

---

**Acta núm. 27.**

---

SESIÓN DEL DÍA 12 DE ABRIL DE 1899.

(Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel S. Soriano.)

**Lectura por el señor Secretario anual, de una Memoria titulada:**  
**"Obstetricia. Del tratamiento y pronóstico de la Eclampsia puerperal."**

El suscrito llenó su turno reglamentario, leyendo una Memoria titulada: "Obstetricia. Del tratamiento y pronóstico de la Eclampsia puerperal."

L. TROCÓNIS ALCALÁ.

---

**CLINICA INTERNA.**

---

**INFECCIONES TUBERCULOSAS.****Tumores tuberculosos de la laringe.**

No es el objeto de estos apuntes hacer la historia, ya muy extensa, de los tumores de origen bacilar de la laringe; sino sólo el presentaros algunas ideas que me ha sugerido la observación, y el hacer notar que cuando se profundiza en cualquiera de los campos de la localización tuberculosa, se ven las más variadas y algunas veces engañosas manifestaciones, y se adquiere el convencimiento de que muchas lesiones de las mucosas que aparentemente son de origen catarral, pertenecen al grupo de las lesiones tuberculosas, y entre nosotros tiene esto tanta mayor importancia cuanto que en época no lejana, se aseguraba: el que nuestro clima, por su benignidad y por uno de sus elementos, la altura sobre el nivel del mar, no favorecía el desarrollo de la tuberculosis. Verdad es que el tratamiento higiénico en climas de altura, ha venido á confirmar la idea de que el bacilus de Koch no se desarrolla fácilmente en lugares secos y elevados; pero cuando esos lugares tienen un suelo húmedo é infecto, y en el que el drenaje no ha desecado y

aereado las capas próximas del terreno (como lo ha demostrado Buchanam en Inglaterra), entonces esos climas no disfrutan de ventaja ni privilegio á ese respecto, sino que favorecen la difusión de la tuberculosis con todas sus terribles manifestaciones, y degeneran la raza de una manera desconsoladora.

Perdónese esta digresión que he creído necesaria para mi objeto, y tengase en cuenta: que la observación y la experimentación, han venido á darnos ya grandes elementos, para formar un criterio respecto á esa risueña cuanto falsa idea. En efecto, desde que en el Hospital de San Andrés se estableció el Museo Anatómico-patológico de la Facultad, se han venido señalando con una frecuencia aterradora, los casos, en los que la necropsia y el estudio microscópico han puesto en evidencia al bacilus de la tuberculosis, y así se han acumulado en la historia de esta infección un número creciente de hechos, con los que se ha evidenciado el que las manifestaciones tuberculosas en el pulmón, intestinos, huesos, etc., son frequentísimas á un grado alarmante.

Los hechos á que voy á referirme no tienen la confirmación de la necropsia; pero sí el del estudio clínico y el de la demostración bacteriológica.

Estos casos pertenecen á manifestaciones de las mucosas, laríngea y nasal.

Bien sabido es que la tuberculosis de las mucosas pueden referirse á tres tipos clínicos: la forma ulcerosa, la forma gomosa ó de tumor, y la mixta ó lupus, que así puede considerarse y que ha venido á quedar ya clasificada entre las manifestaciones de esa infección.

El estudio de muchas laringes de enfermos que acusaban síntomas catarrales y modificaciones del timbre de la voz, me han venido convenciendo de que la laringe es con gran frecuencia el sitio de implantación del bacilus en México, y que no es raro observar en ella la úlcera tuberculosa y el tumor tuberculoso ó tuberculoma.

En enfermos atendidos durante algún tiempo, he podido ver un tumor, apareciendo como manifestación primordial de la afección laríngea, é implantado, ya en la epiglotis, ya en las cuerdas, ya en el espacio inter-aritenoides, sin que fuera acompañado de ninguno de los síntomas subjetivos de esa laringitis específica, sin modificar en su conjunto el aparato vocal y permaneciendo durante algún

tiempo sin modificación aparente, quedando como lesión localizada de la infección.

