

que impida las funciones del velo del paladar, puede ser un obstáculo para el movimiento normal de las cuerdas. Elijase con preferencia, para esta exploración, un espejo de pequeñas dimensiones y evítese el rechazar el velo.

Una de las faltas que se cometen á menudo consiste en colocar el espejo oblicuamente en la garganta. Entonces la glotis aparece asimétrica, y se cree que hay una parálisis, cuando los movimientos de las cuerdas se verifican normalmente. Conviene no olvidar, además, que la glotis puede ser asimétrica por efecto de una conformación viciosa congénita de la laringe, siendo entonces asimétrico el mismo cartilago tiroides (escoliosis de la laringe). Por una razón análoga los cartilagos aritenoides pueden no estar situados en el mismo plano y acabalgar el uno sobre el otro en los movimientos de abducción de las cuerdas.

OTROS MODOS DE EXPLORACIÓN

Autoscopia — Laringoscopia directa

Con el nombre de *autoscopia* ha descrito Kirstein, en 1894, un procedimiento de examen de la laringe que suprime el empleo del espejo laringoscópico. Este procedimiento consiste en introducir hasta la parte más profunda de la base de la lengua una larga espátula, con extremidad ligeramente encorvada hacia abajo. Deprimiendo fuertemente la base de la lengua con este instrumento, y tirándola lo posible hacia adelante, se levanta la epiglotis y se transforma el dorso de la lengua en un verdadero canal, que permite el acceso directo de los rayos visuales hasta la laringe. Para mayor facilidad, el médico permanece de pie delante del enfermo, que, sentado en una silla, levanta un poco la cabeza, dirigiendo el cuello hacia adelante. En esta posición, el ángulo formado por el eje de la boca con el de la laringe tiende á desaparecer; la mirada del observador penetra oblicuamente de arriba abajo en la garganta del paciente, que debe estar iluminada, bien por medio de un espejo frontal, bien por una lámpara eléctrica.

Este procedimiento no parece destinado á reemplazar la laringoscopia. La mayoría de los enfermos no soportan la aplicación de la espátula. En los casos más favorables se llega á ver los aritenoides y la pared posterior de la laringe, algunas veces la mitad posterior de las cuerdas, pero sólo por excepción la comisura anterior. Este método puede, sin embargo, prestar servicios en los niños rebeldes á la laringoscopia; pero todavía en

estos enfermos no da resultado sino cuando son suprimidos todos sus reflejos mediante el sueño clorofórmico.

Tacto

Se practica directamente con la extremidad del dedo introducido en la laringe, ó bien indirectamente por medio de un estilete curvo.

Tacto digital.— En los niños pequeños que no se dejan examinar con el espejo, se debe practicar el tacto digital, cuando se sospecha la existencia de un tumor, de un edema ó de un cuerpo extraño. El procedimiento consiste en llevar el índice directamente sobre la pared posterior de la faringe para dirigir después el pulpejo sobre la epiglotis, que levanta el dedo, el cual explora la cara laríngea de aquélla y sus bordes. El dedo, introducido un poco más profundamente y dirigido un poco hacia atrás, encuentra entonces la extremidad superior de los aritenoides, que producen la sensación de dos pequeñas prominencias yuxtapuestas y resistentes. Si se procura entonces introducir el dedo en el interior de la laringe, se encuentra detenido antes de haber penetrado hasta las cuerdas, pues la laringe de estos niños no ofrece dimensiones suficientes. Todo lo más que se consigue es que el pulpejo del índice llegue á explorar la cara superior de las fajas ventriculares.

En estado normal, las partes accesibles al dedo son lisas, regulares y desprovistas de asperezas.

En estado patológico, la epiglotis tumefacta produce la sensación de una masa redondeada, unas veces uniformemente lisa, otras lobulada, con bordes blandos y algunas veces difíciles de reconocer (edema, infiltración); si los aritenoides se encuentran al mismo tiempo tumefactos, el orificio de la laringe resulta difícil de reconocer. La presencia de un papiloma en la entrada de la laringe, muy común en la primera edad, produce al dedo la sensación de una tumefacción irregular, rugosa, cubierta de asperezas y rodeada de una mucosa lisa y normal.



Fig. 99. — Sonda laríngea

Tacto con la sonda.— La *sonda laríngea* (fig. 99) es una varilla metálica, curva en su extremidad y montada sobre un mango, cuyo grueso y peso deben estar en relación con la longitud de la varilla.

Los mangos de espejo son demasiado delgados y ligeros para este objeto, y quitan al tacto toda precisión y toda sensibilidad. Es necesario un mango más fuerte y un poco más pesado.

