

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 crónica, 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 nasales<sup>1</sup>: en los paralíticos generales y los anémicos de

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



ojo atónico y labio pendiente; en los idiotas por esclerosis cerebral, en los idiotas mixedematosos, cuya lengua sale por entre los dientes y los labios constantemente separados.

Aun entre estos sujetos son conservados los movimientos de los labios, como puede cualquiera convencerse observándolos durante algunos instantes. De manera muy diferente sucede en los casos de parálisis labio-gloso-laríngea, de parálisis facio-escápulo-humeral ó de parálisis facial doble.

En la *parálisis labio-gloso-laríngea*, los labios están entreabiertos, inmóviles y los surcos nasolabiales muy marcados, lo cual da á la parte inferior de la cara un aspecto «llorón», contrastando grandemente con la movilidad de la parte superior de la cara, de los ojos y la conservación de la inteligencia. El enfermo no puede ni soplar, ni silbar, ni hacer muecas, y cuando ríe, su cara toma el aspecto de «máscara de la comedia antigua» (Trousseau), y lo conserva hasta que aproxima sus labios con los dedos, puesto que el orbicular paralizado no puede restituirlos á su posición normal.

En la *miopatía facio-escápulo-humeral* (tipo Landouzy-Déjérine), todos los músculos de la cara se encuentran atrofiados y paresiados en razón directa del grado de atrofia. La fisonomía en su conjunto toma un aspecto decaído, atontado; el enfermo, cuando la atrofia es muy pronunciada, no puede soplar ni silbar; la risa no se dibuja bien á causa de la atrofia de los músculos que concurren á producirla. El enfermo se ríe contrayendo los labios, ó de través, risa sin color, de un tinte indefinible. Por último, la atrofia se encuentra desigualmente repartida sobre los labios, y puede verse unas veces el labio superior que sobresale por encima del inferior, mientras que otras veces una mitad del labio superior sobresale, junto con la mitad contraria del labio inferior.

En estos casos de *parálisis facial doble*, las mejillas están péndulas, el labio superior prolongado, la boca deprimida, siempre entreabierta. Ningún movimiento es posible; ninguna expresión de alegría ó de dolor traduce esa fisonomía completamente inmóvil.

Con frecuencia la boca entreabierta deja escapar una cantidad más ó menos abundante de saliva clara, viscosa, filamentosa ó *baba*. En el adulto, este fenómeno se observa pasajera y en el caso de enorme flemón de las amígdalas y constantemente en el caso de parálisis labio-gloso-laríngea, ó facial doble, en los cuales los labios paralizados no pueden impedir que corra la saliva hacia afuera, lo cual sucede también con frecuencia en los idiotas, cuya inconsciencia suprime la deglución de la saliva. Los niños de pecho babean frecuentemente bajo la influencia de un coriza

ligero, de una adenoiditis, de una angina, y sencillamente, de una estomatitis, aunque sea muy benigna, debida ó no á la salida de los dientes. Los niños de más de dos años babean, al contrario, pocas veces, á menos de un retraso notable en el desarrollo de su inteligencia, en el idiotismo.

Algunas veces la lengua sale á través de los arcos de los dientes y de los labios separados. En el idiotismo por esclerosis cerebral, la lengua está casi constantemente fuera de la boca, pero conserva su volumen normal. Se encuentra hipertrofiada en los mixedematosos y los acromegálicos, que apenas pueden contenerla dentro de la boca (macroglosia). En caso de glositis parenquimatosa aguda, se encuentra algunas veces considerablemente tumefacta y apretada entre los arcos dentarios.

La boca, en lugar de estar entreabierta en su conjunto y de presentar los aspectos que acabamos de indicar, puede encontrarse sencillamente *desviada*; este es el caso de la *parálisis facial simple*. La comisura labial del lado paralizado está más baja, más aproximada á la línea media; «los labios son delgados, la boca lineal del mismo lado, mientras aquéllos son relativamente gruesos y la boca está ligeramente entreabierta en el lado opuesto.» (Charcot: boca en punto de exclamación). Este aspecto se exagera en los diversos movimientos de la cara.

La *oclusión* patológica de los labios se observa, bien en las crisis de la eclampsia, la epilepsia, la histeria, la hidrofobia; bien de una manera continua en el tétanos, donde se encuentra asociada á la contracción del masetero, al *trismo*.

La oclusión de los labios con desviación de las dos comisuras constituye la *risa sardónica*; en el espasmo gloso-labial, está contracturado un solo lado, cerrado y desviado hacia afuera.

Por último, los labios pueden estar animados de *movimientos voluntarios*; estos movimientos son irregulares, incoordinados en la corea; están coordinados por un movimiento voluntario bien determinado en la *enfermedad del tic*.

La simple inspección, aun á distancia, del orificio bucal, permite diagnosticar los *defectos de conformación congénitos* (labio leporino), y juzgar del *volumen* y de la *coloración* de los labios.

El labio superior de los escrofulosos es frecuentemente grueso y forma una prominencia fea hacia adelante sobre el labio inferior. Esta tumefacción crónica, que á menudo va acompañada de una coloración roja ó violácea del labio, depende de invasiones periódicas y sucesivas de linfangitis, cuya resolución no se verifica nunca completamente.

Los acromegálicos tienen los dos labios voluminosos, sin cambio de coloración de la parte cutánea ni de la parte mucosa.