Bien sabido también es: que el proceso inflamatorio provoca en el curso de la enfermedad la producción de vejetaciones (forma vejetante tuberculosa), que á medida que la infiltración tuberculosa progresa, aparece la degeneración caseosa, la fusión superficial ó ulcerosa, y que los bordes de la ulceración presentan clásicos yemos carnudos de diferentes dimensiones. En algunas ocasiones tienen el aspecto de *pólipos papilares*, como lo observé en una joven de 22 años, enferma, que me envió el Sr. Manuel Gutiérrez, y en la que el pulmón se encuentra actualmente con una notable induración de los vértices.

Esta forma de tumor primitivo, que pudiera llamarse *forma rara* de tuberculosis laríngea, he tenido ocasión de observarla cinco veces y he podido, con el auxilio del microscopio, determinar su origen bacilar, y en tres casos la marcha de la afección ha venido á confirmar la presunción clínica, pues con cierta rapidez ha venido la fusión ulcerosa.

En una enferma, en la que no se observaban ni con el auxilio de una intensa luz eléctrica, granulaciones superficiales, pero en la cual, la *fosa innomida* ó infundíbulo-laríngeo estaba tumificada, con estrias y abolladuras, y sin que hubiera cambios de coloración de las bandas, ni de la epiglotis, creí que se trataba de un cáncer de la laringe. Síntomas catarrales y una faringitis granulosa, que la enferma padecía, me proporcionaron la ocasión de estudiar con frecuencia su laringe, y al cabo de poco tiempo ví con sorpresa que el tumor había desaparecido, que la mucosa del infundíbulo se encontraba arrugada; y tanto en ese lugar, como en la banda ventricular del mismo lado y en la base de la epiglotis, existían numerosas granulaciones, que no tardaron ni un mes en convertirse en pequeñas ulceraciones; en el producto de secreción, de las cuales el microscopio demostró la abundancia de bacilos. Esas úlceras se han hecho cada vez más extensas, y la infección tuberculosa ha seguido una marcha rápida, encontrándose al fin invadidos los pulmones en una gran masa.

En la enferma antes mencionada, del Sr. Gutiérrez, la gran cantidad de granulaciones, las modificaciones de la voz, los cambios de coloración y el estado de los pulmones á pesar del aspecto flore-

ciente de la joven, ponían fuera de duda el estado y naturaleza de la infección, más en la comisura inter-aritenoidéa se presentaban unas vejetaciones papilares de coloración rosada en la base, y blanquecinas y de aspecto seco en sus vértices ó extremidades, que me dieron la impresión de un cáncer epitelial.

La extirpación de ese tumor vejetante, que intentaré, y su estudio microscópico, serán el medio solo de fijar su naturaleza. Creo de gran interés esta investigación, pues es sin duda importante demostrar esta dualidad de diátesis, tan próximamente implantadas, sobre la laringe. Existe un dato que tiene gran elocuencia, y es que la madre de esta enferma, murió de cáncer de la matriz, bajo la cuidadosa é inteligente observación del citado Profesor.

En otro enfermo, de nacionalidad americana, que lleva once años de vivir en México, y que según su dicho, no había padecido antes de la garganta, se presentaban granulaciones y pequeñas ulceraciones, granulaciones difusas y un tumor de aspecto queloide en la pared posterior de la faringe, detrás del pilar izquierdo, y otro hemisférico, liso, gris rojizo y duro, sobre el cartilago aritenóide del mismo lado; en el fondo del infundibulum y de ambos lados, salientes *velvéticas* de la tisis laríngea. Sujeto el enfermo á una inspección frecuente y á curaciones con peróxido de hidrógeno, creosota y ácido láctico, se curaron con gran rapidez las ulceraciones, que eran muy dolorosas, y en las cuales fueron disminuyendo los bacilus, que buscaba con frecuencia con el microscopio, y cuando había desaparecido la disfagia dolorosa, intenté arrancar con la pinza de Schroeder el tumor del aritenóide, se aplastó y quedó entre los dientes de la pinza un producto caseoso que contenía celdillas gigantes y bacilus de Koch. Tanto ese primer tumor operado, como el segundo que se ulceró, cicatrizaron por completo después de tres meses de una asistencia tiránicamente constante.

Si hago mención de este raro éxito, que con algunos otros, aunque pocos, tengo apuntados, es sólo por la significación terapéutica que tiene, como lo comuniqué en el Congreso Internacional de Moscou en un artículo sobre tratamiento de la tuberculosis laríngea.

