



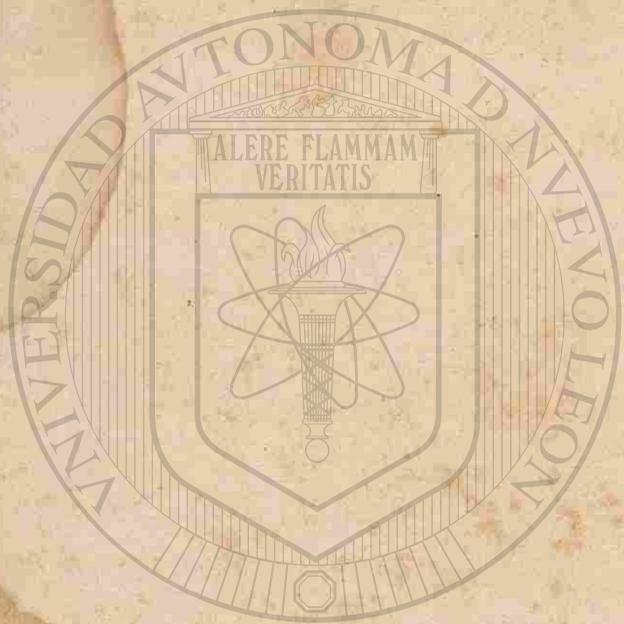
JUAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA

Blank rectangular label on the left side of the page, partially overlapping the spine.

RF46
I4



*RF46
I 4*

DE LA

LARINGOSCOPIA

Y DE SUS APLICACIONES

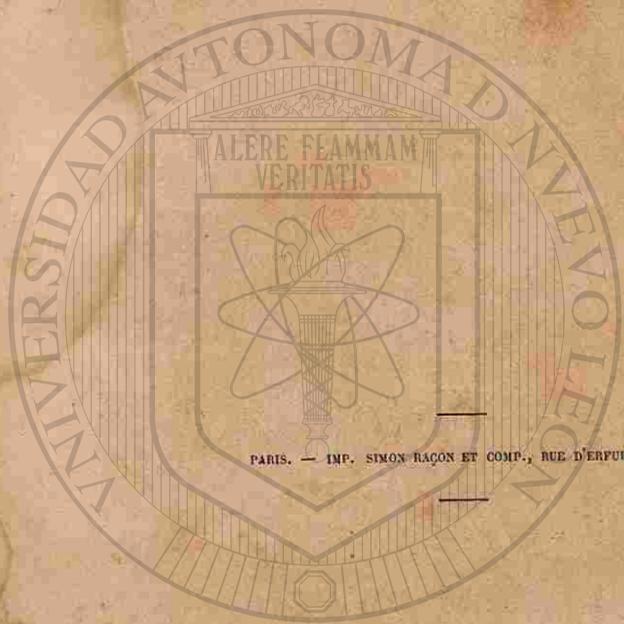
A LA PATOLOGÍA Y A LA MEDICINA OPERATORIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



*Chicas Rojas
Biblioteca de Laringología*



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





Examen laryngoscopique à la lumière solaire (P. 29.)

Librairie J. B. Baillière et Fils.

Imp. Goussier et Fils, Jacques, 33.

DE LA
LARINGOSCOPIA

Y DE SUS APLICACIONES
A LA PATOLOGIA Y A LA MEDICINA OPERATORIA

CON UN APÉNDICE QUE TRATA DE LA
RINOSCOPIA

POR

ANGEL IGLESIAS

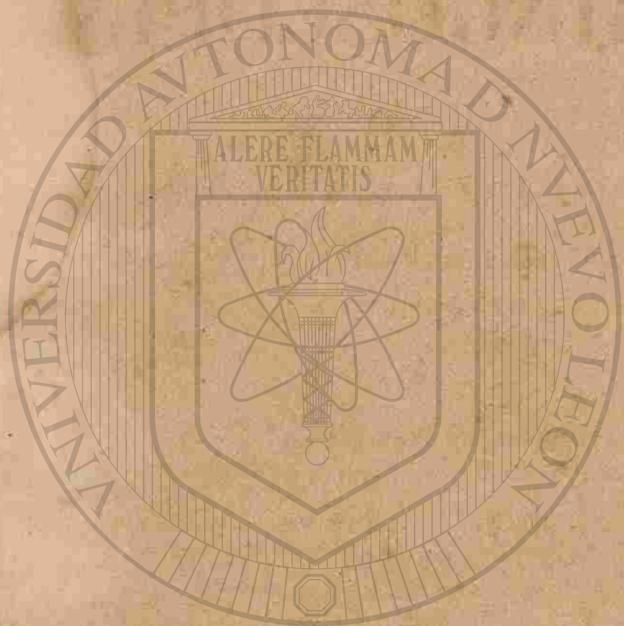
CATEDRÁTICO ADJUNTO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO

Con 27 figuras en el texto

PARIS
LIBRERIA DE ROSA Y BOURET

23, CALLE VISCONTI, 23

1868



A LA
ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO

A la abnegacion y al celo científico de sus antiguos catedráticos debe México el poseer un Establecimiento que le hace honor, y la juventud médica una fuente de sólida instruccion.

A ella dedica esta pequeña obra como un débil homenaje de gratitud,

Su mas reconocido hijo

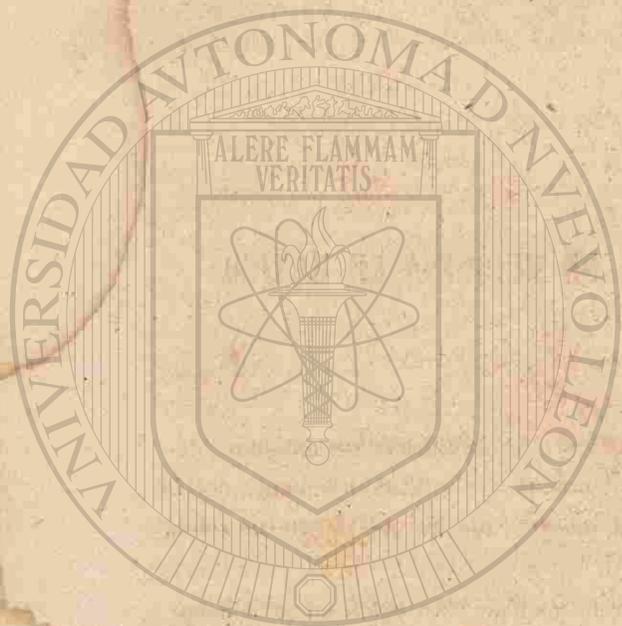
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ANGEL IGLESIAS.

Paris, Marzo de 1868.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





MONSIEUR

LE DOCTEUR CHARLES FAUVEL

Très-honoré maître, confrère et ami,

Attiré par la renommée, bien méritée, de votre clinique laryngoscopique, je m'y suis rendu pour étudier cette nouvelle méthode d'exploration. Je me félicite d'avoir eu cette pensée, puisque j'ai trouvé en vous, non-seulement un laryngoscopiste savant et habile, mais aussi et surtout, un excellent maître et un bon ami. En vous exprimant ici toute ma reconnaissance pour vos utiles leçons, et en vous remerciant infiniment de vos bontés, je ne fais que remplir un devoir bien agréable.

Ayant vu de mes propres yeux, dans votre clinique, les grands avantages de la laryngoscopie, qui non-seulement permet d'étudier sur des données certaines les maladies si importantes de l'organe de la voix, mais

qui ouvre la porte à une thérapeutique rationnelle, et guide la main dans la nouvelle médecine opératoire qu'elle a fait éclore; l'idée m'est venue de vulgariser cette méthode dans mon pays.

A cet effet, j'ai écrit une brochure que je publierai prochainement. Mais, comme dans ce travail j'aurai souvent l'occasion de vous citer et de reproduire, en vous en laissant le mérite, les idées que vous avez sur les maladies laryngiennes, je ne veux pas faire paraître mon petit livre sans savoir si j'ai bien saisi vos pensées et si j'ai eu le bonheur de les exprimer avec justesse.

Or, mon honoré confrère, je vous envoie les notes que j'ai rédigé sur vos leçons, en vous priant de vouloir bien prendre la peine de les examiner à ce point de vue.

Agréez, cher maître et confrère, les sentiments d'affection et de reconnaissance que gardera toujours pour vous, votre ami dévoué,

ANGEL IGLESIAS.

Paris, le 2 avril 1868.

MONSIEUR

LE DOCTEUR ANGEL IGLESIAS

Très-honoré confrère et ami,

Vous n'avez pas à me remercier de l'amitié que je vous ai témoignée et que vous avez bien mérité. Si je vous ai aidé dans vos études, c'est parce que j'ai vu l'assiduité et la grande attention avec lesquelles vous avez suivi ma clinique.

Il ne vous a pas suffi d'être spectateur de mes investigations et d'assister seulement aux opérations; vous avez voulu examiner avec soin et en détail tous les malades de la clinique, faire le diagnostic laryngoscopique par vous-même, et porter dans la région glottique, jusqu'ici inexplorée, des instruments et des caustiques d'une main sûre et ferme.

Vous avez compris de quelle puissante utilité était l'examen laryngoscopique dans les maladies si diverses

et si mal connues de l'organe vocal. Votre tact médical et le désir si légitime d'être un médecin digne de ce beau titre, vous ont fait comprendre toutes les ressources sans nombre que la laryngoscopie ouvrait au champ de la thérapeutique laryngienne.

Vos malades ressentiront bientôt tout le bénéfice de votre expérience et de votre persévérance dans les études laryngoscopiques : ce sera pour vous la plus douce des récompenses.

Permettez-moi de vous remercier du service que vous m'avez rendu en voulant bien rédiger *currente calamo*, et avec fidélité et justesse, mes opinions sur la pathologie laryngienne. Je retrouverai ainsi beaucoup d'idées qui peut-être eussent été perdues sans votre grande obligeance.

Je vous suis également très-reconnaissant de l'insigne honneur que vous me faites en reproduisant mes opinions dans le livre que vous avez écrit dans votre langue natale.

Je ne doute pas que la laryngoscopie ne vous compte parmi ses plus nobles représentants, et j'apprendrai, toujours avec bonheur, tous vos succès dans cette nouvelle branche de l'art de guérir.

Votre tout dévoué et affectionné confrère et ami,
CH. FAUVEL.

Paris, le 6 avril 1868.

PROLOGO

Amante de mi país y de mi profesión, he procurado, las diversas ocasiones que he permanecido en Europa, ponerme al corriente de los adelantos que en ella se hacen en los diversos ramos de la medicina para aumentar mis escasos conocimientos y poder importar á aquel lo que he encontrado de notable y mas provechoso. Animado de esta idea, en 1856 tuve el gusto de introducir en México el *oftalmoscópio* y el método de *Canalización quirúrgica (drainage)* de Chassaignac y de contribuir á vulgarizar la *Constricción lineal* del mismo autor.

El oftalmoscópio, cuyo uso aprendí en la clíni-

et si mal connues de l'organe vocal. Votre tact médical et le désir si légitime d'être un médecin digne de ce beau titre, vous ont fait comprendre toutes les ressources sans nombre que la laryngoscopie ouvrait au champ de la thérapeutique laryngienne.

Vos malades ressentiront bientôt tout le bénéfice de votre expérience et de votre persévérance dans les études laryngoscopiques : ce sera pour vous la plus douce des récompenses.

Permettez-moi de vous remercier du service que vous m'avez rendu en voulant bien rédiger *currente calamo*, et avec fidélité et justesse, mes opinions sur la pathologie laryngienne. Je retrouverai ainsi beaucoup d'idées qui peut-être eussent été perdues sans votre grande obligeance.

Je vous suis également très-reconnaissant de l'insigne honneur que vous me faites en reproduisant mes opinions dans le livre que vous avez écrit dans votre langue natale.

Je ne doute pas que la laryngoscopie ne vous compte parmi ses plus nobles représentants, et j'apprendrai, toujours avec bonheur, tous vos succès dans cette nouvelle branche de l'art de guérir.

Votre tout dévoué et affectionné confrère et ami,
CH. FAUVEL.

Paris, le 6 avril 1868.

PROLOGO

Amante de mi país y de mi profesión, he procurado, las diversas ocasiones que he permanecido en Europa, ponerme al corriente de los adelantos que en ella se hacen en los diversos ramos de la medicina para aumentar mis escasos conocimientos y poder importar á aquel lo que he encontrado de notable y mas provechoso. Animado de esta idea, en 1856 tuve el gusto de introducir en México el *oftalmoscópio* y el método de *Canalización quirúrgica (drainage)* de Chassaignac y de contribuir á vulgarizar la *Constricción lineal* del mismo autor.

El oftalmoscópio, cuyo uso aprendí en la clíni-

ca del Dr. Desmarres, comenzaba entonces á generalizarse en Francia, y ya los resultados que de él se obtenian en aquel país, así como los obtenidos antes en Alemania, auguraban su inmensa utilidad y hacian comprender que este instrumento estaba destinado á dar, como ha dado en efecto, un poderoso impulso al progreso de la oftalmología. Al volver, pues, á México á principios de 1856, no solo dí á conocer el instrumento publicando en la *Union Médica* un artículo en que hacia patentes sus ventajas y manifestaba la manera de emplearlo, sino que reunido en el Hospital de Jesús con los Señores Vértiz, Arámburu, Ortega (Don Aniceto y Don Lázaro) y otros compañeros, tuvimos por algun tiempo ejercicios prácticos de oftalmoscopia.

El ejemplo de estos distinguidos profesores y el refuerzo que tuvo despues el ramo al regresar de Europa mi inteligente amigo D. Manuel Carmona, hacian creer que este método de exploracion se generalizaria prontamente. Mas por desgracia no fue así: su uso ha quedado entre pocas personas; no se enseña en las clínicas, y muchos de los jóvenes que concluyen su carrera, al sufrir su exámen general, apenas conocen el oftalmoscopio. Esto es tanto mas sensible, cuanto que las aplicaciones de este instrumento son cada dia

mayores, y hoy, saliendo por decirlo así de los límites de la oftalmología, ha invadido la medicina general, y ya no es solo el especialista, sino tambien el médico quienes tienen necesidad de emplearlo¹.

Mas afortunado fue el método de canalizacion quirúrgica. Los buenos resultados obtenidos por el Sr. Vértiz y por mí en el hospital de Jesús, animaron á aquel hábil profesor á continuar su aplicacion, y entre los diversos casos felices que en su práctica privada obtuvo con él, hubo uno muy notable de un vasto abceso del hígado que habia resistido á la puncion simple y á otros medios, y que curó radicalmente por la canalizacion. El profesor de clínica interna D. Miguel

¹ En el Congreso oftalmológico internacional reunido últimamente en Paris (Agosto 1867), su presidente el Dr. Graef, invitado por M. Meyer para que diera á conocer una de las recientes y mas notables conquistas del oftalmoscopio dijo: « Que numerosos casos bien observados hacian creer que cuando hay granulaciones en las meninges las hay tambien siempre en la retina, pudiéndose presentar en esta membrana aun antes que en aquellas, de manera que en los casos de meningitis granulosa de difícil diagnóstico, el exámen oftalmoscópico ha permitido fijar este.

En la clínica del Dr. Bouchut, en el hospital de niños, se presentó (en Diciembre de 1867) una afeccion cerebral, cuya naturaleza no era fácil determinar. La existencia de granulaciones en la retina vistas con el oftalmoscopio, permitieron al profesor fijar el diagnóstico que los síntomas posteriores confirmaron plenamente.

Se sabe que las amaurosis diabética y albuminúrica pueden dar á conocer la existencia de estas enfermedades.

Jimenez, que ha hecho un estudio profundo de los absesos del hígado tan frecuentes en México, empleó en ellos á su vez este método y lo continúa usando hasta el dia, felicitándose de sus resultados y recomendándolo en sus lecciones. Con la proteccion de estos prácticos distinguidos, no es extraño que el método se haya generalizado. Ha contribuido á esto por su parte el Sr. D. Manuel Soriano publicando un opúsculo en que hace resaltar sus ventajas.

El método de constricción lineal que ví aplicar al Dr. Chassaignac en el hospital de Lariboisière, llamó mucho mi atención por sus buenos resultados, sobretodo en la estirpacion de tumores hemorroidales; así es que hice un estudio de él en compañía de mi maestro y amigo el Sr. D. Rafael Lucio, quien se encontraba á la sazón en Paris. Este entendido profesor, convencido como yo de la eficacia de dicho método, lo aplicó en numerosos casos á su vuelta á Méjico y publicó el resultado muy favorable de sus operaciones. Pocos meses despues que el Sr. Lucio llegué yo, y procuré vulgarizar el método referido dando á conocer en la Academia de medicina mis observaciones y el buen resultado de mis operaciones, y facilitando mis instrumentos (que no habia

entonces en México) á cuantos compañeros quisieron usarlos.

En mi segundo viaje á Europa mi permanencia en Paris fué corta. No obstante esto, pude, al volver á mi país, hacer conocer las ventajas en ciertas enfermedades del empleo por inhalacion de los líquidos medicinales en un grado de division muy fina ó *pulverizacion* como la llaman los franceses, valiéndome para ello del aparato pulverizador de Luër. Introduje igualmente el laringoscópio que presenté á mis compañeros en una de las sesiones de la comision científica.

Y digo el *laringoscópio* y no la *laringoscopia* porque esta no habia tenido ocasion de estudiarla. Comenzaba á hacerlo en México; pero entregado á mis propios esfuerzos y tratándose de enfermedades de que se presentan pocos casos al que no es especialista, y descontando de ellos los de enfermos susceptibles ó indóciles que no se prestan facilmente á la aplicacion del laringoscopio, mis progresos eran muy lentos.

Hubo una circunstancia que los reanimó. El Dr. Semeleder, práctico en la laringoscopia, que habia aprendido en Viena con Czermak y Türk, la dió á conocer en una de las sesiones de la Comision científica de México, haciendo demostra-

ciones interesantes en su propia laringe. Imitando la manera de proceder de este apreciable compañero, mis estudios empezaron á ser mas fructuosos.

En estas circunstancias he hecho mi tercer viaje á Europa, encontrando en Paris un campo vasto para estudiar el ramo de que vengo tratando.

La clínica laringoscópica del Dr. Fauvel obtiene allí un éxito muy merecido. La práctica, la inteligencia, la habilidad operatoria así como la amabilidad y maneras finas de este profesor, atraen á ella no solamente á un notable número de enfermos sino tambien á muchos discípulos y aun á notabilidades médicas, tanto francesas como extranjeras. A ella me dirigí y no me arrepiento, pues que este digno profesor me ha distinguido con su amistad y facilitado de cuantas maneras le ha sido posible mi estudio.

Colocado con tan buena posicion, me dediqué á este, y testigo de los incuestionables servicios que presta la laringoscopia he querido hacer participar á mi pais de sus ventajas, difundiendo y vulgarizando allí este método.