La exploración con la sonda exige una cocainización previa. Ésta se obtiene, bien por la insuflación de una mezcla á partes iguales de clorhidrato de cocaína y de azúcar de leche pulverizados, bien mediante la

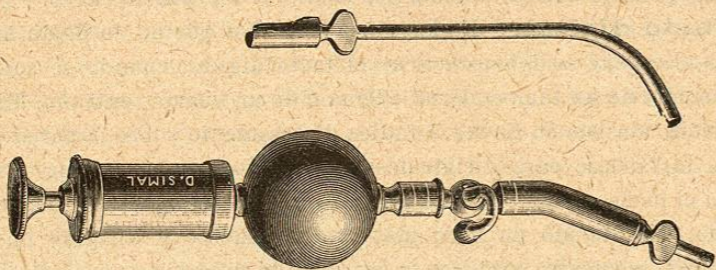


Fig. 100.—Insuflador de aire comprimido

aplicación local de una solución de cocaína á la vigésima. En el primer caso, se emplea un insuflador especial, con soplador de caucho, ó un insuflador de aire comprimido (fig. 100) que yo he hecho construir á este efecto. En el segundo caso, se emplea una jeringa (fig. 101) que permite ir vertiendo gota á gota la solución sobre los diversos puntos de la laringe. La insuflación ó la instilación se hacen con auxilio del espejo. Al efecto éste es introducido con la mano izquierda, sosteniendo con la derecha el



Fig. 101.—Jeringa para instilación de cocaína en la laringe

insuflador ó la jeringa. En tal caso, es necesario que el enfermo sostenga él mismo su lengua con la mano izquierda.

De igual manera bajo la comprobación del espejo debe ser introducido en la laringe el estilete curvo. Puede ser conveniente modificar la corvadura en el curso del examen, para alcanzar sucesivamente los diferentes puntos del órgano. Esta exploración requiere cierto aprendizaje.

En estado patológico, el tacto permite apreciar la consistencia y la movilidad de un cuerpo extraño ó de un tumor, el punto exacto de inserción de un neoplasma, la denudación del cartilago en el fondo de una

ulceración ó de un trayecto fistuloso. En ciertos casos, la exploración con la sonda es posible sin previa cocainización. Estos casos son aquellos en que existe un grado más ó menos pronunciado de anestesia laríngea; ésta puede constituir un síntoma aislado, ó bien ir acompañada de parálisis motoras (histeria, neuritis postdiftérica, destrucción del nervio laríngeo superior, ó ciertas lesiones bulbares).

Exploración exterior

La inspección y la palpación de la región cervical anterior proporcionan datos interesantes solamente en un número limitado de afecciones de la laringe.

Inspección.— En estado normal, se ve en la línea media del cuello la eminencia del cartilago tiroides (nuez de Adán), inmóvil en la respiración tranquila, pero animada de movimientos de elevación y depresión durante la deglución, la fonación y el canto. A la verdad, la laringe no está absolutamente fija durante la respiración normal, pero los ligeros movimientos de elevación y depresión de que entonces está animada, son imperceptibles, y sólo se hacen visibles durante los movimientos respiratorios enérgicos necesarios para los esfuerzos. Entonces se ve la nuez de Adán que baja durante las inspiraciones profundas para recobrar su posición á cada espiración.

En estado patológico, la desviación lateral de esta eminencia indica la dislocación en masa de este órgano por un tumor cervical; una tumefacción situada á su nivel, ó inmediatamente vecina y movable con ella, es indicio, bien de un neoplasma desarrollado á expensas del cuerpo tiroides ó de la misma laringe, bien de una pericondritis. En los casos de estenosis laríngea, la amplitud de los movimientos de elevación y depresión del órgano aumenta; fenómeno raramente observado cuando la estenosis ocupa la tráquea. En los casos dudosos, la existencia de este signo permite, por consiguiente, localizar la lesión en la laringe.

Palpación.— Constituye el complemento indispensable de la inspección.

Mejor que la vista, permite apreciar la conformación, situación y movilidad de la laringe. La prominencia de la nuez de Adán, las caras laterales planas y lisas del cartilago tiroides, el arco anterior del cricoides, son fáciles de explorar; la uña, paseando de abajo arriba sobre la línea media, reconoce el borde inferior del cricoide y más arriba el espacio cricotiroideo. En los individuos enflaquecidos, la extremidad del índice

puede algunas veces insinuarse lateralmente detrás de la laringe hasta la cara posterior del anillo cricoideo.