En otro caso, de un joven de 19 años, la aparición de un tumor en la parte posterior del repliegue ari-epiglótico, sin síntomas concomitantes, ni del lado del pulmón ni de la laringe, y que por el as-

pecto del tumor pensé que se trataba de un pólipo, puesto que la mucosa de la base y vértice de la epiglotis y las bandas ventriculares no presentaban infiltración ni cambios de coloración hisquémica, la extirpación con la pinza de Fauvel vino á aclarar el diagnóstico; en el lugar de implantación del tumor quedó una úlcera, en cuya secreción demostré la presencia del bacilus y á poco comenaron á aparecer pequeñas úlceras confluentes al derredor de la primitiva. La marcha de la tisis laríngea en este enfermo, fué tan rápida, que algunos meses después habían desaparecido las cuerdas vocales, las bandas, y el infundibulum era una inmensa cloaca cubierta de úlceras vejetantes, y la infección pulmonar se generalizó sin remisión.

En la literatura científica se señalan algunos casos de tumores primitivos de la laringe sin lesiones concomitantes.

Jhon N. Mackensie, en un trabajo sobre neoplasmas tuberculosos, distingue tres formas: las hiperplasias granulosas, las excrecencias papilomatosas, y por último, los tumores tuberculosos respecto de los cuales relata tres casos.

Schnitzler, en una comunicación hecha al Congreso de Copenague de 84, comunica un caso de tumor tuberculoso de la laringe en un joven.

A éstas se han agregado algunas otras observaciones de Foa Bonome, Hunter, Mackensie, Morel Mackensie y Hennig.

Couguenheim y Tissier, en su obra reciente sobre tuberculosis laríngea, hacen un interesante estudio de esta clase de tumores.

A este grupo de producciones he creído poder referir algunos tumores de ancha base, implantados en la mucosa nasal, ya sobre los cornetes, ya en las anfractuosidades nasales que simulaban una rinitis hipertrófica ó un principio de rinoscleroma; en un caso en el que intenté la raspa para hacer permeable la nariz y que sangró de tal modo, que los hemostáticos aplicados con Spray á alta presión, con dificultad contuvieron la hemorragia, apareció después de poco tiempo una úlcera tuberculosa, demostrado su origen por el microscopio. Esta úlcera se modificó con la raspa y un tratamiento antiséptico, sin que haya llegado á cicatrizar aún por completo.

He observado otros casos de *rinitis seca*, en los que sólo había decoloración por bandas, de la mucosa, en los bordes de los cartí-

lagos y que han coincidido con la infiltración de los vértices del pulmón; este estado de la nariz reconoce por causa un principio de infiltración tuberculosa en la profundidad de la mucosa, lo cual ha modificado la coloración en algunos puntos y enrojecido en otros el tejido. Me inclino á creerlo por la resistencia que ha opuesto á la curación.

No hago mención en este estudio, de tuberculosis laríngeas típicas, en los que la forma ulcerosa ha sido la predominante y de las que he observado muy frecuentemente en mi consulta particular. Sí puedo asegurar que son más frecuentes de lo que me suponía, y que algunos enfermos que creen tener sólo un catarro laríngeo simple, han presentado signos claros de tuberculosis de la glotis.

En conclusión: La tuberculosis laríngea no es rara en México y se observan algunas veces, aunque con poca frecuencia, *tumores primitivos* (tuberculosos) sin lesiones concomitantes de tuberculosis de la laringe. Son, se puede decir, el punto de partida de la infección del órgano vocal.

México, Diciembre 14 de 1898.

ANGEL GAVIÑO.

---

## TERAPEUTICA.

### **Aparato para conservar é inyectar suero artificial aséptico.**

Cada día se comprueba más la utilidad de las inyecciones del suero artificial, ó sea una solución al 7 por mil de cloruro de sodio.

Los casos urgentes en que el médico tiene necesidad de hacer esta inyección sin pérdida de tiempo, son particularmente las hemorragias traumáticas ó consecutivas á los partos. En estas circunstancias, si no se tiene la solución ya preparada en las boticas, puede morir el enfermo mientras se dispone la medicina con las condiciones necesarias, porque para llenarlas debidamente, se necesita algún tiempo.

Estas condiciones son: que la solución sea aséptica, que el agua sea destilada, que el cloruro de sodio sea puro y que se pueda inyectar fácilmente sin que pierda su pureza.