Para lograrlo, mi primera idea fue la de traducir alguna de las obras publicadas sobre la

materia. Pero algunas de ellas, como la de Czermak, profesor de fisiología de Pesth, están escritas mas bien bajo el punto de vista fisiológico. Otras se estienden mucho en la descripción de aparatos é instrumentos mas ó menos complicados y que presentan poca utilidad en la práctica comun, y por último, casi todos tratan someramente la parte patológica, limitándose á presentar las historias de casos aislados que han observado, sin sacar deducciones generales ni principios doctrinales, y sin dar reglas ningunas para las operaciones laringeas. Me propuse, pues, escribir un libro que, compendiando la descripción de aparatos, exposicion de reglas y aplicaciones fisiológicas, contuviese solo lo mas necesario para la práctica comun de la laringoscopia, y que por otra parte, agrupando los hechos patológicos publicados, hiciese las deducciones que de ellos emanan y sentase algunas reglas para conducirse en las operaciones ejecutadas en la laringe.

Esta empresa era atrevida y cortas mis fuerzas; pero contaba con una firme voluntad y con la idea de que mi buena intencion me captaría la indulgencia de mis compatriotas.

Me puse pues á la obra, y como fruto de mis esfuerzos les presento este libro, que segun he di-

cho, no tiene otra pretension que la de hacer conocer y propagar en mi país un método de exploracion útil, y sobre el cual no se ha hecho allí hasta ahora publicacion ninguna.

Diré ahora cuatro palabras sobre los medios de que me he valido para realizar mi propósito.

He consultado las principales obras que se han publicado en Francia sobre la laringoscopia, ya francesas ó traducidas del alemán, y he podido confirmar prácticamente muchas de sus aserciones antes de utilizarlas en mi publicacion.

A ejemplo de Czermak, me he ejercitado en la auto-laringoscopia, y he podido ver en mi propia laringe el estado normal y estudiar en ella las principales leyes fisiológicas.

No contento con asistir á la clínica del Dr. Fauvel, he concurrido y visto operar á otros laringoscopistas notables de Paris, como son los Sres. Moura, Krishaber y Fournié.

Siendo la clínica del Dr. Fauvel una de las que visitan casi todos los médicos extranjeros que van á Paris, he tenido ocasion de conocer allí y de ver aplicar el laringoscópio á los célebres especialistas Czermak (de Viena), Morell-Mackenzie (de Lóndres) y Schmidt (de Francfort).

He tenido á la vista los aparatos iluminadores que describo, y los he empleado comparativamente para poder hacer de ellos una apreciacion exacta y razonada.

En la clínica del Dr. Fauvel he podido examinar por mí mismo los enfermos y recojer las observaciones mas importantes.

Séame permitido dar aquí un testimonio público de mi gratitud al Dr. Fauvel por el bondadoso y amigable comportamiento que ha tenido para conmigo. No se ha contentado solo con darme sus sabias lecciones y sus consejos prácticos, sino que me ha permitido examinar, como he dicho, todos los enfermos de su clínica; me ha llevado á ver en su clientela privada algunos casos notables, ó me ha hecho asistir á algunas operaciones, y ha puesto además á mi disposicion su interesante album de dibujos de los casos patológicos que ha observado ó curado. Conservaré siempre una sincera amistad á este digno profesor.

Debo igualmente gratitud al Dr. Libermann, jefe de su clínica y mi buen amigo y compañero de estudios, quien me ha ayudado eficazmente en mis trabajos, traduciéndome los pasajes mas notables de las obras alemanas que tratan del ramo de que me ocupo.

No obstante las precauciones de que me he rodeado para desempeñar bien la tarea que me impuse, estoy convencido de que no he hecho un libro completo ni didáctico; pero por incompleto que sea, conservo la ilusión de que será de utilidad en la práctica, aliviando ó salvando algunos enfermos, y de que contribuirá á hacer dar á las ciencias médicas, en mi pais, un paso mas en la senda del progreso.

ANGEL IGLESIAS.

Paris, Abril de 1868.

INTRODUCCION

La luz, este fluido maravilloso é indispensable á todo sér viviente, es para el médico un auxiliar precioso en el conocimiento de las enfermedades. Sin él se veria privado de los datos numerosos que para resolver el difícil problema del diagnóstico le suministra el sentido de la vista; el pronóstico y terapéutica se resentirian de esta falta, y la medicina operatoria vendria por tierra. No es de extrañar por lo mismo que desde tiempos remotos los médicos hayan hecho grandes esfuerzos por llevar la luz á órganos en los que antes tenia prohibida la entrada para hacerlos caer de esta manera bajo el dominio de la vista.

Estos esfuerzos han sido mas notables y asiduos

No obstante las precauciones de que me he rodeado para desempeñar bien la tarea que me impuse, estoy convencido de que no he hecho un libro completo ni didáctico; pero por incompleto que sea, conservo la ilusión de que será de utilidad en la práctica, aliviando ó salvando algunos enfermos, y de que contribuirá á hacer dar á las ciencias médicas, en mi pais, un paso mas en la senda del progreso.

ANGEL IGLESIAS.

Paris, Abril de 1868.

INTRODUCCION

La luz, este fluido maravilloso é indispensable á todo sér viviente, es para el médico un auxiliar precioso en el conocimiento de las enfermedades. Sin él se veria privado de los datos numerosos que para resolver el difícil problema del diagnóstico le suministra el sentido de la vista; el pronóstico y terapéutica se resentirian de esta falta, y la medicina operatoria vendria por tierra. No es de extrañar por lo mismo que desde tiempos remotos los médicos hayan hecho grandes esfuerzos por llevar la luz á órganos en los que antes tenia prohibida la entrada para hacerlos caer de esta manera bajo el dominio de la vista.

Estos esfuerzos han sido mas notables y asiduos

en estos últimos años; pero tambien mas fructuosos, y las victorias obtenidas en esta lucha de la luz contra las tinieblas, justifican, en lo físico como en lo moral, el título de *Siglo de las luces*, que se ha dado al en que vivimos.

Felizmente la física ha sido un aliado poderoso del médico, y gracias á su cooperacion y á sus progresos, hoy con los espejos, los lentes y los prismas se concentra ó se dispersa la luz, se la descompone ó recompone, se cambia su direccion; en una palabra, se la hace *malleable* y se la lleva al punto que se desea.

El descubrimiento de Recamier, ó mejor dicho, la resurreccion del espejo uterino¹ hizo llegar la luz al fondo de la cavidad vaginal y al cuello del útero, y no obstante las críticas que ocasionó al principio y que son inherentes á todo nuevo descubrimiento, aquel instrumento ha prestado grandes servicios á la medicina y en el dia es de un uso indispensable en las enfermedades del órgano de la gestacion.

A imitacion del de útero se inventaron los espe-

¹ En las excavaciones hechas en Pompeya, ciudad cubierta hace cerca de dos mil años por las lavas del Vesubio, se ha encontrado en la casa llamada *del Cirujano*, entre otros instrumentos de cirugía, un espejo de útero de un mecanismo muy semejante al de los inventados en Francia, y por los que se han concedido patentes de invencion.

jos de ano, de oidos y de boca que sirven para iluminar y explorar estos órganos.

Pero habia otros como el del ojo, la vejiga urinaria, la larinje y las vísceras contenidas en las cavidades del pecho y vientre que se creian inaccesibles á la luz¹. En el ojo, los esfuerzos de los oculistas no habian logrado hacerla pasar del iris; pero ni dispersa ni concentrada habia podido abrirse paso al través de la pupila que permanecia constantemente negra. Al genio de Helmholtz toca haber destruido ese *non plus ultra* y hecho desaparecer esa barrera de la luz con la invencion de su *oftalmocópio*.

El impulso que este descubrimiento dió á los progresos de la oftalmologia es evidente. La vaguedad que antes reinaba en las amaurosis, glaucoma y demás enfermedades del segmento posterior del ojo, y no obstante los concienzudos estudios que sobre ellas habian hecho personas de mérito, va desapareciendo y dando lugar á nociones mas

¹ Hé aqui, respecto de la laringe, cómo se espresaba en 1857 una persona bien competente, el Dr. Trousseau, en su *Tratado práctico de la tisis larinjea* (página 121): « En cuanto á la glotis, se halla situada á tal profundidad y de tal manera que es *imposible* explorarla, aun sobre el cadáver, con el espejo; con mayor razon no podria hacerse sobre el vivo en el que su introduccion produce náuseas y esfuerzos convulsivos aun en aquellos que se han habituado ya á él »

claras y precisas sobre la causa de dichas enfermedades. Al ver hoy el oculista con su oftalmoscópio una apoplejia por rotura de los vasos de la retina, un edema sub-retiniano, una atrófia del nervio óptico, un cisticercos desarrollado dentro del ojo¹ ó una fuerte compresion intra-ocular manifestada por el hundimiento de la papila y las lesiones de los vasos, etc.; tiene perfectamente marcadas sus indicaciones, sabe el camino que debe seguir para llenarlas y empleará un tratamiento racional, y por lo mismo mas eficaz, ó bien evitará al enfermo las penalidades de una medicacion vigorosa, si las lesiones que ve son de naturaleza incurable.

No contentos los médicos con el espejo de oidos, que solo hace ver el conducto auditivo esterno y con dificultad la membrana del tímpano, han inventado el *otoscopio*, que con las modificaciones hechas últimamente hace penetrar una gran cantidad de luz al oido, dejando ver no solo la membrana del tímpano y sus vasos, sino aun, á traves

¹ Al oftalmoscópio se debe el conocimiento de esta enfermedad que es mas frecuente de lo que se cree. El Dr. Graefe, enseñó en el Congreso oftalmológico internacional, reunido el año pasado en Paris, un cisticercos que habia estraído recientemente de un ojo y que era el décimo tercero que veia en su práctica.

de ella, la cadena de huesecillos y algunos derrames de la oreja média. Además, por la rinoscopia se pueden ver las trompas de Eustaquio y una parte del conducto auditivo interno: así pues, la luz penetra cuanto es posible en el oido.

El *stomatoscopio* de Bruck, modificado por Luér y usado ya por varios dentistas, permite ver por transparencia los dientes, sus raices y los apófisis alveolares.

En 1856 fuí testigo de los primeros ensayos que se hicieron en Paris para ver la vejiga por medio del *endoscópio*. Este instrumento perfeccionado, ha permitido ya ver cálculos enquistados y otras enfermedades de la vejiga, cuyo diagnóstico no habia podido establecerse con precision sin este instrumento.

La iluminacion de los órganos contenidos en el pecho y abdómen está aun en estado de ensayo¹, pero no será estraño que con el tiempo se

¹ En una de las sesiones del Congreso médico internacional se hicieron, por el Dr. Millaud, esperimentos de la iluminacion por transparencia de las cavidades del pecho y vientre, introduciendo en perros vivos y en un cadáver humano, tubos de cristal, uno por la boca hasta el estómago y otro en el recto lo mas profundamente posible, y haciendo pasar en ellos unos alambres de platina recorridos por la corriente de una fuerte pila. La luz desarrollada por la electricidad en los alambres, era bastante intensa para poderse distinguir la forma y posicion de los principales órganos internos.

perfeccione y pueda dar resultados útiles para la práctica.

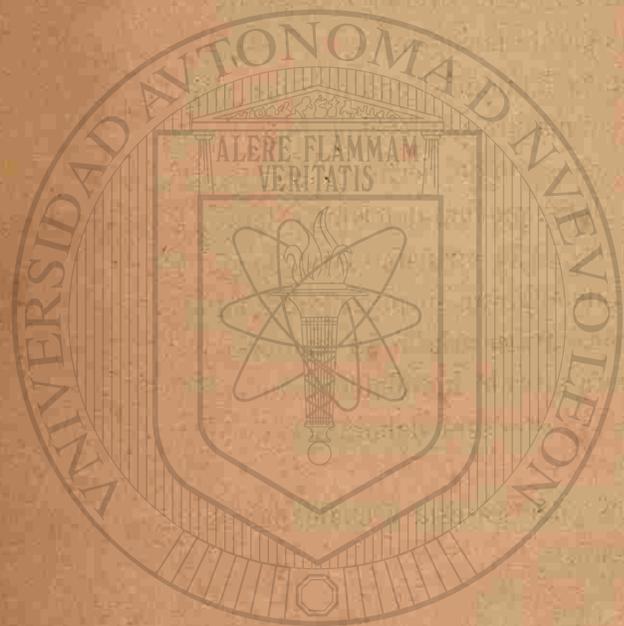
Por último, la larinje ha sido á su vez iluminada y explorada por medio del *laringoscópio*. Este instrumento es á ella lo que el oftalmoscópio es al ojo: permite ver el órgano, estudiar su estado normal y conocer las lesiones de que se halla afectado. Tiene además una ventaja el espejo laringeo sobre el oftalmoscópio, y es, que no solamente permite llevar á la larinje la vista sino tambien los instrumentos, y guia la mano en las diversas operaciones que sus enfermedades reclaman.

Esto solo bastaria para justificar la utilidad de la laringoscopia; pero aun hay otras consideraciones que la hacen resaltar mas. Antes de la invencion de este método exploratorio, el diagnóstico de los tumores de diversa naturaleza que sobrevenian en el órgano vocal, estaba fundado esclusivamente en signos puramente funcionales y que eran casi los mismos para todas las afecciones laringeas: ronquera, afonia, tos, disnea, sofocacion; no habia, para distinguirlas mas que las consideraciones deducidas del estado general y la constitucion del individuo. De aquí provenian errores de diagnóstico muy frecuentes. Pero hoy, gracias al laringoscópio no puede haber ya esta

confusion, pues es fácil al médico ejercitado reconocer la naturaleza y el sitio preciso de una enfermedad del aparato laríngeo.

La experiencia ha demostrado que los pólipos de la larinje son mas frecuentes de lo que se creia, y que cuando estos son de cierto volúmen y están situados en la glotis, pueden determinar la muerte por asfixia. Pues si el cirujano ayudado del espejo laringeo puede llevar su pinza sobre aquella produccion para arrancarla ó su cauterio para destruirla, habrá salvado indudablemente la vida de su enfermo, y esto será debido á la laringoscopia.

Veamos pues cuál sea esta y cuáles las reglas para su aplicacion.



DE LA
LARINGOSCOPIA

CAPITULO PRIMERO

DE LA LARINGOSCOPIA

ARTÍCULO PRIMERO

Definición. — Bosquejo histórico. — Laringoscópio.

Al arte de explorar la laringe se le ha dado el nombre de *laringoscopia* y al instrumento usado para ello el de *laringoscópio*.

Senn (de Ginebra) fue quien, en 1827, concibió la idea de ver la laringe por medio de un espejo pequeño introducido en la faringe; pero los obstáculos que encontró no le permitieron realizarla. Después de él se hicieron tentativas en este sentido, aunque siempre infructuosas, por Bennati, Trousseau y Belloc, Babington y Beaumés (de Lyon).

Liston, médico inglés, fue el primero que en 1840 llevó á cabo la idea de Senn usando un espejo « semejante al de los dentistas » y viendo con él algunas veces la laringe¹.

En 1855 D. Manuel García, español y profesor de canto en Londres, se sirvió del mismo medio para ver su propia glotis y estudiar las modificaciones que experimentaba en el acto del canto, y publicó sus interesantes observaciones fisiológicas².

A este autor y á Liston debe pues considerárseles como los creadores de la laringoscopia.

Pero sea por las dificultades que presenta esta en la práctica ó por otros motivos, el hecho es que este descubrimiento quedó por largo tiempo infecundo.

En 1857 el Dr. Türk, médico del hospital general de Viena, resucitó el exámen de la laringe por el método Liston-García, aplicándolo primero en cadáveres y luego en diversos enfermos de su clínica, inventando diversos espejos y sirviéndose de la luz del sol.

Pero estos esfuerzos permanecieron aislados, y el mismo autor, desanimado, los había suspendido ó abandonado, cuando en 1858 el Sr. Czermak, profesor de fisiología en la Universidad de Pesth, comprendiendo toda la importancia de la laringoscopia, se dedicó á su estudio, y para no verse obligado á interrumpirlo por

¹ *Practical Surgery*. London, 1840.

² *Observations on human voice*. The London, Edinburgh and Dublin, *Philosop. Magazine*, t. X, 1855.

los días nublados del invierno ó por las noches, imaginó servirse de la luz artificial, primero simple y luego concentrada por diversos aparatos. No contento con publicar en Viena el resultado de sus estudios y observaciones, ha trabajado activamente este profesor en generalizar el uso de la laringoscopia, haciendo resaltar sus ventajas ante varias sociedades científicas en Pesth, Leipsick, Berlin, Breslau y Paris, haciendo ver en ellas en su propia laringe, conformada ventajosamente, la demostracion de diversas leyes fisiológicas del aparato de la voz. A Czermak se debe pues considerar, sin duda alguna, como el propagador de la laringoscopia.

El impulso dado por él á este método no ha sido estéril, y lo prueban los trabajos y publicaciones que sobre este asunto se han emprendido por los Sres. Türk, Czermak, Semeleder, Lewin, Von Bruns, Voltolini y Schmidt en Alemania, Morell-Mackenzie en Inglaterra, Halbertsma en Holanda, García, Mandl, Moura-Bourouillou, Fauvel, Cousco, Ch. Bataille, Fournié y Verneuil en Francia.

Laringoscópio. Para aplicar la laringoscopia se necesita una viva luz (natural ó artificial) y un espejo pequeño que, introducido en el fondo de la boca, ilumine y haga ver en él la imájen de la laringe. Este espejo constituye realmente el *laringoscópio*. El mas generalmente usado es plano, de vidrio estañado ó bien metálico, de forma cuadrada y ángulos redondeados, de 2 á 3 cent. por lado y fijo por uno de sus ángulos á una varilla

metálica recta de 12 á 15 cent. de longitud y con la que forma un ángulo de 120° , estando el mismo espejo inclinado también bajo un ángulo de 45° . La varilla entra en un mango de madera perforado longitudinalmente para recibirla y en cuya parte superior hay un tornillo que la fija (fig. 1). La forma del espejo ha

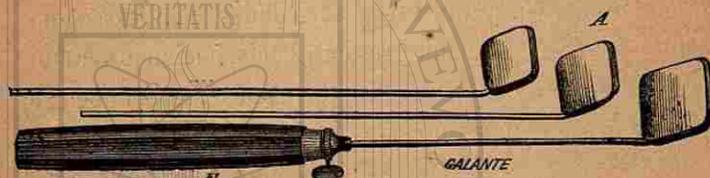


Fig. 1.

A. Laringoscópios.

F. El mismo instrumento montado en su mango.

variado: Türk los prefiere ovales ó redondos, pero la generalidad de los laringoscopistas los usan cuadrados, pues estos presentan mayor superficie para que se pinte la imájen. El tamaño ha dado lugar á discusiones, pues mientras unos los quieren grandes, otros por el contrario les dan dimensiones muy exiguas. Los muy pequeños tienen el inconveniente de dar una imájen parcial y no permiten ver el conjunto de la glotis: los muy grandes ofrecen ventajas al observador, á quien le presentan imágenes amplias; pero son difíciles de colocar en la garganta y molestan á los enfermos causándoles náuseas y provocando la tos: los de tamaño mediano (de 18 mil. á 2 cent.) son los mas convenientes. Sin embargo, como es diversa la confi-

guracion del istmo de la garganta en las distintas personas y la susceptibilidad de ellas, es conveniente tener espejos de diferentes tamaños para aplicar el que convenga segun los casos.