Por el contrario, se observa un adelgazamiento muy pronunciado en los casos de esclerodermia, al mismo tiempo que una cierta inmovilidad, un aspecto de fijeza.

La coloración de la parte mucosa merece ser observada; rosada en el estado normal, es de un azul violáceo en los sujetos sometidos á un enfriamiento intenso, ó expuestos al escalofrío congénito, en los cardíacos asistólicos ó hiposistólicos, en los enfermos atacados de cianosis congénita, en los enfisematosos, los asmáticos, los bronquíticos, cuya circulación pulmonar se encuentra grandemente contrariada de una manera pasajera ó constante. La mucosa labial es de un rojo vinoso en los escrofulosos de labios gruesos, ó en los sujetos atacados de estrechez mitral bien compensada. Esta coloración es pálida en la anemia, casi verde en la clorosis, blanca, descolorida en las caquexias extremas.

Una vez en posesión de estos datos, que pueden obtenerse por una sencilla mirada, se examinan ambos labios, uno después del otro. Primeramente su cara cutánea, después su cara mucosa, volviendo con los dedos el labio hacia afuera de manera que pueda examinarse hasta el repliegue labio-gingival. Las dos comisuras, examinadas de igual manera, reclaman una atención particular.

En el *labio superior* podrá notarse la existencia de un labio leporino, el aumento de volumen debido á la escrófula, teniendo presente que su espesor normal es de 8 á 10 milímetros.

En el *labio inferior*, hay con frecuencia ocasión de ver, en la zona intermedia, entre la parte cutánea y la parte francamente mucosa, *surcos*, cuyo punto de partida es la sequedad de la piel, y algunas veces llegan á constituir profundas fisuras.

En las comisuras se encuentran ciertas lesiones caracterizadas por una especie de eczema sobre la superficie cutánea, fisuras en el ángulo de la comisura y exulceraciones en la superficie mucosa.

Las lesiones siguientes se observan, no en un sitio de elección determinado, sino en una región cualquiera del orificio bucal; la sequedad, las *fuliginosidades* en las enfermedades graves, ataxo-adinámicas, el *herpes*, que forma costras en la zona cutánea y la zona intermedia, las falsas membranas en la zona mucosa, la *estomatitis impetiginosa*, que reviste los mismos caracteres generales, pero más diseminada, con contornos más regulares, policíclicos y coincide con lesiones ulcero-membranosas de las otras regiones de la boca; las *aftas*, exulceraciones de la dimensión de una cabeza de alfiler ó de una lenteja, diseminadas en número pequeño ó considerable sobre la cara mucosa de los labios y toda la mucosa bucal; el *chancre sifilítico*, muy frecuente, erosión redonda

ú oval, que reposa sobre una base indurada, abombada ó plana, y cubierta por una costra en la superficie cutánea de los labios. Los chancros de las comisuras ó de la parte media del labio inferior toman frecuentemente un aspecto fisurario; pero un atento examen demuestra que tienen todos los demás caracteres del chancre sifilítico, y permite distinguirlos de las simples grietas, de las quemaduras, etc. Las *placas mucosas*, cuyo tipo erosivo es el más frecuente, y cuyo diagnóstico no presenta dificultades sino cuando ocupan las comisuras; el *goma circunscrito*, que á menudo se abre en la superficie cutánea; los *gomas planos*, con su superficie rojiza, mamelonada, fisurada, ulcerada, que interesan las dos caras de los labios y pueden extenderse á las mejillas; la *ulceración tuberculosa*, con su fondo desigual, mamelonado, cubierto de detritus, sus bordes irregulares, rodeados de un cordón de puntos amarillos; el *lupus* con sus gruesas escabrosidades azuladas ó violáceas, ó sus placas lechosas, y que puede ulcerarse; el *epitelioma*, tumor duro, indoloro, cuya superficie ulcerada, irregular, desigual, vegetante (forma vegetante), ó profundamente excavado (forma corrosiva) está cubierto en la parte cutánea de costras formadas por pus y sangre concretadas.

#### ARCOS DENTARIOS, ENCÍAS Y DIENTES

Los *arcos dentarios* deben ser examinados metódicamente en toda su extensión. Para examinar la cara anterior, ó vestibular, se hace que el enfermo cierre las mandíbulas y se separan con el mango de una cuchara, ó con un depresor, sucesivamente el labio superior, el inferior, después una y otra mejilla, teniendo cuidado de iluminar lo mejor que se pueda la región precisa que se quiere examinar. Después el enfermo abre ampliamente la boca y se puede explorar la cara posterior ó bucal de los arcos alveolares; el arco superior haciendo inclinar la cabeza hacia atrás cuanto sea posible y el arco inferior haciéndola, al contrario, inclinar hacia adelante. En uno y otro caso es casi siempre conveniente iluminar la parte que se ha de examinar por medio del espejo que usan los dentistas, ó simplemente de un depresor bien pulimentado, que hace el oficio de reflector.

En estado normal, cuando se cierran las mandíbulas como para morder, y más especialmente cuando se muerde un objeto muy delgado, por ejemplo, una hoja de papel, los dientes de la mandíbula superior vienen á colocarse ligeramente por delante de los dientes inferiores, de manera que los cubren casi en su tercio superior. Si sobresalen de los