirúrgico de la tuberculosis laringea, ó sea la sección y extirpación de los tejidos patológicos, ha sido propuesta en 1881 en el Congreso laringológico de Milán por Moritz Schmidt, de Francfort, por más que entonces no tuvo aceptación á pesar del talento con que fué defendido por el eminente laringólogo citado.

En 1886 el célebre Heryng de Varsovia, volvió de nuevo á hablar del asunto é introdujo el uso de la cucharilla cortante en el tratamiento de la tuberculosis laringea.

En 1887 mi querido y sabio amigo el Dr. Guguenheim dió cuenta á la Sociedad Médica de los hospitales de París de los primeros resultados de la práctica de Heryng sobre el asunto.

Más tarde, en 1888, Krause de Berlín, el citado Guguenheim en París, Lenox Brown en Londres y algún otro, ensayaron el tratamiento y modificaron el instrumental.

En 1890, en el X Congreso Médico Internacional celebrado en Berlín y en una notable conferencia que dió Heryng ante la Sección de Larin-

gología, ya hizo constar el sabio laringólogo polonés que en aquella fecha tenía noticia de que habían ensayado su método y hecho publicaciones sobre él, hasta 38 especialistas.

En 1894 en el XI Congreso Médico Internacional celebrado en Roma, el Dr. Gugenheim leyó una interesante comunicación sobre el asunto y éste se discutió ampliamente por Heryng, Massei, Moure, Egidi, Garel, Trifileti, Ruault, Sokolowski, Schmidt, Gluzniki, Fränkel, Hopmann, Masucci, Lubliner, Chiari, Sajous y Madeuf.

Por último, en fecha anterior, en 1893, un interno de Gugenheim, el distinguido Héлары, ha publicado sobre el asunto un notable trabajo, basado en las observaciones recogidas por él mismo en la clínica laringológica del hospital Lariboisier, y en él se condensa todo lo relativo al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea.

En este tratamiento hay que distinguir el raspado ó *curettage*, la escisión ó diversas laringuectomías parciales y la laringodectomía total ó extirpación de la laringe.

El raspado se hace por lo común por vía endo-laríngea y previa anestesia con la cocaína al 33 por 100. Para ello los laringólogos se sirven de las cucharillas de Heryng, de las de Krause ó de las de Gugenheim que son las mismas ligeramente modificadas. En esto ha ocurrido lo que en todo; que al principio sólo se disponía de una forma; pero hoy se dispone de muchas y muy variadas cucharillas orientadas á la derecha, orientadas á la izquierda, hácia adelante, hácia atrás, simples y dobles. La hemorragia se cohibe fácilmente y las partes separadas que no extrae la cucharilla, son expulsadas con la expectoración.

La escisión de ciertas partes laríngeas por vía bucal (aritenoidectomías, epiglodectomías, etc.), se hacen por el método y con el instrumental del eminente laringólogo parisién Mr. Gugenheim. Este profesor ha ideado unas pinzas cortantes y un instrumento denominado por él con fundamento, laringuectomo *emporte piece*, el cual sirve muy bien para extirpar la mitad superior de los aritenoides, epiglotis y repliegues tuberculizados. La odinofágia cesa como por encanto después de esta pequeña operación, y á la hemorragia no hay que temer si al enfermo se le hacen deglutir algunos terrones de hielo.

La razón de por qué cesa tan de repente la odinofágia la ha puesto en evidencia con sus investigaciones histológicas sobre laringes tuberculosas el Dr. Dansac, interno distinguido de Gugenheim. Dicho histolaringólogo, ha demostrado, sirviéndose del cloruro de oro y la nigrosina, que en los tubérculos laríngeos y en la terminación que en ellos sufren los filetillos nerviosos, se desenvuelven unos pequeños pseudo-neuromas recubiertos por un perineuro hiperplásico, pero que no impide que aquéllos estén en constante excitación y que ésta no desaparezca hasta no ser extirpados los tejidos enfermos.

El raspado y muchas laringuectomías parciales se hacen también por



laringo-fisura y previa traqueotomía. En estas últimas operaciones lo interesante es cuidar de que no caiga la sangre en los bronquios para evitar la neumonía septicémica. Para ello se procede á operar provistos de galvano-cauterio y de aparato de Trendelenburg, de Junker ú otro análogo para la anestesia, cuidando por supuesto de la posición de la cabeza y cuello del enfermo, de la necesaria alimentación post-operatoria rectal ó por sonda esofágica y de las condiciones de la sutura laringo-tiroidea que debe hacerse por planos: la de la mucosa con catgut (ó seda esterilizada si se siguen los consejos de mi querido amigo el doctor Amor), la del tiroides con un fino hilo metálico y la cutánea también con seda ó con catgut. Hay, sin embargo, quien deja abierta la herida laringea y cura al descubierto durante los primeros días.

Por fin, la extirpación total de la laringe también se ha propuesto y aun practicado en un contadísimó número de casos como tratamiento radical de la tuberculosis laríngea primitiva. Pero justo es confesar que en dicha enfermedad la laringuectomía total puede calificarse de verdadera aventura quirúrgica, como lo ha hecho con mucho gracejo y oportunidad el eminente profesor y cirujano granadino, y digno y respetable presidente de nuestro Colegio, D. Eduardo García Duarte.

En cambio, en otras lesiones, principalmente en las epiteliomatosas, la laringuectomía total, ha dado y da, cuando se practica bien y con oportunidad, excelentes resultados; los casos que registra la ciencia de enfermos que han sobrevivido á la operación durante años, como el memorable de Botini y otros varios en España y en el extranjero, acreditan la tesis que sustento.

Termino, pues, señores, repitiendo lo que decia al principio de mi comunicación: que deben tenerse muy presentes en el tratamiento de las laringopatías tuberculosas los medios quirúrgicos que acabo de recordar; sobre todo, el raspado y las pequeñas laringuectomias; la laringo-fisura y la traqueotomía; pues con estos medios, según acreditan los resultados obtenidos por los más afamados laringólogos de todos los países, por lo menos, se alarga la vida del enfermo, cuando se interviene bien y con oportunidad y se le libra muchas veces de una muerte próxima y cierta, como fué para mí evidente, en el desdichado laringópata que motiva esta comunicación, al proponerle la operación que no llegó á practicarse.

HE DICHO.