En rigor, puede cambiarse la forma, materia y volumen del espejo, pues una vez conocido el objeto para que está destinado, este puede llenarse con laringoscópios diferentes, segun la costumbre ó idea del observador. Las condiciones que deben llenar son estas: que su tamaño sea suficiente para que se pinte en él la totalidad de la imájen laríngea sin que moleste al paciente; que tenga cierto grueso para que conserve el calor y no se empañe con la respiracion; que se articule oblicuamente en ángulo obtuso de 120° con la varilla para que quede esta á un lado de la boca y no obstruya el campo visual cuando aquel esté colocado en la garganta; y por último, que el plano del espejo forme con el horizontal de la varilla y mango un ángulo de 45° .

Notando que los espejos de vidrio á poco tiempo de uso se opacan en su periferia por la saliva que penetra entre ellos y la cubierta de metal que los contiene, por bien encaquillados que estén, he ideado y mandado construir unos de acero pulido, encaquillados en una lámina gruesa de caoutchuc endurecido, convexa en su cara posterior y con la varilla y mango de la misma sustancia. Además de impedir la opacidad indicada, encuentro á estos laringoscópios las ventajas

siguientes : no están sujetos á romperse como los de vidrio ; siendo el caoutchuc mal conductor del calórico conservará este mas tiempo al espejo ; su cara posterior convexa y lisa molestará menos las partes que toque, y pudiendo el caoutchuc ablandarse por el calor será fácil variar el ángulo que forma el espejo con la varilla y aun cambiar la forma de esta segun convenga.

ART. II

Luz natural. — Luz artificial. — Paralelo entre ellas. — Aparatos iluminadores.

LUZ SOLAR. Esta puede bastar en muchos casos para ver la laringe, pero no la difusa sino la directa, haciendo penetrar los rayos del sol al fondo de la boca del paciente colocada de una manera conveniente. Sin embargo, como la posicion profunda de la laringe y la superficie relativamente pequeña del espejo no permiten utilizar toda la luz que llega á la garganta y solo una parte de ella (la reflejada por el espejo), penetra hasta la laringe, esta exige para iluminarse bien una luz muy viva y por esto es necesario, aun cuando se prefiera la del sol, concentrarla por medio de aparatos. Los que se usan con este fin son ó gruesas lentes, ó mejor espejos cóncavos. El reflector de Czermak, que describiremos mas adelante y que no es mas que el oftalmoscopio de Ruette amplificado, llena perfectamente este objeto.

LUZ ARTIFICIAL. Pero no siempre tiene uno á su disposicion la luz del sol, y por esto Czermak, deseando hacer sus estudios continuos y prolongarlos á voluntad, ideó, como hemos dicho, el emplear la luz artificial valiéndose de las lámparas comunes. Encontrando poco intensa la de estas inventó concentrarla con su reflector y asi lo hace hasta el dia. Otros autores han hallado ventajas en concentrarla de otra manera y han imaginado con este fin diversos aparatos de que trataré despues.

LUZ ELÉCTRICA, LUZ DEL MAGNESIO, LUZ DE DRUMMOND. No encontrando la luz de las lámparas, ni aun concentrada, bastante viva, han recurrido algunos laringoscopistas á la luz eléctrica, á la producida por la combustion del magnesio ó bien á la llamada de Drummond del nombre de su inventor, y la cual se obtiene por la combustion de la creta (carbonato de cal) por una corriente de oxígeno y de hidrógeno carbonado. Las dos primeras presentan dificultades serias para su aplicacion en la práctica ordinaria : la tercera es de mas fácil uso, y la emplea hace dos años y con notables ventajas el Dr. Fauvel en su clínica.

PARALELO ENTRE LA LUZ NATURAL Y LA ARTIFICIAL. La luz del sol es tan blanca, tan intensa, tan pura, que parece que se la injuria al compararla con la artificial, que no hace mas que suplirla imperfectamente sin poderla igualar; pero como hemos dicho, no siempre la tenemos, y sin hablar de las noches, con

siguientes : no están sujetos á romperse como los de vidrio ; siendo el caoutchuc mal conductor del calórico conservará este mas tiempo al espejo ; su cara posterior convexa y lisa molestará menos las partes que toque, y pudiendo el caoutchuc ablandarse por el calor será fácil variar el ángulo que forma el espejo con la varilla y aun cambiar la forma de esta segun convenga.

ART. II

Luz natural. — Luz artificial. — Paralelo entre ellas. — Aparatos iluminadores.

LUZ SOLAR. Esta puede bastar en muchos casos para ver la laringe, pero no la difusa sino la directa, haciendo penetrar los rayos del sol al fondo de la boca del paciente colocada de una manera conveniente. Sin embargo, como la posicion profunda de la laringe y la superficie relativamente pequeña del espejo no permiten utilizar toda la luz que llega á la garganta y solo una parte de ella (la reflejada por el espejo), penetra hasta la laringe, esta exige para iluminarse bien una luz muy viva y por esto es necesario, aun cuando se prefiera la del sol, concentrarla por medio de aparatos. Los que se usan con este fin son ó gruesas lentes, ó mejor espejos cóncavos. El reflector de Czermak, que describiremos mas adelante y que no es mas que el oftalmoscopio de Ruette amplificado, llena perfectamente este objeto.

LUZ ARTIFICIAL. Pero no siempre tiene uno á su disposicion la luz del sol, y por esto Czermak, deseando hacer sus estudios continuos y prolongarlos á voluntad, ideó, como hemos dicho, el emplear la luz artificial valiéndose de las lámparas comunes. Encontrando poco intensa la de estas inventó concentrarla con su reflector y asi lo hace hasta el dia. Otros autores han hallado ventajas en concentrarla de otra manera y han imaginado con este fin diversos aparatos de que trataré despues.

LUZ ELÉCTRICA, LUZ DEL MAGNESIO, LUZ DE DRUMMOND. No encontrando la luz de las lámparas, ni aun concentrada, bastante viva, han recurrido algunos laringoscopistas á la luz eléctrica, á la producida por la combustion del magnesio ó bien á la llamada de Drummond del nombre de su inventor, y la cual se obtiene por la combustion de la creta (carbonato de cal) por una corriente de oxígeno y de hidrógeno carbonado. Las dos primeras presentan dificultades serias para su aplicacion en la práctica ordinaria : la tercera es de mas fácil uso, y la emplea hace dos años y con notables ventajas el Dr. Fauvel en su clínica.

PARALELO ENTRE LA LUZ NATURAL Y LA ARTIFICIAL. La luz del sol es tan blanca, tan intensa, tan pura, que parece que se la injuria al compararla con la artificial, que no hace mas que suplirla imperfectamente sin poderla igualar; pero como hemos dicho, no siempre la tenemos, y sin hablar de las noches, con

frecuencia nos vemos privados de ella por los días nublados, por la estacion de las lluvias, por la situacion de las casas ó la disposicion desfavorable de las habitaciones, etc. La difusa no es suficiente para obtener una buena imágen: la directa presenta el inconveniente, si la exploracion se prolonga, de molestar con su calor al enfermo y al médico, á menos que no se recibieran únicamente los rayos necesarios para iluminar la boca, lo cual exigiria condiciones no fáciles de llenar en todas ocasiones.

La luz artificial tiene la inmensa ventaja de hallarse siempre á nuestra disposicion; pero ofrece en cambio otros inconvenientes, siendo el principal de ellos la necesidad de concentrarla por medio de instrumentos. La producida por nuestras lámparas tiene además la desventaja de ser mas ó menos roja y comunicar este color á las partes que se examinan, pudiendo esto inducir á error á las personas poco prácticas haciéndolas juzgar mal de la *coloracion* que, como se sabe, es uno de los elementos importantes del diagnóstico en varias enfermedades y muy especialmente en las inflamaciones. La luz del petróleo presenta en menor grado este inconveniente. Las luces eléctrica, del magnesio y de la cal escapan á él, pero segun vimos son menos fáciles de obtenerse.

De lo dicho podemos inferir que, cuando se pueda disponer igualmente de la luz natural ó de la artificial, debe preferirse sin vacilar la primera, sobre todo

si la exploracion es de corto tiempo ó puede hacerse sin gran molestia: en todos los demas casos necesitamos recurrir á la artificial.

APARATOS ILUMINADORES Ó CONCENTRADORES DE LA LUZ. No describiré todos los que se han inventado ni seguiré la historia de sus progresos porque esto me conduciría lejos y además seria inútil para mi objeto: me limitaré á tratar de los principales, deteniéndome sobre todo en los que son de un uso mas comun.

Reflector de Czermak (lám. 1, pág. 29). Este autor, en sus primeros ensayos se servia simplemente de la llama de un quinqué: entre ella y su boca bien abierta colocaba un espejo cuadrangular que le servia al mismo tiempo para ver las partes que trataba de examinar y para defender sus ojos de la accion de la luz. Pronto se convenció de la insuficiencia de esta iluminacion y recurrió entonces al oftalmoscópio de Ruelle que modificó lijeramente constituyendo su *reflector*. Consiste este en un espejo cóncavo, de forma circular, de un diámetro de 8 á 10 centim. y una distancia focal de 20 á 30 centim.; en el centro presenta un agujero de 7 milim. de diámetro ó bien un espacio no estañado de la misma estension; está fijo en las estremidades de su diámetro transverso á un medio anillo metálico paralelo á la circunferencia inferior del espejo y que le permite girar alrededor de este diámetro; del centro del anillo parte una varilla metálica que se introduce en un mango de madera atravesando una pequeña

esfera metálica que tiene en su estremidad y en la que se fija la varilla por medio de un tornillo.

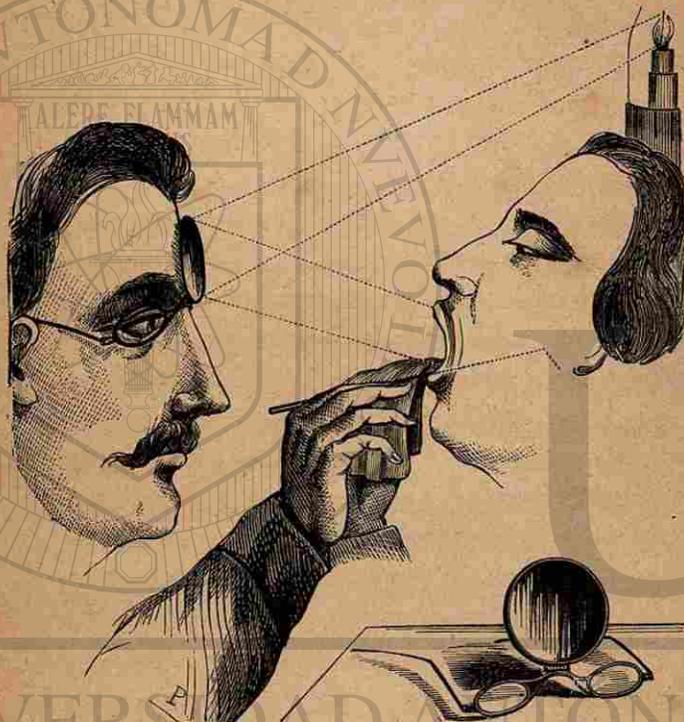


Fig. 2. — Reflector aplicado con la luz artificial. El espejo está sostenido por los anteojos del Dr. Semeleder.

Esta disposición se le dá cuando se quiere, en el momento de su aplicación, tenerlo con una mano; pero si se desea tener libres ambas manos, como sucede cuando hay que hacer alguna operación, entonces

Czermak, en lugar de articular el mango en la dirección de la varilla, coloca á aquel formando un ángulo recto con esta, que introduce en un agujero que presenta en este sentido la esfera metálica y en la que se fija por el mismo tornillo. Toma entonces el mango entre los dientes de modo que el espejo quede delante de uno de los ojos á una altura tal que pueda ver por el agujero central (véase lámina 1).

Kramer prefiere fijarlo por medio de una fuerte cinta, que pasando alrededor de la cabeza se fije atrás de ella por una hebilla.

Fournié lo fija por un resorte que pasa sobre la cabeza y termina por una pelota que apoya sobre el occipital.

El Dr. Semeleder coloca el espejo en un esqueleto de anteojos, lo que es mas cómodo y ofrece la ventaja de poder aplicar delante de la abertura de aquel lentes adecuadas á la vista del observador. Con este mismo aparato se puede colocar el espejo de manera que quede en medio de la frente, y los ojos estén libres para ver debajo de él y gozar de este modo de la vision binocular. (fig. 2.)

Aparato de Moura (fig. 5). Este señor concentra la luz por medio de una lente bi-convexa ó plano-convexa de 4 á 7 centím. de diámetro y una distancia focal que varia entre 5 y 15 centím. Esta se halla colocada en la parte inferior de un espejo plano de forma elíptica de 10 á 11 centím. en su diámetro vertical y 5 á 6 en

el transverso. Se fija por medio de un tornillo al extremo de una varilla, la cual presenta en su medio

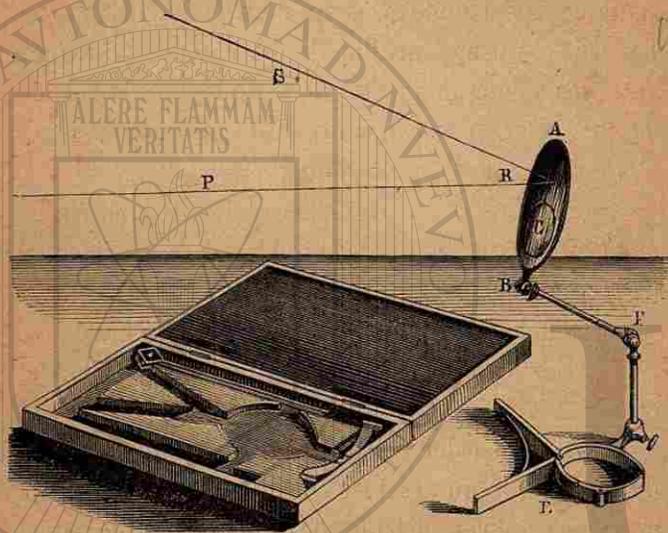


Fig. 3. — Aparato iluminador de M. Moura.

- A. Espejo auto-laringoscópico.
 C. Lente convergente.
 B. Articulacion de esta con el porta-lente.
 F. Cozne que permite cambiar la direccion del porta-lente.
 E. Anillo que sirve para fijar el aparato en un quinqué.
 R.S. Rayo solar.
 R.P. Rayo reflejado.

una articulacion que permite á sus dos mitades moverse la una sobre la otra: el otro extremo de esta varilla ó porta-lente se articula á un anillo metálico que se fija en una lámpara. Este está dividido en dos mitades provista cada una de una pata y estas, separadas entre sí por un fuerte resorte, mantienen

cerrado el anillo: aproximándolas se abre el anillo mas ó menos para aplicarlo al tubo de cualquiera quinqué, al que queda sólidamente fijado con solo abandonar la presion de ellas. En el semi-anillo

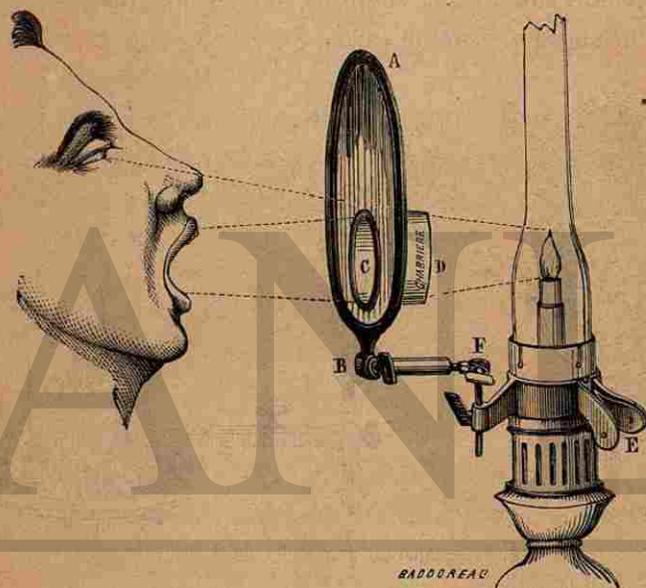


Fig. 4. — Aparato de M. Moura, aplicado.

- A. Espejo.
 CD. Lente.
 BFE. Porta-lente y anillo fijador.

opuesto al en que se articula el porta-lente, se fija un arco metálico que ofrece una ranura en la cual se coloca un carton negro que defiende los ojos del observador de la luz del quinqué.

Para aplicar este aparato se comienza por fijar el anillo sobre el tubo del quinqué; se articula en seguida en ángulo recto el espejo en un extremo del porta-lente, y el otro extremo de este en el conducto que presenta el anillo al que se fija con un tornillo; se coloca, por último, del otro lado del quinqué el arco metálico provisto del carton negro. (Fig. 4).

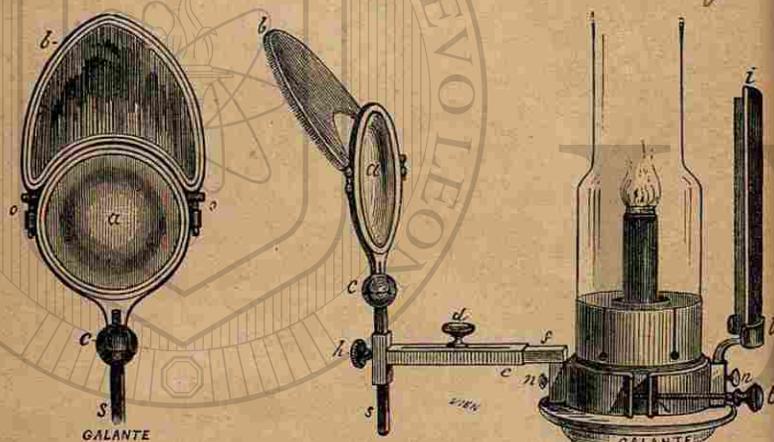


Fig. 5. — Aparato iluminador de M. Fauvel.

- a. Lente bi-convexa.
- b. Espejo auto-laringoscópico que entra en la armadura de la lente por dos pequeños pivotes que le permiten inclinarse sobre ella.
- c. Articulación que sirve para inclinar la lente.
- d. Eje que entra en el porta-lente al que se fija por un tornillo h.
- e. Porta-lente que resbala sobre la pieza f para variar la distancia entre la lámpara y el espejo fijándose á la distancia que se desea, por el tornillo d.
- f. Ranura metálica para colocar el carton i, y la cual se fija al anillo, así como el porta-lente por unos tornillos de presión n n.
- g. Tornillo que acerca ó aleja las dos partes del anillo, para fijarlo á la lámpara.

La lente concentra los rayos que se hacen caer al fondo de la garganta. El espejo, cuya cara estañada

debe estar dirigida hácia el sujeto observado, sirve para la autolaringoscopia ó bien para que el enfermo, mirando su garganta en él, pueda mantenerla siempre iluminada.