La vibración que se nota cuando se coge la laringe entre el índice y el pulgar durante la fonación, depende de las vibraciones de los labios de la glotis; llámase vibración vocal. Los movimientos verticales de la laringe durante la fonación y la deglución se perciben mejor que si se vieran, pudiéndolos registrar gráficamente en aparatos especiales. Movimientos laterales, más ó menos extensos según los individuos, pueden imprimirse con la mano.

En estado patológico, cuando la laringe está desplazada en su totalidad, ó es rechazada á derecha ó izquierda por un tumor (hipertrofia ganglionar, bocio), la palpación nos permite comprobar su sitio. Algunas veces se encuentra hasta debajo del esterno-mastoideo.

Cuando la laringe se encuentra así desplazada, sus movimientos espontáneos ó provocados van acompañados á veces de una especie de crepitación perceptible al tacto. Esta sensación, percibida también por el enfermo, y frecuentemente interpretada por él como un fenómeno patológico, es producida por el roce de las astas superiores del cartilago tiroides contra las vértebras cervicales. Esta crepitación, de origen extralaringeo, debe distinguirse de la crepitación verdadera, que se produce espontáneamente ó puede provocarse en los casos de fractura ó necrosis de la laringe, y también del ruido de castañuela que provoca algunas veces la presión ejercida sobre la laringe en los casos de rarefacción de los cartilagos (tumores malignos, etc.)

El ruido estridente que acompaña á los movimientos respiratorios en las laringo-estenosis manifiestas, va acompañado de una trepidación vibratoria de la laringe y de la parte superior de la tráquea. Esta vibración presenta un máximum de intensidad á nivel del punto estenosado. También puede la palpación ayudar á reconocer el sitio exacto de una estrechez de la laringe ó de la tráquea.

Si la palpación despierta dolor, el sitio de éste puede llegar á ser indicio precioso del de la lesión (pericondritis ó fractura del cricoides ó del tiroides). En los casos de neuritis del recurrente, la presión ejercida sobre la parte lateral de la tráquea determina un vivo dolor.

Por último, la palpación puede aún ser útil en el diagnóstico de la parálisis del cricotiroideo. Se sabe que la acción de este músculo consiste en aproximar el cricoides al tiroides, cuya aproximación se traduce por una disminución de la altura del espacio cricotiroideo durante los esfuerzos de la fonación. Ahora bien, en los casos en que el músculo está paralizado, la exploración digital permite comprobar que no se realiza esta dismi-

nución. Además, si se suple el defecto de acción del cricotiroideo, rechazando ligeramente el cricoides hacia arriba, la voz mejora inmediatamente.

M. BOULAY

EXAMEN DE LA BOCA Y DE LA FARINGE

LABIOS, ORIFICIO BUCAL

La forma habitual del orificio bucal sólo puede ser conocida y examinada al enfermo sin prevenirle y mientras su atención está ocupada en algún otro objeto.

Normalmente la boca debe estar constantemente cerrada y hacerse la respiración por la nariz.

Muchas personas tienen la boca casi constantemente entreabierta, por más que pueden cerrarla á voluntad y realmente la cierran de tiempo en tiempo durante algunos segundos para hacer los movimientos necesarios á la deglución de la saliva. Los labios están distantes uno de otro de medio á un centímetro, las arcadas dentarias un poco menos; no hay desviación de las comisuras labiales y todos los movimientos de la mandíbula y de los labios son posibles. De estas personas se dice que «respiran con la boca abierta».

La causa ordinaria de este hábito es en realidad la dificultad de respirar por la nariz, la impermeabilidad más ó menos completa de las fosas nasales y de la nasofaringe, en una palabra, de las vías respiratorias superiores. Cualquiera ha podido comprobar en sí mismo en el curso de un coriza agudo la necesidad de respirar con la boca abierta; esto es constante, en diversos grados, en los sujetos atacados de hipertrofia del cornete inferior, de desviación del tabique, de pólipos nasales, de coriza crónico, etc. Las vegetaciones adenoideas que obstruyen la faringe nasal son en los niños la causa más frecuente de estos hábitos, que contribuyen por una parte á la «facies adenoide». La hipertrofia de las amígdalas, rechazando hacia arriba y atrás el velo del paladar, estrechando así el istmo de la nasofaringe, produce de una manera crónica esta misma necesidad de respirar por la boca, que causa de una manera pasajera toda angina aguda, y más aún el flemón de las amígdalas ó el flemón retrofaringeo.

Este mismo aspecto se observa también fuera de toda impermeabilidad de las fosas nasales¹: en los paralíticos generales y los anémicos de

¹ En las enfermedades graves, ataxo-adinámicas, en los agonizantes, la boca permanece constantemente abierta.