Aparatos de Fauvel. Este autor ha inventado dos: el primero está fundado en el mismo principio que el de Moura, al que es muy semejante. Está compuesto (fig. 5) de una lente bi-convexa encasquillada en un círculo metálico que ofrece en su parte inferior un gozne que le permite inclinarse mas ó menos, y en su parte superior un espejo plano en forma de media luna, movable sobre la lente. Este instrumento está sostenido por un collar metálico formado de dos semi-círculos que pueden aproximarse ó alejarse uno de otro por medio de dos tornillos colocados á los lados. Este mecanismo permite aplicarlo á quinqués de diversos calibres. A este collar se fija el porta-lente, formado de dos piezas que resbalan la una sobre la otra por una corredera, lo que permite alejar ó acercar la lente al quinqué fijándola á la distancia que se desea por un tornillo que une las dos piezas del porta-lente. (Fig. 6.)

2º *Aparato de Fauvel.* (Fig. 7.) Este tiene por objeto no solo utilizar para la exploracion cierta cantidad de luz concentrada, sino tambien evitar la difusion de la restante, para que estando la pieza á oscuras sea mas notable la que se dirige á la boca del enfermo. Consiste en tres tubos metálicos ennegrecidos y colocados uno



Fig. 6. — Aplicacion del aparato de M. Fauvel.

dentro de otro, de manera que puedan deslizarse como los de un anteojo de larga vista. Estos se aplican á

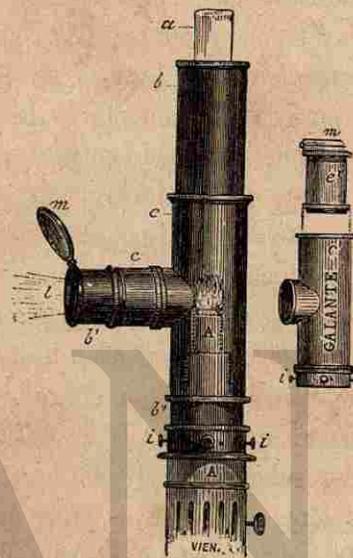


Fig. 7. — Aparato iluminador de tubos de M. Fauvel.

AA. Lámpara.

b, c y b'. Tubos verticales que entran mas ó menos unos dentro del otro y se fijan al quinqué por tornillos de presión *ii*.

b' c. Tubos horizontales que presentan el mismo mecanismo que los verticales y se fijan á ellos.

l. Lente.

m. Espejo auto-laringoscópico.

La figura de la derecha representa el mismo aparato desmontado y en vía de reducirse á su mas pequeño volumen.

cualquier quinqué, que cubren completamente, y en el que se aseguran por unos tornillos de presión colocados en la parte inferior; al centro del tubo exterior se fijan horizontalmente otros dos tubos mas pequeños y que deslizan igualmente uno sobre otro;

el interior de estos lleva en su estremidad una lente plano-convexa, arriba de la cual hay un espejo plano del mismo diámetro que ella y sobre la cual puede inclinarse mas ó menos y aun cubrirla completamente para defenderla cuando el aparato no está en uso. En este caso puede este desmontarse desatornillando los tubos horizontales, haciendo entrar uno dentro del otro y colocándolos dentro de los verticales, que se reducen igualmente á su mas pequeño volumen, quedando así el instrumento muy portátil.

Para emplearlo, se fijan los tubos horizontales sobre los verticales, se aseguran estos á un quinqué con los tornillos, se levanta el espejo que cubre la lente colocándolo de manera que se pueda el observado mirar la garganta y se sube ó baja el tubo horizontal hasta que quede la lente frente de la llama del quinqué, aproximándola ó alejándola de ella para hacer que el foco de sus rayos llegue al fondo de la boca.

Aparato de Krishaber. (Fig. 8 y 9.) Este autor obtiene una luz intensa valiéndose de un reflector y una lente convergente. El reflector es un espejo metálico circular y cóncavo, de 5 cent. de diámetro y 3,50 ó 4 cent. de distancia focal; uno y otro se fijan por medio de tornillos á las partes opuestas de un anillo metálico, cuyas dos mitades unidas por resortes que se encuentran á los lados, permiten, comprimiéndolos, abrir mas ó menos aquel para colocarlo en un quinqué.

Si se quiere usar este aparato, se comienza por montar el anillo en el tubo del quinqué, un poco abajo de la llama; se fija luego el reflector en el lado

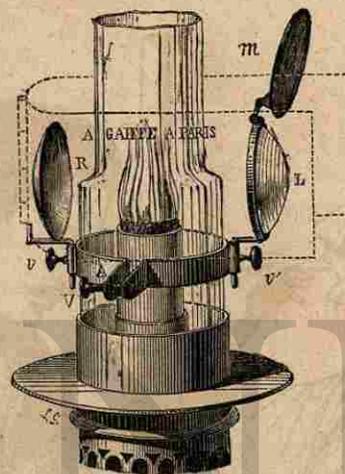


Fig. 8. — Aparato de M. Krishaber montado.

- A. Anillo fijador.
- R. Reflector.
- L. Lente.
- m. Espejo plano.
- V. Tornillo que une los dos lados del anillo.
- V. V. Tornillos para fijar sobre este la lente y el reflector.

correspondiente del anillo, cuidando de que quede frente á la llama y mirándola por su concavidad; del otro lado de la llama y tambien frente de ella, y por consiguiente del reflector, se coloca la lente con su cara convexa dirigida hácia el sujeto observado. El reflector y la lente estan dispuestos de manera que la llama queda en el foco principal de ambos.

Tiene tambien el aparato, para la autolaringoscopia, un espejo plano, circular, del mismo diámetro que la lente, arriba de la cual se fija en una ranura que presenta el anillo metálico á que está encasqui-



Fig. 9. — Aparato de M. Krishaber, funcionando.

- A. Espejo reflector cóncavo.
 B. Lente plano-convexa.
 C. Espejo auto-laringoscópico.
 D. Anillo que fija el aparato al quinqué.

llada y en la que entra forzadamente para poder conservar la posición mas ó menos inclinada que se le dé. Un carton negro que se coloca detras del reflector en una ranura metálica que tiene este, y sirve para defender los ojos del observador y absorber la luz excedente, completa el aparato. (Fig. 8.)

Aparato de Mandl (Fig. 10). Es muy semejante al anterior, del que solo se diferencia por su mayor sencillez que lo hace muy portátil y porque el reflector

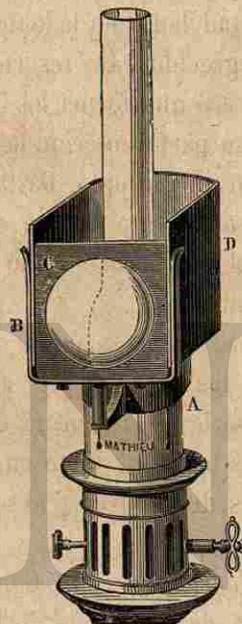


Fig. 10. — Aparato de M. Mandl.

- A. Lámpara sobre la cual está montado el aparato.
 C. Cara anterior de este que lleva la lente.
 B y D. Carton ennegrecido que rodea la lámpara formando tres lados, de los cuales el posterior está forrado de estaño y sirve de reflector.

cóncavo está sustituido por uno plano formado por un carton estañado. Este, de forma cuadrada, está unido á otros dos cartones negros del mismo tamaño y forma que son recibidos en una ranura que presenta á sus lados la lente, la cual está encasquillada en otro

cuadrado del mismo tamaño que los demás; de manera que cuando el aparato está aplicado, la luz queda encerrada en un espacio cuadrilátero formado, atrás por el reflector plano, adelante por la lente, y á los lados por los cartones ennegrecidos. Un resorte constituido por una lámina de acero que forma los $\frac{3}{4}$ de un círculo y que recibe en su parte anterior la lente, sirve para fijar el aparato en un quinqué. Basta para esto abrir los brazos del resorte tanto cuanto exija el diámetro del tubo de aquel, al que queda fijo con abandonarlo y por solo su elasticidad.

Es fácil comprender la manera de obrar de este instrumento: la luz del quinqué, aumentada por el reflector, atraviesa la lente, que la condensa y dirige en rayos paralelos hácia el sujeto en observacion; los tabiques laterales disminuyen y absorven la luz excedente.

Aparato de Morell-Makensie. Consiste este en un pequeño cilindro de metal de $3 \frac{1}{2}$ pulgadas de largo y $2 \frac{1}{2}$ de diámetro. Está cerrado por un extremo y en el otro se encuentra una lente plano-convexa cuya superficie plana está vuelta hácia la llama: la lente tiene $2 \frac{1}{2}$ pulgadas de diámetro y pertenece á un tercio de esfera; en las partes superior é inferior del cilindro, y enfrente una de otra, se hallan dos aberturas de $2 \frac{1}{4}$ pulgadas de diámetro; estas, igualmente lejanas de las extremidades del cilindro, están próximas á la extremidad cerrada, de modo que,

una línea que pasase perpendicularmente por su centro, estaria á $2 \frac{1}{2}$ pulgadas de la superficie plana de la lente: allí se encuentra el foco principal de esta y los rayos luminosos la atraviesan saliendo paralelos. En la parte inferior del cilindro se encuentran dos brazos semi-circulares que por medio de un tornillo colocado en un lado, pueden agarrar fuertemente la chimenea de una lámpara, ó bien una vela ordinaria ó aun el extremo de un simple tubo de gas. A los lados del cilindro cerca de la lente, hay dos botones de marfil forrados de corcho que permiten al práctico tener el aparato y quitarlo de la lámpara aun cuando esté muy caliente.

Al montar el aparato sobre la chimenea de un quinqué se procura que el centro de la lente se halle enfrente de la parte mas brillante de la llama: entonces algunas vueltas del tornillo bastan para fijar el aparato. Cuando se emplea una vela, la llama se mantiene en el centro del cilindro.

APARATO PARA LA LUZ DRUMMOND. El aparato de que se sirve el Dr. Fauvel se compone (fig. 41): 1° de una caja cúbica de metal ennegrecido que tiene en su parte superior una chimenea y esta sostenida la inferior por cuatro pies largos que la fijan á una mesa; 2° de una llave ingeniosa del Sr. Sainte-Claire-Deville, que impide la mezcla de los gases y evita de esta manera su explosion; 3° de una fuerte lente-bi-convexa colocada en el extremo de un tubo metálico y rodeada de

un diafragma que la hace acromática; 4º de una pinza porta-creta; y 5º de dos sacos de hule que contienen los gases y están comprimidos por dos planchas paralelas de madera y sobre las cuales se ejerce una presión continúa por medio de un peso.

Una ojeada sobre la siguiente figura hará comprender la disposición y mecanismo del aparato. (Fig. 11.)

El oxígeno y el hidrógeno contenidos en los sacos de goma elástica, caminan separadamente por tubos de la misma sustancia que van á fijarse á las bocas correspondientes de la llave Deville. Esta, está formada por dos tubos metálicos concéntricos: el interior estrecho y de un calibre fino da paso al oxígeno, con cuyo depósito comunica por medio del tubo elástico y en su unión con este tiene una llave para permitir ó cerrar el paso del gas: el tubo mas exterior es de un diámetro mucho mayor que el primero y sirve para dar paso al gas hidrógeno que le viene por el tubo elástico correspondiente, y cuyo paso se puede tambien interrumpir en caso necesario por una llave.

Los dos tubos metálicos no comunican pues entre sí sino es en su extremidad abierta que se halla en ambos al mismo nivel. En virtud de esta disposición, los gases no se mezclan sino en el momento de salir para ser quemados: y como la abertura que da salida al oxígeno es muy fina, no hay detonación ó esta es insignificante.

La caja metálica está destinada á encerrar la luz

para evitar su difusión y que solo salga al través de la lente que la concentra y dirige á la persona obser-

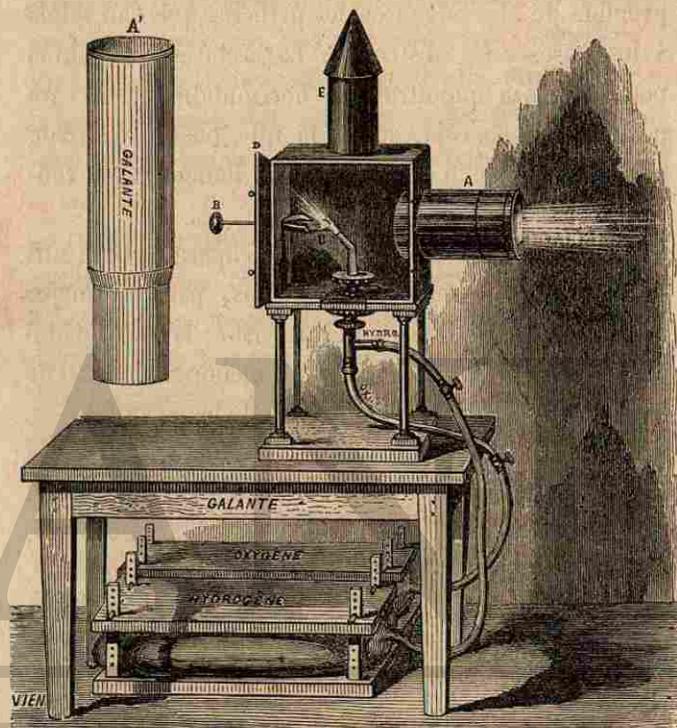


Fig. 11. — Aparato para la luz Drummond.

- A. Tubo porta-lente.
- B. Boton para aproximar ó alejar de la llama la creta C.
- D. Puerta que cierra perfectamente la caja metálica, la cual no comunica al exterior mas que por la chimenea E.
- A'. Tubo para prolongar el A á fin de que el enfermo no quede muy cerca del aparato y haya lugar para que el médico opere.

vada. En el centro de la caja se abren los tubos de la llave Deville, cerca de la creta, hácia la cual se hallan

encodados, tanto para que la llama la hiera directamente, cuanto para evitar que las cenizas que se desprenden de ella caigan en los orificios que dan salida á los gases y los obstruyan. La creta está sostenida por una pinza que atraviesa horizontalmente la cara posterior de la caja, sobre la que puede resbalar, para aproximar ó alejarla de la llama segun convenga.

APRECIACION. Los instrumentos ó aparatos para utilizar la luz podemos considerarlos, para su mejor apreciacion, bajo tres puntos de vista : la movilidad ó inmovilidad de la luz, la mayor ó menor intensidad de esta, y la sencillez ó complicacion de los aparatos.

La fijeza de la fuente de luz presenta la desventaja de que los movimientos voluntarios ó involuntarios del enfermo hacen desaparecer la imágen del laringoscópio, poniéndolo fuera del alcance del hacecillo luminoso. Esto en las simples exploraciones no tiene gran inconveniente, y hay medios para disminuirlo; pero sí es mas grave cuando se trata de alguna operacion delicada. Bajo este punto de vista los reflectores son los únicos que movilizan la luz poniéndola á la voluntad del cirujano. En aquellos casos, pues, al reflector de Czermack (que es el mejor de ellos), debe darse la preferencia. Es cierto que su manejo ofrece dificultades, pues que al operar, el cirujano necesita atender á la vez al laringoscópio que tiene en una mano, á los instrumentos que maneja con la otra, y á la fuente de

luz que tiene en la frente, y es difícil obtener la perfecta armonía de estas diversas maniobras; pero esta es cuestion solo de práctica.

En cuanto á la posicion que debe tener el reflector, si en la frente ó delante de uno de los ojos, creo preferible el primer modo. Cuando se aplica delante de un ojo hay la necesidad de tener cerrado el otro ó bien es preciso cubrirlo, en cuyo caso se inutiliza la vista para tomar los instrumentos ó ver cualquiera otra cosa, y además, se priva uno de las ventajas de la vision binocular. Ninguno de estos inconvenientes presenta su aplicacion en la frente.

Es indiferente fijarlo por medio de la cinta de Kramer, de los resortes de Fournié ó de los anteojos de Semeleder : es asunto de hábito. No obstante, el empleo de los anteojos, cuando son ligeros y están bien hechos, es mas cómodo. El mantener el reflector por un mango que se fija entre los dientes, como hace Czermack, es bastante incómodo, pues como hace observar Moura, exige un esfuerzo constante de contraccion de las mandíbulas que cuando se prolonga se hace molesto : el observador no puede hablar ni interrogar al enfermo : la saliva escurre involuntariamente de la boca entreabierta : y si algun compañero presencia la exploracion y desea repetirla, no se le puede ofrecer decentemente un instrumento que ha estado en la boca de otro.

Bajo el punto de vista de la intensidad de la luz no

hay duda que la de Drummond merece la preferencia: es blanca y casi tan intensa como la del sol. Con frecuencia veíamos en la clínica del Dr. Fauvel que esta luz, reflejada por el espejo laringeo al interior de la laringe y tráquea, atravesaba de dentro afuera la parte anterior del cuello iluminándolo por transparencia y permitiendo ver con claridad los anillos de la tráquea y los intervalos membranosos que los separan. Si un tumor ó un cuerpo extraño algo voluminoso existiera en ese órgano, se podría ver por este medio. Sin embargo de esto, el volumen del aparato, la práctica que se necesita para tenerlo siempre en corriente, la necesidad de llevar preparado el oxígeno y aun el hidrógeno en donde no hay gas del alumbrado; todo esto lo hace de un uso muy difícil en la práctica común; pero en una clínica es utilísimo, por la claridad y limpieza de las imágenes que da.

Entre los demás aparatos, fundados todos en la condensación de la luz por medio de lentes, el de Krishaber me parece preferible, porque da una luz mas viva y mas conveniente para el objeto que se desea. Hay razones físicas que hacen comprender este efecto: está dispuesto, según hemos visto, este aparato, de manera que la llama de la lámpara coincide con el foco principal de la lente y al mismo tiempo con el centro de curvatura del espejo reflector: de aquí resulta que el hacesillo de luz divergente que parte de la lámpara hacia la lente, se cambia á la salida de esta

en un hacesillo de rayos paralelos; y el hacesillo que cae sobre el espejo, volviendo sobre sí mismo al foco de la lente, vá á atravesarla y sale de ella en un hacesillo paralelo que, sobreponiéndose al primero, duplica la intensidad de la luz.

Los otros aparatos presentan una disposición diferente. A escepcion del de Mandl, ninguno de ellos tiene reflector que aumente la luz que debe refractar la lente; y el reflector de Mandl, por ser plano y formado por una hoja de estaño fijada sobre un carton, es mucho mas débil que el de Krishaber. En los de Moura y Fauvel las lentes se hallan, relativamente á la llama, á una distancia mayor que su foco principal, el cual no coincide con ella: de aquí resulta que la luz, al salir de dichas lentes no lo hace en rayos paralelos sino en cierto grado de concentración, puesto que tienen que formar foco. Mas como este lo forman á una distancia grande y mayor que aquella á que tiene que colocarse el enfermo para ser visto, resulta que el hacesillo cónico de luz que este recibe en su garganta, está mas concentrado en su periferia que en el centro: es por consiguiente desigual y menos brillante en el centro, que es justamente donde se necesitaria mas intensa, pues que la de este es la que principalmente ilumina el espejo laringeo.

El aparato de Moura está mal dispuesto para hacer la auto-laringoscopia, porque el espejo destinado á este objeto es fijo y está colocado verticalmente. Esto hace

que, en los individuos en que la boca no puede abrirse ampliamente, ó en los que el fondo de ella es profundo, los rayos que de aquí parten caen sobre el espejo oblicuamente formando un ángulo muy abierto y como deben reflejarse bajo el mismo, segun la ley de óptica de que el ángulo de incidencia es igual al de reflexion, los rayos reflejados caen muy arriba de los ojos del observador quien no puede ver por lo mismo la imagen de su laringe. En los de Fauvel y Krishaber el espejo puede inclinarse mas ó menos hasta encontrar el observador la imagen laringoscópica. Esto es tanto mas importante, cuanto que hallándose la laringe á una profundidad diferente segun las edades, los sexos y aun las personas de un mismo sexo, la inclinacion que cada una de ellas debe dar al espejo variará con la direccion de los rayos incidentes.

Respecto del último punto de vista de nuestra apreciacion, es decir, de la mayor ó menor sencillez de los aparatos, si se exceptua el de la luz Drummond que es voluminoso y complicado, todos los demas son bastante sencillos y fáciles de aplicar. El segundo de Fauvel, compuesto de tubos, es por su forma y disposicion el menos manuable; los demas, formados de partes que se montan y desmontan con facilidad y colocadas habilmente en cajas portátiles, son igualmente cómodos.

En resumen: el aparato de luz Drummond prestará grandes servicios en una clínica; el reflector de Czermak se usará para el examen á la luz solar, y ya sea

con esta ó con la artificial, deberá preferirse á los otros aparatos cuando se trate de hacer en la laringe operaciones delicadas ó en personas cuya indocilidad sea de temer; pero en los casos comunes el aparato de Krishaber llena todas las condiciones necesarias para las exigencias de la práctica.

CAPITULO II

MODO DE APLICAR EL LARINGOSCOPIO

ARTÍCULO PRIMERO

Preceptos generales. — Observaciones.

Al tratar de la materia de este capítulo, los autores que han escrito sobre laringoscopia; unos, como Türk, Moura y Mackenzie se difunden dando numerosas reglas y entrando en detalles muy circunstanciados sobre la posición del sujeto observado, la del observador, sobre el modo de colocar la cabeza, la lengua, etc.; Czermak por el contrario es muy conciso: se limita á dar algunos preceptos generales, dejando lo demás á la inteligencia y perseverancia del médico. « Las explicaciones mas detalladas, dice, no podrán llegar jamás á formar un observador si no pone él por su parte la práctica y la perseverancia ¹. »

Ambos extremos creo que son perjudiciales y deben

¹ *Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine*, par Czermak, édition de Paris, 1860, page 55.

evitarse: el primero, porque con las muchas reglas y superabundancia de detalles divide la atención y fatiga la memoria del que desea aprender la laringoscopia, haciéndole parecer esta mucho mas difícil de lo que realmente es: el segundo, porque abandonando á sus propias fuerzas y sin guía en terreno desconocido al que desea iniciarse en este medio de exploración, lo pone en peligro de que se desaliente y abandone la empresa.

Yo expondré los preceptos generales para la aplicación del laringoscopio y haré despues observaciones sobre cada una de las principales maniobras.

PRECEPTOS GENERALES. *Se colocará á la persona observada sentada frente á la fuente de luz, (natural ó artificial), con la boca bien abierta y la cabeza algo inclinada hácia atrás, de manera que aquel fluido penetre de lleno hasta la faringe. El observador se sentará frente al observado, un poco mas bajo que él, de modo que sus ojos queden á la altura de la boca de este y á una distancia suficiente para poder ver con claridad la imágen laringoscópica. Con el pulgar é índice de la mano izquierda provista de un lienzo fino, tomará la punta de la lengua que hará sacar al sujeto y que mantendrá aplicada ligeramente contra el arco dentario inferior: procederá entonces á explorar la faringe y el istmo de la garganta. En seguida con la mano derecha tomará el laringoscópio como una pluma de escribir, y despues de introducirlo en*

agua caliente, enjugarlo y aplicarlo á su mejilla para ver si no está demasiado caliente, lo introducirá en la boca del paciente llevándolo horizontalmente y con la cara resflejante hácia abajo, entre la lengua y la bóveda palatina, y lo hará adelantar en esta misma posición siguiendo la curva de la superficie de la lengua,—y procurando no tocar esta ni el paladar,— hasta el fondo de la boca. Se aleja entonces de la lengua dirigiéndolo hácia atrás, á la cavidad de la faringe, y colocándolo bajo el velo del paladar se inclinará hácia adelante de manera que forme, con un plano horizontal que pasára por su borde inferior, un ángulo de 45°. Llegado á este punto el espejo debe estar exactamente en la línea media, sin inclinarlo á uno ú otro lado, y la varilla quedará en el lado izquierdo, correspondiendo á la comisura labial de ese lado, y para mantenerlo bien en esta posición se apoyarán los dos dedos últimos de la mano derecha contra la barba del observado. Si el espejo está bien colocado en esta posición, se verá en él la parte posterior y vertical de la lengua y el extremo de la epiglotis. Entonces se obligará al paciente á pronunciar la vocal é y ascendiendo la laringe al producir este sonido, se presentará en el espejo la imágen de la cara posterior de la epiglotis y la glotis, que se distinguirá fácilmente por el color blanco de las cuerdas vocales inferiores y por su movilidad en la respiración y en la producción de los sonidos. (Fig. 12.)

OBSERVACIONES. Fuente de luz. Hemos visto que la

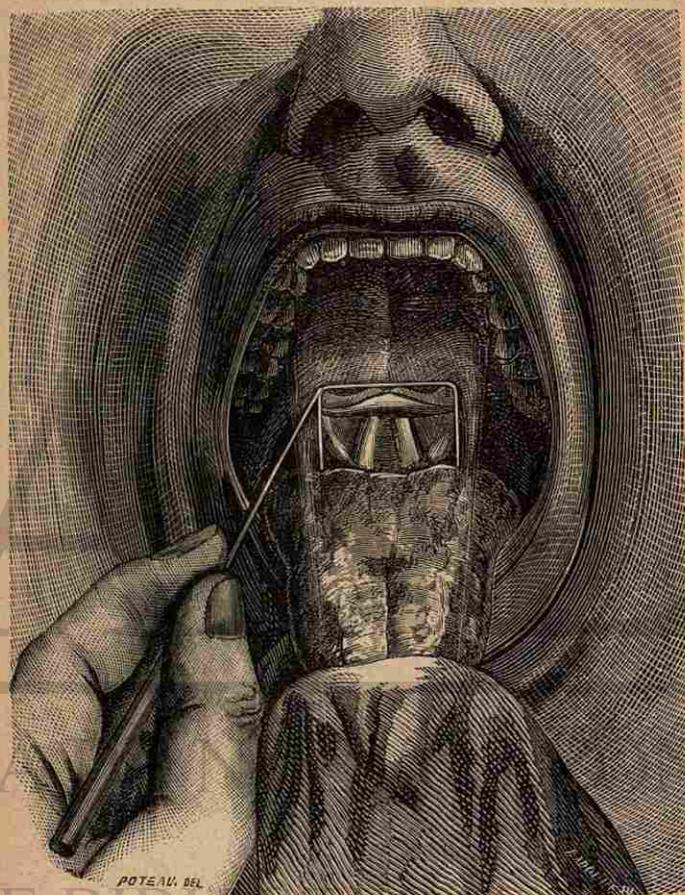


Fig. 12. — Posición del laringoscópio en el fondo de la boca.

El espejo está aplicado con la mano izquierda para tener libre la derecha y poder operar con ella. El enfermo fija su lengua con la mano izquierda.

luz que se emplea en la exploracion, ya sea natural ó artificial, puede ser directa ó reflejada. Nada tenemos que decir de la primera á la que son aplicables las reglas dadas. Para el empleo de la segunda el observador tiene que variar su posicion adoptando otra que le permita recibir sin obstáculos la luz en su reflector y transmitirla al enfermo de modo que pueda ver al mismo tiempo la imágen de la laringe. Para esto bastará recibir la luz por arriba ó por los lados de la cabeza del observado é inclinar convenientemente el espejo reflector. Otras veces será conveniente confiar este á un ayudante inteligente. En todos casos, cuando se haga uso de la luz del sol y de un reflector cóncavo, debe evitarse el dirigir á la garganta del paciente el foco del espejo pues que reuniéndose en él no solo los rayos luminosos sino tambien los caloríficos se podria producir una quemadura.

Cuando la luz es artificial, la fuente que la produce debe colocarse á la altura de la boca del observado. Para hacer esto facilmente en los diversos sujetos, unos han movilizado el asiento del enfermo, sirviéndose de una silla de piano en la cual, como se sabe, el asiento sostenido por un tornillo que entra en una tuerca que presenta el pie, sube ó baja á voluntad, bastando para esto hacerlo girar á derecha ó izquierda.

Otros prefieren movilizar la luz. Morell-Mackenzie ha inventado para esto una lámpara que fija á un sistema muy ingenioso de varillas articuladas, que le

permiten moverse con facilidad tanto en el sentido horizontal como en el vertical y la mantienen en la posicion que se desea. Fauvel se sirve de una mesa cuadrangular estrecha y pequeña que coloca entre él y el enfermo. (V. fig. 6.) En el centro de ella hay una abertura circular cubierta por un platillo metálico en el que se coloca el quinqué provisto del aparato concentrador. Un fuerte tornillo que sostiene el platillo y entra en una tuerca fija en la parte inferior de la mesa, permite á aquel subir ó bajar y cambiar de esta manera la altura del quinqué que lleva consigo.

Pero estos aparatos son mas ó menos complicados. El objeto se llena perfectamente valiéndose de un quinqué sostenido por una varilla vertical sobre la cual puede moverse, y en la que se fija á la altura que se desea por medio de un tornillo de presion.

Posicion del enfermo. Hemos dicho que este debe estar sentado, con la boca bien abierta y la cabeza un poco inclinada hácia atrás. Esta inclinacion es indispensable, pues solo así hay espacio para que los rayos incidentes lleguen al espejo laringeo con una oblicuidad tal que á su emergencia iluminen la laringe, y la imágen de esta, reflejada en sentido inverso de la incidencia, llegue hasta la vista del observador. La configuracion de la faringe siendo diferente segun los sujetos, la inclinacion de la cabeza debe serlo tambien, y al médico toca graduarla. Es necesario además que la cabeza esté exactamente en la línea media del cuerpo

sin inclinarse á uno ni á otro lado, pues esto traería cambios relativos en la imágen laringoscópica que sería asimétrica ó no dejaría ver sino uno ú otro de los lados de este órgano.

Para fijar la cabeza en esta posición, Mackenzie y otros han ideado aparatos análogos á los que usan los fotógrafos; pero estos son inútiles y no hacen mas que complicar la laringoscopia. Fijando el médico, como hemos dicho, la lengua del enfermo con su mano izquierda, impide los movimientos de la cabeza ó la vuelve fácilmente á su posición si se separa de ella. A las personas torpes se les facilita el conservarla, haciéndolos mirarse en el espejo auto-laringoscópico. Esto los entretiene y les permite ver cuando se separan de la luz. Algunos autores reprueban este medio que, según dicen, acobarda á los enfermos, quienes al ver órganos que no conocen, toman por alteraciones patológicas lo que no es sino el estado normal. Esto podrá suceder una que otra vez en sujetos nerviosos, particularmente en las mujeres, pero no es lo común. Cuando se trata de personas muy tímidas ó indóciles, sobretudo si hay que ejecutar alguna operación se puede hacer fijar la cabeza por un ayudante.

Lengua. Hay personas á quienes no es necesario hacerles sacar la lengua para examinarlas. Sea por que tienen costumbre de examinarse ó por una disposición natural, deprimen espontáneamente este órgano lo bastante para hacer obrar el laringoscópio. Esto

sucede particularmente en las mujeres, por la circunstancia de tener la laringe menos profunda que los hombres. No es sin embargo lo común el poder hacer el exámen estando la lengua dentro de la boca, pues aun cuando el fondo de esta presente espacio suficiente para colocar el espejo, en este no se verá, por la posición profunda de la laringe, sino la punta y algo de la cara posterior de la epiglotis. Al sacar la lengua, la porción vertical de esta sube hácia la faringe, y la laringe, que está unida á ella, sigue este movimiento ascensional y se presenta mas accesible al espejo. El médico, al mantener la lengua con los dedos, evitará el hacer sobre ella una tracción fuerte que moleste al enfermo, así como tambien el apoyar con fuerza aquel órgano contra los dientes, que cuando están afilados pueden, como ha sucedido ya, hacer en ella una herida.

Cuando el médico desea hacer una operación ó tener sus manos libres, al enfermo mismo puede encargarse de tener su lengua, lo que hará con la mano derecha para dejar libre su lado izquierdo, que corresponde á la derecha del cirujano, y por la cual deben maniobrar los instrumentos.

Exámen de la faringe. El Dr. Fauvel aconseja, y con razón, el explorar la faringe y demás órganos del istmo de la garganta antes de introducir el laringoscópio. Este exámen presenta las ventajas siguientes: 1° se forma el observador idea de la amplitud de la

garganta, variable en las distintas personas, del mayor ó menor desarrollo de las amygdalas, de la longitud del velo del paladar y la distancia entre este y la faringe; datos todos que le indicarán el tamaño y forma del espejo laringeo que deba emplear; 2º si como sucede frecuentemente, encuentra en alguna de las partes examinadas ulceraciones sifilíticas, placas mucosas ú otras enfermedades contagiosas, evitará usar en otra persona el mismo espejo, ó no lo hará sino despues de lavar lo cuidadosamente, á fin de no comunicarle el mal; y 3º puede darle este exámen á veces una idea de la naturaleza del mal laringeo, pues como veremos mas tarde, hay enfermedades que bien por propagacion ó por coincidencia existen á la vez en la faringe y en la laringe.

Aplicacion del espejo laringeo. Esta es la parte mas importante del método de exploracion de que venimos tratando, puesto que constituye realmente la laringoscopia. Su aplicacion, sin ser muy fácil, no presenta tampoco dificultades exageradas, y las que ofrece se vencen con la perseverancia y la observancia de las reglas dadas. Haremos solamente algunas observaciones sobre ellas.

Hemos dicho que debe calentarse el espejo, porque si no se hace así, el vapor de agua que contiene en gran cantidad el aire expirado, se condensaria en la superficie de aquel y lo empañaria. Puede elevarse su temperatura, ó bien metiéndolo en agua caliente, ó

tambien aplicándolo por su cara brillante á cierta distancia de la llama del quinqué (si esta no produce humo), sobre la que se mantiene por algun rato agitando para evitar que el calor, concentrándose en un solo punto del espejo, rompa este. El primer medio tiene el inconveniente, en los espejos de cristal, de opacarlos con el tiempo en su periferia á causa del agua que se introduce entre el cristal y el metal en que se halla encasquillado; pero en cambio calienta pronto y con igualdad el instrumento y lo lava, de manera que puede emplearse luego en otra persona. En ambos casos debe evitarse que el espejo se caliente mucho, y antes de introducirlo debe probarse aplicándolo en la mano, ó en la mejilla, que es mas sensible.

Al introducirlo, como hemos dicho, se llevará de plano entre la lengua y el paladar procurando no tocar ninguno de estos órganos: la lengua, porque lo mojaría y ofuscaría la imágen, y el paladar porque podría provocar náuseas en las personas sensibles.

Cuando ha llegado al fondo de la boca se coloca debajo del velo del paladar, apoyando lijeraente sobre él, si es de tamaño regular, ó levantándolo si es demasiado largo. Debe evitarse en cuanto sea posible tocar la faringe, porque siendo esta bastante sensible, se provoca en el mayor número de enfermos esfuerzos de vómito. Se mantendrá el espejo en la línea media, pues que en ella está la laringe que se trata de ver, y se

evitará inclinar su cara reflejante á uno ú otro lado lo cual daria imágenes incompletas.

Todos los autores sientan por regla general el dar al espejo una inclinacion de 45°; pero esta es una medida aproximativa. Ni pudiera ser de otra manera, puesto que la altura de la laringe varia segun los sexos, las edades y aun en las mismas personas, segun que la lengua está mas ó menos fuera de la boca ó que la glotis está en reposo ó en el momento de la fonacion. Si pues, con la inclinacion de 45°, no se presenta bien la imágen, se inclinará mas ó menos el espejo hasta obtenerla completa.

El espejo debe tomarse por el mango entre los tres primeros dedos de la mano y apoyando los restantes sobre la barba del enfermo para fijarlo mejor. Debe tenerse con bastante lijereza para poderlo mover con facilidad y sacarlo con la misma, cuando el paciente no lo soporte ó cuando se haya concluido la exploracion. Para sacarlo debe seguirse, en sentido inverso, el mismo camino que para su introduccion.

Debe el médico ejercitarse en aplicar el espejo tambien con la mano izquierda, pues en las operaciones necesita tener libre la derecha para las maniobras.

Algunos enfermos mientras tienen aplicado el espejo contienen la respiracion, conservando así una situacion violenta, y que no puede durar mucho tiempo. Es preciso tener esto presente para evitarlo, obligándolos á respirar con libertad y por la boca.

Cuando el espejo está aplicado, es necesario hacer emitir al enfermo la vocal *é*: durante este acto la laringe se eleva y la glotis se presenta en toda su extension al espejo. Emitiendo este sonido de una manera intermitente, se hacen bien visibles los movimientos de las cuerdas vocales.

El efecto no es el mismo en la emision de las demás vocales, como veremos al hablar de la parte fisiológica.

ART. II.

Dificultades que presenta la aplicacion del laringoscópio y modo de vencerlas.

Las dificultades del método pueden proceder del médico ó bien del enfermo.

Las que provienen del primero se reducen á su inhabilidad, y solo se vencen con la constancia y el ejercicio. Hablemos de las que provienen del segundo.

Pusilanimidad. Hay personas, — y esto se observa particularmente en las mujeres, — á quienes acobarda la vista de los instrumentos. Al ver los espejos laringeos, provistos de una larga varilla, se figuran que su introduccion no puede hacerse sin dolor ó grandes sufrimientos, y se rehusan por esto á la exploracion. El mejor medio para tranquilizarlas es, si no basta la persuasion y la seguridad que se les da de la inocencia de la operacion, hacerlas ver la aplicacion del instru-

evitará inclinar su cara reflejante á uno ú otro lado lo cual daría imágenes incompletas.

Todos los autores sientan por regla general el dar al espejo una inclinacion de 45°; pero esta es una medida aproximativa. Ni pudiera ser de otra manera, puesto que la altura de la laringe varia segun los sexos, las edades y aun en las mismas personas, segun que la lengua está mas ó menos fuera de la boca ó que la glotis está en reposo ó en el momento de la fonacion. Si pues, con la inclinacion de 45°, no se presenta bien la imágen, se inclinará mas ó menos el espejo hasta obtenerla completa.

El espejo debe tomarse por el mango entre los tres primeros dedos de la mano y apoyando los restantes sobre la barba del enfermo para fijarlo mejor. Debe tenerse con bastante lijereza para poderlo mover con facilidad y sacarlo con la misma, cuando el paciente no lo soporte ó cuando se haya concluido la exploracion. Para sacarlo debe seguirse, en sentido inverso, el mismo camino que para su introduccion.

Debe el médico ejercitarse en aplicar el espejo tambien con la mano izquierda, pues en las operaciones necesita tener libre la derecha para las maniobras.

Algunos enfermos mientras tienen aplicado el espejo contienen la respiracion, conservando así una situacion violenta, y que no puede durar mucho tiempo. Es preciso tener esto presente para evitarlo, obligándolos á respirar con libertad y por la boca.

Cuando el espejo está aplicado, es necesario hacer emitir al enfermo la vocal *é*: durante este acto la laringe se eleva y la glotis se presenta en toda su extension al espejo. Emitiendo este sonido de una manera intermitente, se hacen bien visibles los movimientos de las cuerdas vocales.

El efecto no es el mismo en la emision de las demás vocales, como veremos al hablar de la parte fisiológica.

ART. II.

Dificultades que presenta la aplicacion del laringoscópio y modo de vencerlas.

Las dificultades del método pueden proceder del médico ó bien del enfermo.

Las que provienen del primero se reducen á su inhabilidad, y solo se vencen con la constancia y el ejercicio. Hablemos de las que provienen del segundo.

Pusilanimidad. Hay personas, — y esto se observa particularmente en las mujeres, — á quienes acobarda la vista de los instrumentos. Al ver los espejos laringeos, provistos de una larga varilla, se figuran que su introduccion no puede hacerse sin dolor ó grandes sufrimientos, y se rehusan por esto á la exploracion. El mejor medio para tranquilizarlas es, si no basta la persuasion y la seguridad que se les da de la inocencia de la operacion, hacerlas ver la aplicacion del instru-

mento á otra persona ó hacerla el operador en sí mismo. Despues de esto se prestan al exámen.

Los niños suelen impresionarse vivamente con la oscuridad de la pieza y la vista de los aparatos iluminadores, cuyo objeto no comprenden. Fauvel y otros aconsejan por esto examinarlos con la luz natural.

Excitabilidad de la faringe. Esta es el verdadero escollo de la laringoscopia y la que hace á muchos enfermos rehusar este exámen y á muchos médicos desalentarse, y al ver lo infructuoso de sus primeras tentativas, abandonar casi sin combatir el campo que les presenta este útil descubrimiento. La experiencia ha enseñado sin embargo que este obstáculo es mucho menos temible de lo que á primera vista parece. A la mayor parte de los enfermos se logra examinarlos desde la primera ó segunda vez que se intenta, y en cuanto á los más susceptibles, acostumbrándolos al contacto de los instrumentos y tomando ciertas precauciones que indicaremos, se consigue observarlos al cabo de un tiempo no muy largo. Todos los laringoscopistas están de acuerdo en esto, y yo he tenido ocasion de ver que tienen razon, pues que entre los numerosos enfermos que he visto explorar, en las clínicas de los Sres. Fauvel, Kirishaber y Moura, ninguno he encontrado que fuera refractario á este método de exploracion ¹.

¹ Un solo enfermo he visto presentarse en la clinica del Dr. Fauvel que parecia refractario á la laringoscopia. Su garganta no podia sufrir el contacto de los instrumentos. Cinco á seis veces intentó el Sr Fauvel

La susceptibilidad de la faringe y garganta puede ser mas ó menos marcada. Cuando lo es mucho, no se debe insistir en el exámen el primer dia, y será necesario acostumbrar al enfermo al contacto de los instrumentos, para lo cual se le aconsejará tocarse varias veces al dia la garganta con el dedo ó con una cuchara ó cosa semejante, mirándose en un espejo. Se saca partido tambien en estos casos de la notable propiedad que tiene el bromuro de potasio de hacer insensible la mucosa buco-faringea y el velo del paladar. Se administra esta sustancia á la vez al interior y localmente: al interior á la dosis de 1 á 2 gramos, disueltos en agua y á doble dosis para usarlo en gargarismos. El Sr. Rienslagh aconseja no fraccionarlo, sino tomar la dosis indicada en el intervalo de una hora, pues así sus efectos son mucho mas marcados.

Mackenzie ha logrado calmar la excitabilidad de las fáuces en algunos enfermos haciéndoles tomar un trozo de hielo que dejan disolver en la boca.

La mayor parte de las veces, la habilidad del operador basta para triunfar de esta dificultad. La seguridad

explorarlo sin poderlo conseguir. El Dr. Libermann y yo probamos hacerlo á nuestra vez sin ser mas felices. Los célebres laringoscopistas Czermak, Mackenzie y Schmidt á quienes la casualidad reunió en la citada clinica lo intentaron igualmente y sin fruto. El último de estos señores logró solamente ver una parte de la epiglotis introduciendo lenta y cuidadosamente el espejo para no tocar ninguna parte de la boca. Pues bien, este enfermo, tres semanas despues no solamente podia examinarse sin dificultad, sino soportaba aplicaciones tópicas que le hizo varias veces el Dr. Fauvel sobre las cuerdas vocales.

y rapidez en los movimientos necesarios para introducir el espejo, la conveniente aplicacion de este en un punto que no toque la faringe y, si es posible, ni aun el velo del paladar, la atingencia en dar pronto con el lugar conveniente sin vacilar ni cosquillear las partes internas de la boca, y el exámen rápido de las lesiones que presenta la laringe; son circunstancias que disminuyen notablemente las molestias de la persona observada, y hacen posible el exámen aun en las mas delicadas.

Disposicion desfavorable de la boca. El exámen laringoscópico se hace difícil en muchas personas, bien por su torpeza ó ya porque la conformacion de su boca no es favorable á este método de exploracion. Hay algunos en efecto que se prestan de buena voluntad á él, pero no comprendiendo la idea que preside á este exámen, ignoran los movimientos que deben ejecutar, no ponen sus órganos en buena disposicion y necesitan que el médico dirija sus esfuerzos: unos abren poco y con timidez la boca: otros, y son los mas, la abren por el contrario de una manera forzada, contrayendo no solo los músculos abatidores de la mandíbula inferior, sino casi todos los de la cara, contienen la respiracion, aplican la base de la lengua contra el paladar y adelantan el velo de este de manera que cierran enteramente el paso al laringoscópio y se hallan en una posicion forzada. Es necesario, con estos, comenzar por explicarles la posicion que deben tomar, aconse-

jarles abrir ámpliamente, pero sin esfuerzo, la boca y respirar con toda libertad: se les conserva un rato en esta posicion. Luego se les obliga á hacer una fuerte inspiracion, en cuyo acto el velo del paladar se levanta y la base de la lengua se abate para dejar libre paso al aire; y esta posicion, que una vez tomada pueden conservar por largo tiempo, permite hacer la exploracion laringea. Los fumadores la comprenden y ejecutan cuando se les dice que hagan los mismos movimientos que cuando *le dan el golpe al cigarro*. A otros se les facilita esta posicion cuando la ensayan delante de un espejo. Otro medio eficaz, en estos casos, es el de hacerles emitir de una manera intermitente la vocal *a*.

Pero otras veces, como se ha dicho, las dificultades nacen de la mala conformacion de los órganos. Asi, un velo del paladar largo ó situado muy adelante, una úvula muy desarrollada, unas amígdalas voluminosas ó hipertrofiadas, una lengua gruesa que ocupe casi toda la cavidad de la boca, ó bien una laringe profunda ó una epiglotis muy abatida; tales son las circunstancias mas desventajosas. Entre ellas la mala disposicion de la lengua constituye la dificultad mas seria, pues las demas están por decirlo así subordinadas á ella. Siendo esta en efecto, el órgano mas depresible de la cavidad bucal, apoyando sobre paredes blandas que permiten tambien cierto grado de dilatabilidad, y gozando ella misma de gran movilidad, puede bien dispuesta, remediar la mala

disposicion de los otros órganos y permitir, usando de espejos pequeños y de forma adecuada, el obtener imágenes completas de la laringe. Pero esto es bien difícil cuando la base de la lengua es muy voluminosa; porque entonces forma en el fondo de la boca una superficie convexa que toca á la parte posterior del paladar, ó unida al velo de este no deja espacio libre para el espejo. Este abultamiento de la base solo existe á veces cuando se contraen los músculos para sacarla fuera de la boca. El exámen se hará entonces dejándola dentro, ó si esto no basta, deprimiéndola un poco con una espátula ó mejor con un abatidor encorvado, para que la mano ó el mango del instrumento no obstruyan el paso de la luz.

Cuando la lengua, aun en el reposo de los músculos es voluminosa, se consigue en muchas ocasiones ampliar el camino del espejo, haciendo sobre aquella con los dedos que la tienen una traccion tan fuerte como lo permita el enfermo. En este movimiento su base se adelanta y separa del velo del paladar, y si se obliga al paciente á levantar este haciendo profundas inspiraciones, (cuidando de que en ellas el aire entre por la boca), y aprovechando la amplitud que estos movimientos producen en la cavidad gutural se coloca el espejo, se logra ver la glótis ó aun toda la laringe.

Cuando esto no es bastante para ampliar el campo visual, se aconseja deprimir la parte saliente de la

lengua con el dedo ó un abatidor. El dedo por su volumen y por la facilidad con que resbala sobre la lengua no es á propósito para esto, y ademas, al introducirlo, la mano obstruye la luz. El abatidor encodado puede emplearse mejor, cuidando de que su estremidad abraza bien la base de la lengua.

Türk, no encontrando estos medios suficientes para su objeto, ha inventado un instrumento que á la vez fija la lengua, la deprime en su medio y la lleva hácia adelante para que la laringe suba y se presente mas facilmente al espejo¹. Este instrumento es una pinza cuyas dos ramas están dobladas lateralmente en ángulo recto que tiene su vértice en el muelle central. La rama superior es aplastada, piriforme, completamente plana en su parte media, su estremidad anterior está ligeramente encorvada hácia abajo y la posterior lo está mucho mas. La rama inferior es de la misma latitud pero una tercera parte mas corta que la superior y presenta una escotadura longitudinal destinada á dejar pasar el frenillo de la lengua. Las caras que se miran en ambas hojas están rayadas para evitar que la lengua resbale, y dispuestas de manera que en su parte anterior estan mas separadas que en la posterior cuando la pinza está cerrada, y ademas los bordes de la rama inferior son arredondados para que no lastimen al enfermo.

¹ *Méthode pratique de Laryngoscopie*, Türk, page 50

A esta pinza le encuentra su autor las ventajas siguientes : 1º Abrir un campo considerable á la inspeccion ; 2º poder á veces hacer salir la lengua mas que de cualquiera otra manera ; 3º evitar los movimientos inoportunos de este órgano y 4º aumentar en muchos casos la claridad y perfeccion de las imágenes.

En los casos difíciles, tal vez podrá este instrumento prestar servicios ; pero en general creo que puede reemplazarse con un abatidor de la lengua y evitar el uso de un instrumento complicado, ó mas bien de tres instrumentos, puesto que Türck se sirve y aconseja servirse de tres pinzas de tamaños diferentes.

La hipertrófia de las amígdalas estrecha el diámetro transversal de la garganta, pero como deja libre el antero-posterior, que es el mas importante, no constituye una dificultad grande, á menos que aquella no fuese tan considerable que se acercasen mucho uno á otro ó aun se tocasen aquellos órganos. Como en semejante caso esto constituiria una nueva enfermedad de que era conveniente librar al paciente, debería comenzarse por extirpar estos cuerpos glandulares. Si la hipertrófia fuese menos marcada, dificultaria tan solo el empleo de grandes espejos : los pequeños, y sobre todo los de forma oblonga, tendrian aquí su aplicacion.

La úvula cuando está muy desarrollada, estorba notablemente al hacer la investigacion : su estremidad

pasa el borde inferior del espejo, se reproduce en él y lo hace precisamente en la parte media, en donde debe verse la imájen de la glotis la cual cubre mas ó menos. Cuando suceda esto, debe levantarse con el borde inferior del espejo la extremidad de este apéndice, manteniéndolo entre dicho espejo y la faringe ; ó bien se hace á un lado afin de que su imájen quede en un lugar menos importante. El Sr. Fauvel y algunos otros laringoscopistas aconsejan reseca con las tijeras la extremidad de este órgano. A pesar de lo insignificante de esta operacion, como generalmente asusta á los enfermos quienes no la encuentran suficientemente motivada, creo que solo deberá hacerse en los casos en que la longitud de la úvula produzca, como es muy frecuente, la sensacion de un cuerpo extraño en la faringe y un cosquilleo que escita una tos tenaz y molesta que es causa de congestion en la laringe.

La epiglotis suele estar mas ó menos abatida sobre la glótis y cubrir esta en parte ó en totalidad. Esto puede depender de un acortamiento de los ligamentos ariteno-epiglóticos, producido por bridas ó cicatrices viciosas, ó bien al contrario y mas frecuentemente, por un relajamiento del ligamento glosa-epiglótico.

La primera causa puede ser algunas veces una dificultad invencible para la laringoscopia¹.

¹ Un hecho en confirmacion de esto se ha presentado recientemente al Dr. Fauvel. Un joven francés radicado en Mejiico, que se presentó á su

Cuando es la segunda la causa de la depresion de la epiglotis, esta es generalmente menos completa, y dicho órgano susceptible de levantarse para dejar descubierta la glótis. Esto se consigue algunas veces haciendo sacar la lengua lo mas posible; pero si esto no basta, un medio mas eficaz consiste en hacer emitir al enfermo la vocal *e* en un tono agudo (que los cantores llaman *voz de falsete*) ó bien la vocal *i*. Otras tambien obligando al sugeto á reirse ó á hacer espiraciones fuertes é intermitentes con sacudimiento y sin producir ningun sonido. La elevacion que se produce en la laringe en estos casos, y los movimientos alternativos de apertura y oclusion de la glótis hacen levantar la epiglotis.

Hay veces, sin embargo, en que todos estos medios son ineficaces para conseguir este movimiento de la epiglotis ó bien, si este se produce, es muy limitado y no suficiente para dejar ver en toda su extension el órgano de la voz. Algunos autores han propuesto entonces el levantar directamente la epiglotis con diversos instrumentos inventados por Voltolini, Fournié, Lewin y Morell-Mackenzie; pero, como hace observar este último¹, la mayor parte de ellos causan tan gran irritacion que no se les puede emplear. En efecto, la

consulta, tenia, á consecuencia de antiguas ulceraciones mal cicatrizadas, la epiglotis muy deformada y cubriendo de tal manera la glótis que no fue posible examinarla á aquel profesor, no obstante su habilidad.

¹ Obra citada, página 52.

epiglotis es muy sensible y apenas se la toca, se determinan accesos de tos que obligan á renunciar al uso de este medio. No queda entonces otro recurso que introducir en la garganta y muy adentro de ella un espejo muy pequeño, y en una direccion mas perpendicular que en los casos ordinarios. Así se logra ver los cartílagos aritenoides y una parte de las cuerdas vocales: inclinándolo á uno y otro lado, se podrá ver por partes toda la laringe.

El abatimiento de la epiglotis se presenta tambien en las personas que han sufrido la traqueotomia y conservan aun su cánula. No pasando el aire por la laringe, aquel órgano permanece inactivo y se aplica mas ó menos contra la glótis. No pudiendo, pues, hacerse en ellas la laringoscopia, se ha propuesto examinar su laringe por la abertura anormal hecha á la tráquea (*traqueoscopia*).

El obstáculo producido por la situacion profunda de la laringe puede vencerse obligando á este órgano á ascender de la manera que hemos dicho ya, esto es, haciendo producir al observado sonidos agudos. Türk aconseja ausiliar este movimiento levantando exteriormente, con la mano delante del cuello, la laringe y traquearteria, tomando el cartílago tiroides entre el pulgar y los otros dedos.

Sexo y edad del observado. Las mujeres son mas fáciles de observar con el laringoscópio que los hombres, porque su laringe, menos inclinada hácia adelante

que la de estos, se presenta mas accesible al espejo. La misma circunstancia se encuentra en los jóvenes que no han llegado aun á la pubertad y en los niños. Pero, en estos últimos, tenemos una nueva y mas seria dificultad, y es la resistencia que oponen á la exploracion laringea. Esta operacion, que necesita buena voluntad y aun tolerancia por parte del que la sufre, es, pues, tanto mas difícil de aplicar en los niños cuanto mas pequeños son estos. Sin embargo, segun Rauchfuss y Lewin es menos difícil esta exploracion de lo que se cree. El primero dice que con paciencia y dulzura el médico llega siempre á examinarlos, y el segundo ha podido hacerlo en casi todos los que se le han presentado, sobre todo en los atacados de *croup*. El modo con que aconseja proceder es el siguiente: la madre, sentada sólidamente sobre su silla, fija las manos del niño para oponerse á sus esfuerzos, y apoya la cabeza de aquel contra su pecho, con la cara vuelta hácia la luz que dirige el médico á su garganta, abriéndole la boca, y procede en seguida á la introduccion del espejo.

Naturaleza de las enfermedades. Las que aumentan la sensibilidad de los órganos contenidos en la cavidad buco-faringea ó que modifican notablemente la disposicion normal de estas partes, hacen naturalmente mas difícil la aplicacion del laringoscópio. De aquí se deduce que las enfermedades laringeas agudas, en lo general, se prestan menos á la investigacion con el espejo que las crónicas. Pero, por fortuna para la larin-

goscopia, estas son tambien las mas frecuentes, de manera que el campo de ella, aunque limitado como todos los demás medios de exploracion, es susceptible sin embargo de numerosas y útiles aplicaciones.

CAPITULO III

AUTO-LARINGOSCOPIA

Esta, como su nombre lo indica, no es mas que la laringoscopia aplicada á sí mismo. El profesor Czermak que la ejecuta con notable facilidad y que se ha servido de ella para vulgarizar en Francia y aun en Europa la laringoscopia, aconseja á los médicos el habituarse á aquella antes de aplicar esta á sus enfermos. Viendo de cerca ó palpando, por decirlo así, las dificultades que presenta, se esforzará en vencerlas y adquirirá la habilidad tan necesaria para usar el instrumento en los otros. Le permitirá además conocer el estado normal de la laringe, indispensable para poder juzgar del patológico, y podrá estudiar la fisiología del aparato de la voz.

El modo con que la ejecuta Czermak es el siguiente.

Se sirve de un aparato (Fig. 13.) compuesto ; 1° de un oftalmoscopio de Ruete colocado sobre un pie de madera que le permite fijarse á diversas alturas ; 2° de

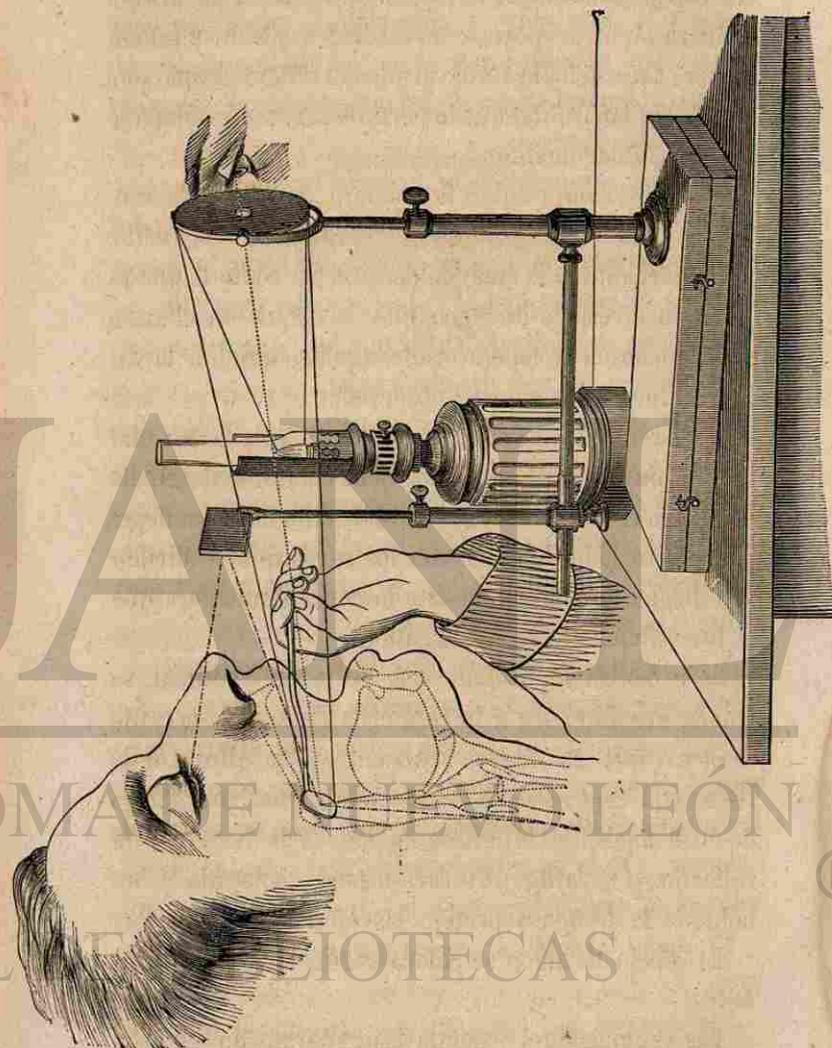


Fig. 13. — Observación y demostración auto-laringoscópica con el aparato de Czermak.

un espejo cuadrangular pequeño, fijado de la misma manera á otro apoyo y cuya altura puede tambien variar. Este se halla unido al pie del oftalmoscópio por una barra horizontal que le permite acercarse ó alejarse de aquel instrumento.

Fácil es comprender la manera de obrar de este aparato. La luz reflejada por el oftalmoscópio se recibe en la garganta, y la imágen de esta, asi como la que se pinta en el espejo laríngeo que se coloca en ella, se reproducen en el espejo cuadrangular, quien á la vez las conduce á los ojos del observador.

Puede usarse de este instrumento con la luz del sol, en cuyo caso el operador debe colocarse de espaldas hácia este astro y un poco oblicuamente para dejar pasar á un lado de su cabeza los rayos que se dirijen al reflector é inclinando este lo conveniente para que la luz reflejada llene la garganta.

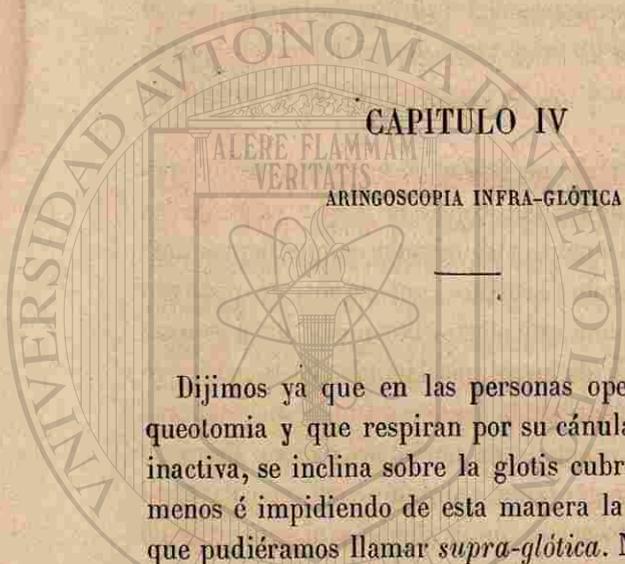
Si al contrario, se hace uso de la luz artificial, se coloca una lámpara á la izquierda de la cabeza y de manera que su luz se encuentre á la altura de la boca, y el espejo se coloca de modo que pase debajo de él el hacesillo luminoso enviado á la boca por el reflector. (V. la fig.) Un carton negro colocado á un lado de la lámpara protege los ojos del observador.

El espejo laríngeo se coloca segun las reglas dadas antes.

Las ventajas que presenta este aparato no solo son la de permitir hacer facilmente la auto-laringoscopia,

sino tambien la de poder hacer demostraciones de ella. Para esto las demas personas que observan se colocarán unas detras del reflector, mirando por el agujero central de él, y otras detras del sugeto que se examina, mirando en el espejo cuadrado la imájen de su laringe.

A fin de no tener necesidad de un instrumento especial para la auto-laringoscopia, la mayor parte de los autores de los aparatos iluminadores que hemos descrito, colocan sobre la lente como vimos, un pequeño espejo destinado á este efecto. Por medio de él es muy fácil el exámen de su propia laringe. Basta para esto colocarse en frente de la lente y de manera que la luz condensada ó concentrada por ella caiga de lleno en el ítmo de la garganta, mirándose en seguida en el espejo colocado arriba de la lente y al que se le da una inclinacion conveniente. Hecho esto se coloca el espejo laríngeo de la manera que hemos explicado.



CAPITULO IV

ARINGOSCOPIA INFRA-GLÓTICA

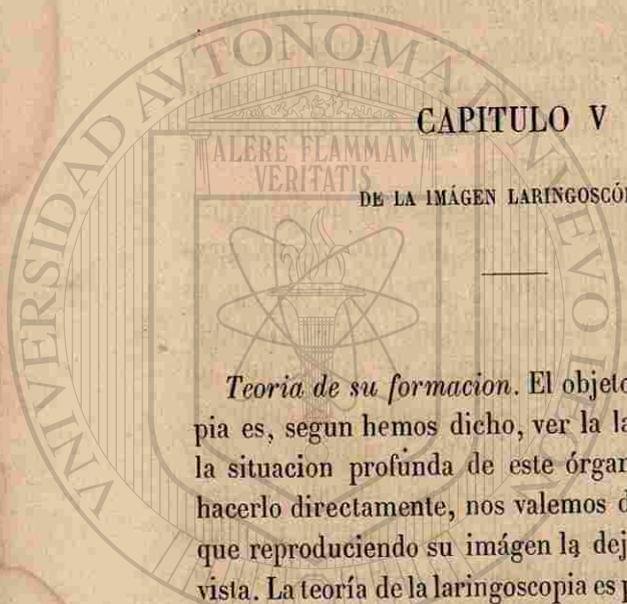
Dijimos ya que en las personas operadas de traqueotomía y que respiran por su cánula, la epiglotis, inactiva, se inclina sobre la glotis cubriéndola mas ó menos é impidiendo de esta manera la laringoscopia que pudiéramos llamar *supra-glótica*. Neudorfer tuvo la idea, en estos casos, de explorar las cuerdas vocales por su cara inferior, valiéndose para esto de la abertura artificial hecha á la tráquea y por la cual se introduciría un pequeño espejo, constituyendo así la laringoscopia *infra-glótica*. Czermak fue el primero que realizó esta idea, y el buen resultado que obtuvo sirvió de estímulo á otros observadores que lo han imitado. Un médico ha hecho sobre sí mismo por este método observaciones interesantes que han sido publicadas por el Dr. Semeleder.

Este método, aunque muy limitado, puede en algunas ocasiones ser importante, como sucede en las lesio-

nes graves de la parte inferior de las cuerdas vocales. Un caso de esta naturaleza permitió á Czermak aplicarlo y pudo por su medio no solo hacer el diagnóstico de unos tumores *infra-glóticos*, sino tambien introducir varias veces en la laringe de abajo arriba una sonda, con la que pudo dilatar la abertura de la glotis enteramente obstruida por aquellos.

El modo con que hizo el exámen fue el siguiente ¹. Colocó en la abertura de la tráquea una cánula curva tan gruesa como fue posible y que presentaba en su pared superior una ventana bastante ancha; introdujo despues por la abertura anterior de esta cánula un pequeño espejo metálico, cuya superficie reflejante estaba dirigida oblicuamente arriba y adelante y colocado de manera que se encontraba introducido parcialmente en la ventana de la parte superior de dicha cánula, inmediatamente abajo del orificio inferior de la laringe. Dirigiendo entonces sobre este espejo la luz concentrada de un oftalmoscopio pequeño, se iluminó vivamente el interior de la laringe dejando ver en el espejo la imágen de lo que en ella habia.

¹ Obra citada, observacion 1^a, pág. 75.



CAPITULO V

DE LA IMÁGEN LARINGOSCÓPICA

Teoría de su formación. El objeto de la laringoscopia es, según hemos dicho, ver la laringe; mas como la situación profunda de este órgano no nos permite hacerlo directamente, nos valemos de un espejo plano que reproduciendo su imagen la deje llegar á nuestra vista. La teoría de la laringoscopia es pues muy sencilla, y se funda en esta ley óptica de la reflexión de la luz en las superficies planas: que el ángulo de reflexión es igual al ángulo de incidencia. Se trata pues de hacer incidir los rayos luminosos de tal manera que al reflejarse hieran la laringe, y estos mismos, de retorno, nos hagan ver los puntos iluminados.

Así, siendo A C E (Fig. 14.) el plano de la abertura superior de la laringe y *a c e* el del espejo colocado en el istmo faríngeo, los rayos de luz *o e*, *o c* y *o a*, se reflejarán á la laringe siguiendo la dirección *e E*, *c C*, y *a A*. Suponiendo que en el punto E se halle la epiglotis, en

el C las cuerdas vocales y en el A los cartílagos aritenoides, estas partes se pintarán en el espejo en los puntos correspondientes *e*, *c* y *a*, y de allí serán transmitidos al ojo del observador situada en *o* (detrás de la fuente de luz).

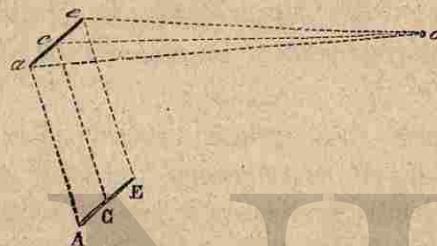


Fig. 14.

Disposición de la imagen. Esta misma figura hará conocer la diferencia que hay entre la situación de las partes en la laringe y la que se ve en el espejo; diferencia que es muy importante saber para evitar los errores á que puede conducir la ilusión de óptica producida por la inclinación de aquel, y que nos hace juzgar de la disposición real de las partes por la aparente. La imagen que se pinta en el espejo es invertida: el punto E correspondiente á la epiglotis, que está situada en la laringe en la parte anterior, se vé en el espejo en la parte superior, *e*, y el punto A que corresponde á los cartílagos aritenoides y está situado en la parte posterior de la laringe, se pinta en

a, parte inferior de la imágen. Se puede pues tener presente como regla general que : *lo que está situado arriba en la imágen se halla adelante en el sugeto, y vice versa, lo que está abajo en la imágen se halla atrás en la laringe.* Además, estando colocados para la exploracion el observador en frente del observado, *las partes que en el espejo se ven á la derecha del observador corresponden á la izquierda del observado y vice-versa.*

Descripcion de la imágen. Conocida ya la manera de ver la imágen laringoscópica y el modo de interpretar la disposicion relativa de sus partes, pasemos á describirla tal cual se presenta en el espejo.

Pero esta no es siempre igual : las diversas inclinaciones dadas á aquel hacen que varien los objetos que se presentan á la vista y que aparezcan, ó bien solo algunas partes de las que componen la laringe, ó bien el conjunto de ellas y aun las que las rodean. Asi, para mayor claridad, haremos primero una descripcion general y progresiva de lo que se va presentando sucesivamente al espejo y describiremos luego detalladamente cada una de las partes que componen el órgano de la fonacion. Para esto nos valdremos en mucha parte de las descripciones hechas por Czermak y Morell-Makenzie, cuya exactitud hemos podido confirmar. El primero, sobre todo, habiendo estudiado la laringe en sí mismo, ha hecho de ella una descripcion llena de verdad.

Cuando colocado el enfermo segun hemos dicho, con la boca abierta y bien iluminada, el laringoscópio ha llegado al fondo de la boca entre la lengua y el velo del paladar, lo primero que se ve en el espejo es la parte posterior y vertical de la lengua, que se conoce en su aspecto irregular por estar sembrada de papilas rojas sobre una superficie blanquizca y afelpada y destacándose sobre ella la punta de la epiglótis, que se presenta como una lengüeta mas roja que el resto.

Introduciendo é inclinando un poco mas el espejo, se van presentando sucesivamente la cara posterior de la epiglótis y abajo ¹ de este órgano una abertura que cambia de estension y forma con los movimientos de la respiracion : esta es la glotis. Abajo de ella y limitándola por esta parte y por los lados, se ve un borde mucoso rojo que presenta unos puntos mas salientes que otros, y se continúa á uno y otro lado formando una línea cóncava hácia arriba que va á unirse á la epiglótis : esta es la mucosa aritenoidea y la de los ligamentos ariteno-epiglóticos.

Si en esta posicion se obliga al enfermo á emitir la vocal e, dando un sonido agudo, entonces la cara posterior de la epiglótis se hace mas visible y aparecen con claridad abajo de ella las cuerdas vocales inferiores, que se distinguen perfectamente por su color blanco

¹ En esta descripcion me refiero siempre á la *imágen laringoscópica*; de manera que las espresiones *abajo, arriba, etc.*, deben aplicarse á ella y no á la laringe misma.

nacarado que contrasta con el rojo de los órganos que las rodean. Se hacen aun mas visibles obligándolas á moverse, acercándose ó alejándose alternativamente, y para esto basta aconsejar al observado que respire profundamente ó que emita á intervalos la *e*. Entonces se nota que el espacio intervocal ó glótis se estrecha ó se dilata.

Como es diversa la disposicion de las partes segun que la glótis está cerrada ó abierta, conviene que la estudiemos separadamente en cada uno de estos dos estados. El primero se produce por la contraccion de las cuerdas vocales y tiene lugar en los esfuerzos y durante la emision del sonido¹. El segundo es causado por el relajamiento de dichas cuerdas y se verifica en la ausencia de sonido y cuando se respira tranquilamente.

Glótis cerrada. (Fig. 15.) En este estado la imágen de la glótis presenta de arriba abajo las partes siguientes: 1° la cara posterior ó faringea de la epiglotis, de un color rojo ligeramente amarillento; 2° un tubérculo mas ó menos cuneiforme descrito por Czermak y que ofrece una saliente diversa segun los individuos; es de un color un poco mas rojo que la epiglotis, su base se

¹ La oclusion *hermética* de la glótis solo tiene lugar durante los esfuerzos, pero en la fonacion queda siempre entre las cuerdas una abertura lineal para el paso del aire, puésto que este paso es el que hace vibrar las cuerdas. Al hablar pues de *glótis cerrada*, no se entiende solo la oclusion hermética, sino tambien la aproximacion casi completa de las cuerdas vocales.

confunde con la de esta y su vértice cubre la insercion anterior de las cuerdas vocales¹; 3° las dos cuerdas vocales inferiores, blancas, parecidas á dos pequeños tendones y colocadas verticalmente, unas veces tocándose por su borde interno y otras limitando entre ellas una abertura longitudinal de uno ó dos milímetros de ancho; la parte inferior de esta hendidura está formada por los dos cartílagos aritenoides aplicados uno contra otro y cuyos bordes internos uniéndose mas exactamente, hacen formar á las cuerdas un ligero ángulo entrante que divide la glótis en dos partes; la *inter-ligamentosa* y la *inter-cartilaginosa*; la primera forma los dos tercios de la totalidad de la glótis; la segunda, que es triangular, el tercio restante: en la parte superior de los cartílagos aritenoides se encuentra un tubérculo mucoso saliente formado por los cartílagos de Santorini; 4° abajo de la glotis y limitándola por esta parte, se encuentra la mucosa inter-aritenoidea que forma parte del rodete ary-epiglótico; 5° y último, el espacio laringo-faríngeo, á la derecha del cual se encuentra la entrada del esófago.

Lateralmente se encuentra: 1° las cuerdas vocales superiores cerca de las inferiores á las que son paralelas; 2° entre cada cuerda superior é inferior se halla una depresion que corresponde á los ventrículos de

¹ Es necesario tener presente la existencia y disposicion de este tubérculo para no tomarlo por un pólipo, pues cuando está bastante des-
arrollado se asemeja á esta produccion patológica.

Morgagni; 5º mas hácia afuera otra depresion, la fosita *innominada* de Mackenzie; 4º abajo y afuera de las cuerdas superiores y limitando lateralmente la laringe se encuentra el rodete ó borde mucoso ariteno-epiglótico, en el cual, y cerca de los cartilagos de Santorini, se halla de cada lado un tubérculo mas voluminoso que el que forman estos y corresponde á los cartilagos de Wrisberg.

Mirada en su conjunto la imágen, se nota que la epiglotis forma en su base una línea cóncava hácia abajo en su parte media, y ligeramente convexa por las partes laterales, y en estas se une al rodete cóncavo hácia arriba formado por el repliegue de la mucosa inter-aritenoidea y ariteno-epiglótica, y circunscriben un espacio en el que se hallan las cuerdas vocales superiores é inferiores, limitando estas últimas la hendidura longitudinal de la glotis, dividida como hemos dicho, y presentando la apariencia de una pequeña vulva.

Glótiis abierta. (Fig. 16.) Cuando la laringe está silenciosa y respira tranquilamente, la imágen presenta la disposicion siguiente: La epiglotis está menos levantada sobre la lengua que en el caso anterior, y por consiguiente se ve una parte mas pequeña de su cara posterior. El tubérculo de Czermak es tambien menos visible por hallarse cubierto en gran parte por la base de la epiglotis. Las cuerdas vocales están relajadas, y la abertura que forman, aunque variable, es en lo

general amplia, oblonga, ó mas bien de forma hexagonal, porque el movimiento giratorio de los cartilagos aritenoides interrumpe la línea recta de las cuerdas vocales inferiores, formando en cada una de ellas un ángulo saliente hácia afuera. En el interior de la abertura glótica se ve la parte anterior de la traquearteria, reconocible por los anillos que la forman y que presentan un color rojo blanquizco que contrasta con el mas oscuro de los espacios inter-cartilaginosos. En algunos casos, cuando las partes están bien dispuestas, puede verse toda la parte anterior de la tráquea hasta la bifurcacion de los bronquios. Elfinger, Brücke, Semeleder, Lewin y algunos otros han podido ver hasta este punto, y Türek asegura haber visto una vez todo el bronquio derecho. El rodete mucoso de la parte inferior se halla adelgazado en el medio, el que corresponde al espacio inter-aritenoideo, á causa de la distension que sufre la mucosa por la separacion de los cartilagos aritenoides; pero el resto del rodete, desde estos hasta la epiglotis, está al contrario mas abultado, por el repliegue de la mucosa, y son mas notables las salientes que forman en ella los cartilagos de Wrisberg y Santorini. Las cuerdas vocales superiores están en una direccion oblicua abajo y afuera.

Las figuras siguientes, que he hecho tomar del natural y que representan la imágen de la laringe en las dos posiciones que hemos descrito, harán comprender bien la forma y disposicion de sus distintas partes.

Pasemos ahora á describir mas detalladamente cada una de las partes de la laringe que hemos mencionado, advirtiendo que esta no será una descripción anató-

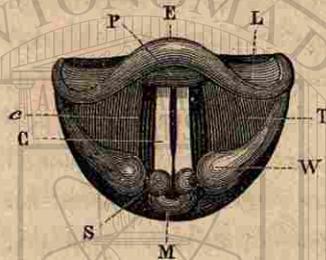


Fig. 15. — Glótiis cerrada.

- E. Borde y una parte de la cara laríngea de la epiglótis.
 L. Cara lingual del mismo órgano.
 P. Tubérculo de Czermak.
 C. Cuerda vocal inferior, formando entre ella y la del lado opuesto la glótiis interligamentosa.
 c. Cuerda vocal superior que limita con la inferior el ventrículo de Morgagni.
 T. Foseta innominada.
 W. Tubérculo mucoso correspondiente al cartilago de Wrisberg.
 S. Tubérculo mucoso que corresponde al cartilago de Santorini, y se halla sobre la cúspide del aritenoides. Este tubérculo y el anterior forman parte del repliegue ari-epiglótico.
 M. Mucosa inter-aritenoidea que limita hacia abajo la glótiis inter-cartilaginosa estándolo á los lados por los cartilagos aritenoides.

mica sino mas bien de la apariencia exterior, pues aquella nos alejaria de nuestro propósito y puede consultarse en los diversos tratados de anatomia.

Epiglótis. La forma, tamaño y aun el aspecto de esta varian mucho en las diversas personas. General-

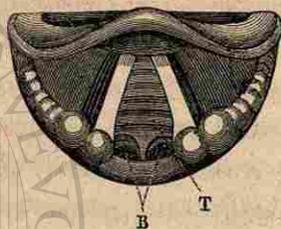


Fig. 16. — Glótiis abierta.

Se ven las mismas partes que en la figura anterior, pero la separacion de las cuerdas vocales cambia la forma de la abertura glótica y deja además ver en su fondo la tráquea T, y la bifurcacion de ella y principio de los bronquios, B.

El rodete ari-epiglótico presenta un aspecto rugoso por el relajamiento en que se encuentra la mucosa de esta parte, mientras que la inter-aritenoidea se halla al contrario tensa por la separacion de los cartilagos aritenoides.

mente se presenta bajo la forma de una lengüeta aplastada cuya extremidad está ligeramente encorvada hacia atrás. Su borde libre es convexo hacia arriba en el centro y dirigido hacia atrás dejando ver abajo de él una parte de la cara faríngea de este apéndice, se dirige luego por los lados hacia abajo para encorvarse otra vez hacia arriba, formando de cada lado una pequeña concavidad en cuyo fondo se ve una parte de la cara lingual de dicho cuerpo. Este borde es rojo-amarillento, mientras que el del resto de la epiglótis es de un rojo mas vivo. En su base se ve el tubérculo de Czermak de que hemos hablado y que está mas ó menos desarrollado. A veces la epiglótis es estrecha y como deprimida por los lados, lo que la da una forma semejante á la de la letra griega Ω (*epiglótis en omega*). Unas veces está bastante inclinada sobre la glótiis, en cuyo caso constituye, como hemos visto, una dificultad para ver esta con el laringoscópio, en el que solo se presenta la cara lingual de la epiglótis y los repliegues glosa-epiglóticos que, tanto por el centro como por los lados, la unen á la base de la lengua. Otras ocasiones la epiglótis está por el contrario levantada y permite ver la mayor parte de su cara faríngea. Los repliegues glosa-epiglóticos laterales, forman con el central ó freno de la epiglótis unas fositas llamadas glosa-epiglóticas, importantes de conocer y evitar en el cateterismo del esófago, porque detienen á la sonda cuando su estremidad se ha introducido en ellas.

Cuerdas vocales. Son cuatro : dos superiores y dos inferiores (externas é internas en la imágen). Estas últimas son las mas interesantes porque desempeñan el papel principal en el acto de la fonacion, puesto que sus vibraciones producen el sonido. Son dos cintas músculo-membranosas, aplastadas, de un color blanco nacarado análogo al de los tendones, ó á veces ligeramente amarillento. Estan tendidas de la epiglótis hácia los cartílagos aritenoides, que forman realmente parte de ellas. Su borde interno es libre y forma con el del lado opuesto la abertura de la glótis; el externo se pierde bajo las cuerdas superiores ó hácia los ventrículos de Morgagni¹. Su insercion superior en el ángulo del cartilago tiroides se halla oculto generalmente por la base de la epiglótis, y por el tubérculo sub-epiglótico, y se acerca en este punto á la de la cuerda opuesta; la inferior se confunde con los cartílagos aritenoides. Su longitud y latitud varian, lo mismo que su grueso, y estos cambios están en relacion con las modificaciones de la voz.

Las cuerdas vocales superiores, llamadas tambien *cuerdas falsas*, son unos pliegues de la mucosa de esta region, y en lo general poco notables en el estado normal. Están colocadas paralelamente á las verdaderas,

¹ Se ve por esta disposicion que es impropio el nombre de *cuerdas* que se da á estas partes, puesto que esta palabra trae consigo la idea de un cuerpo cilíndrico, y bajo este punto de vista seria mas propio llamarlas como quieren Bécclard y Fournié, *fajas ó cintas vocales (rubans)*.

aunque en un plano mas anterior, y contrastando con ellas por su color que es rojo. Su borde interno limita los ventrículos de Morgagni; el externo se pierde en una especie de depresion que Morell-Mackenzie propone llamar *fosita innominada*. Su insercion superior se oculta bajo la epiglótis y la inferior se confunde con el rodete ari-epiglótico.

Ventrículos de Morgagni. Están formados por un ligero hundimiento ó surco longitudinal situado entre las cuerdas vocales superiores é inferiores, y se marcan por una línea mas oscura que el resto de la mucosa.

Pliegues ariteno-epiglóticos. Se extienden de los lados de la epiglótis hácia los cartílagos aritenoides, formando una curva de concavidad superior que limita la abertura superior de la laringe. Su grueso varia en los distintos sugetos, y aun en uno mismo, segun el estado de accion ó de reposo del órgano fonador. Durante la produccion de los sonidos, sobre todo de los agudos, se adelgazan y se ponen tensos, mientras que cuando la glótis está silenciosa, se ensanchan por el relajamiento de la mucosa. Son de un color rojo análogo al de las encias y presentan cerca de los cartílagos aritenoides una pequeña eminencia que corresponde á los cartílagos de Wrisberg, y sobre la parte superior de los aritenoides otra mas pequeña formada por los de Santorini.

Cartílagos aritenoides. Están situados en el tercio inferior de las cuerdas vocales verdaderas, de las que,

como hemos dicho, forman parte, dividiendo la glótiis en *inter-membranosa* é *inter-cartilaginosa*; estando esta última formada por las caras internas de los aritenoides que se aplican uno contra otro. Cuando las cuerdas vocales están contraídas, se conoce la posición de estos cartílagos por la saliente que forman los de Santorini, que están sobrepuestos á ellos. Cuando las cuerdas se relajan, los aritenoides se separan uno de otro y dejan ver su cara interna de un color rojo. En esta posición se ve igualmente la membrana interaritenoides que forma la comisura inferior de la abertura glótica.

CAPITULO VI

APLICACIONES DE LA LARINGOSCOPIA A LA FISILOGIA

Mi objeto principal ha sido, al estudiar la laringoscopia, considerarla bajo el punto de vista médico, es decir, en sus aplicaciones al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato de la voz; pero como las lesiones funcionales de este no pueden determinarse sin conocer algunos de los fenómenos fisiológicos que en él se verifican, se hace preciso exponer los principales. Lo haré sucintamente, recomendando á las personas á quienes interese este asunto y deseen profundizarlo, recurran á la notable obra que sobre él acaba de publicar el Sr. Fournié¹.

Fenómenos de fonacion. El sonido se produce por la vibración de las cuerdas vocales inferiores puestas

¹ *Physiologie de la voix et de la parole*, par Edouard Fournier. Paris, 1867.

como hemos dicho, forman parte, dividiendo la glótis en *inter-membranosa* é *inter-cartilaginosa*; estando esta última formada por las caras internas de los aritenoides que se aplican uno contra otro. Cuando las cuerdas vocales están contraídas, se conoce la posición de estos cartílagos por la saliente que forman los de Santorini, que están sobrepuestos á ellos. Cuando las cuerdas se relajan, los aritenoides se separan uno de otro y dejan ver su cara interna de un color rojo. En esta posición se ve igualmente la membrana interaritenoidea que forma la comisura inferior de la abertura glótica.

CAPITULO VI

APLICACIONES DE LA LARINGOSCOPIA A LA FISILOGIA

Mi objeto principal ha sido, al estudiar la laringoscopia, considerarla bajo el punto de vista médico, es decir, en sus aplicaciones al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato de la voz; pero como las lesiones funcionales de este no pueden determinarse sin conocer algunos de los fenómenos fisiológicos que en él se verifican, se hace preciso exponer los principales. Lo haré sucintamente, recomendando á las personas á quienes interese este asunto y deseen profundizarlo, recurran á la notable obra que sobre él acaba de publicar el Sr. Fournié¹.

Fenómenos de fonacion. El sonido se produce por la vibración de las cuerdas vocales inferiores puestas

¹ *Physiologie de la voix et de la parole*, par Edouard Fournier. Paris, 1867.

en movimiento por la corriente de aire enviada por el pulmon, que hace las veces de fuelle. El exámen laringoscópico hace ver esto de una manera palpable. La glótis que está abierta antes de producir el sonido, al intentar la emision de este se estrecha, las cuerdas vocales inferiores se dirijen una hácia la otra por la contraccion de los músculos constrictores, que hacen girar hácia adentro los cartílagos aritenoides, cuyas caras internas se acercan mucho, y sus apófisis se tocan formando un ángulo entrante hácia la glótis. Entonces esta se presenta como una abertura lineal de medio á un milímetro de ancho y dividida por los cartílagos aritenoides en las dos partes de que hablamos.

La vibracion de las cuerdas vocales es bien visible cuando el tono del sonido es de una altura mediana. Si el tono es muy alto, las vibraciones son tan numerosas que se hacen imperceptibles; cuando es, al contrario, muy bajo, la laringe descende en el cuello para agrandar el tubo sonoro y se oculta, desapareciendo por consiguiente su imágen del espejo. Si se da un sonido grave de *falsete*, entonces la laringe se estrecha, la epiglótis se avanza sobre las cuerdas, y los aritenoides suben hácia ella acercándose uno á otro y ocultando la glótis.

Durante la produccion del sonido, principalmente si es agudo, se ve que hay una tension notable, no solo en las cuerdas vocales, sino tambien en los demás ór-

ganos inmediatos. Así, la epiglótis se levanta, el borde mucoso ari-epiglótico se adelgaza, los ventrículos de Morgagni se hacen menos visibles por la aproximacion de las cuerdas falsas á las verdaderas, y los bordes de unas y otras forman líneas rectas, rígidas, lo que indica su tension.

Se ha discutido mucho por los fisiologistas sobre la determinacion de las partes en que se verifican las vibraciones. ¿Es la totalidad de las cuerdas vocales (músculos, ligamentos y mucosa) la que vibra, ó bien la parte membranosa, ó solamente la mucosa? M. Fournié se decide por esta última, y las razones que da en apoyo de su opinion son convincentes. Considera como Müller la laringe como un instrumento de boquilla en el que la parte libre de esta está representada por dicha mucosa. Un estudio anatómico de esta membrana le ha hecho ver que tiene una estructura á propósito para desempeñar este papel y una disposicion diversa de la que se le habia dado hasta aquí. Al cubrir las cuerdas vocales, pierde su epitelio cilíndrico de filamentos vibrátiles que es reemplazado por epitelio pavimentoso estratificado, como el de todas las membranas de frotamiento, se adelgaza, se hace mas trasparente, y llegando al borde interno de las cuerdas, lejos de adherirse íntimamente á la membrana fibrosa por un tejido celular apretado, como habian dicho los anatómicos, « se halla unida á ella por un tejido celular escesivamente flojo que permite asemejar, hasta

cierto punto, esta porcion de las cintas vocales, á la bolsa serosa que rodea algunos tendones. » Además de esta razon anatómica y de otras físicas y fisiológicas que militan en favor de esta opinion, el exámen directo con el laringoscópio la confirma, y aun la patología viene á prestarle su apoyo. Basta en efecto, como veremos despues, una ligera inyeccion de la mucosa de las cuerdas para producir la ronquera, aun cuando los demás elementos que forman estas se hallen sanos, y vice-versa, pueden existir ulceraciones, necrosis de los cartílagos ú otras lesiones sin que el metal de la voz se altere, con tal que la mucosa de las cuerdas no esté afectada.

El sonido de la laringe humana ó voz, experimenta modificaciones notables en cuanto á su intensidad, su altura, su tono, su metal, etc., y estas son determinadas por cambios en la longitud, espesor y aun densidad de las cuerdas, por la contraccion de los músculos intrínsecos de la laringe (y sobre todo de los tiro-aritenoideos que forman el alma de las cintas vocales), por la amplitud de las vibraciones de estas, por la mayor ó menor longitud de la parte vibrante, ó bien del tubo sonoro que refuerza la voz, etc.; fenómenos que no hacemos mas que indicar, porque su estudio nos llevaria muy lejos, traslimitando nuestro programa.

La emision de la vocal *a* no exige, por decirlo así, movimiento alguno de la laringe: es el sonido mas natural, y

se hace sin ningun esfuerzo y solo por el paso del aire al través de la glótis, estando las cuerdas vocales convenientemente tensas, pero sin que los músculos extrínsecos de la laringe intervengan en su produccion. La de la *é* hace ascender la laringe hácia la garganta, como hemos esplicado, y principalmente si se emite en un tono agudo de falsete. En la produccion de la *i*, cuyo sonido es más agudo, la laringe se eleva mas que al emitir la *é*, pero al mismo tiempo la base de la lengua se dirige arriba y atrás, hácia la faringe, estrechando el istmo de la garganta. Esta circunstancia es desfavorable para el exámen laringoscópico; sin embargo, algunos enfermos, y particularmente los que están habituados ya á sufrir la exploracion laringea, pueden, haciendo intencion de emitir la *i* ó emitiendo aunque imperfectamente el sonido de esta vocal, hacer mas visible la imágen de la glótis en el laringoscópio. Los sonidos de la *o* y de la *u*, necesitando el estrechamiento de la boca y la intervencion de los lábios, no pueden darse en la posicion necesaria para ver la laringe¹.

Fenómenos de respiracion. En la respiracion tranquila y en ausencia de todo sonido, se observan en la laringe fenómenos inversos de los de fonacion. Hay un relajamiento general de todas las partes: la glótis

¹ Esta diversa disposicion que en la emision de cada vocal toman las partes que concurren á ella, indica la conveniencia de que los profesores de canto hagan vocalizar á sus discipulos, no solamente sobre la *a*, como se hace en el dia, sino tambien sobre cada una de las vocales restantes.

se ensancha dejando ver en su fondo la tráquea en una estension mas ó menos grande; y esta abertura toma la forma que hemos descrito al hablar de la imágen laringoscópica, ó bien si es mas amplia, toma la forma de un rombo ó de un exágono, pues los cartílagos aritenoides, girando hácia afuera, hacen un ángulo saliente en este sentido y dividen cada cuerda en dos partes, que forman cuatro lados del exágono; el quinto está formado por la epiglótis, y el sexto por la membrana inter-aritenoidea.

Se observa tambien frecuentemente que los cartílagos aritenoideos están animados durante la respiracion de pequeños movimientos sincrónicos de aproximacion y alejamiento, análogos á los que se observan en las alas de la nariz en la disnea: la inspiracion los hace separar y la expiracion los aproxima. Las líneas que forman las cuerdas superiores y el borde ariteno-epiglótico son menos rígidas, y este último mas saliente y sus prominencias mas marcadas.

Fenómenos diversos. La risa y la tós ligera hacen dilatar y contraer alternativamente la glótis y permiten ver con claridad el juego de las cuerdas vocales.

Los esfuerzos determinan una contraccion de todas las partes de la laringe y una oclusion completa de la glótis. Si cuando está la imágen bien clara en el laringoscópio, vienen al sugeto observado esfuerzos de vómito, se vé esta contraccion; pero los fenómenos pasan entonces con tanta violencia que no es fácil

observarlos. La auto-laringoscopia permite estudiarlos por la facilidad que hay de hacer esfuerzos ó suspenderlos á voluntad. Se nota entonces que las cuerdas vocales superiores se aplican exactamente una contra otra por la aproximacion rápida de los aritenoides, cuyas caras internas se ponen en contacto, lo mismo que sus apófisis, y aun estos suelen cruzarse; la epiglótis se inclina sobre la glótis, y el tubérculo sub-epiglótico se aplica contra ella; las cuerdas vocales superiores se aproximan á las inferiores y entre sí, y los ventrículos de Morgagni desaparecen. Si se continúa el esfuerzo, la epiglótis baja mas, y entre ella y el borde ari-epiglótico que sube á su encuentro, ocultan enteramente la glótis.

Las cuerdas vocales superiores ó falsas no contribuyen en el estado normal á la fonacion, al menos de una manera directa. Por esta razon, varios autores creen impropio el nombre de *cuerdas* que se les da, pues esta palabra suscita la idea de vibraciones directas. Mackenzie, Fournié y Béclard, que son de esta opinion, proponen despojarlas de él y llamarlas: el primero, *fajas ventriculares*, y los otros, *cintas vocales* (*rubans vocaux*).

Pero prescindiendo de la dificultad de hacer desaparecer un nombre consagrado ya por el uso y admitido por todos los médicos y los anatómicos, hay una razon para conservárselos, y es, el que en ciertos casos patológicos vibran, supliendo á las verdaderas, y produciendo

sonidos aunque imperfectos. En efecto, cuando estas últimas no pueden vibrar por hallarse paralizadas ó alteradas por ulceraciones ú otras enfermedades, las falsas se aplican una contra otra por encima de las verdaderas, y vibran como ellas. Suele suceder aun, como he podido verlo ya en dos enfermos, que la cuerda superior de un lado se una á la inferior del opuesto y vibren juntas.

Al laringoscópio debemos un descubrimiento fisiológico importante y es, la diversa sensibilidad de que se hallan dotadas las diferentes partes de la laringe. Las cuerdas vocales inferiores gozan de una insensibilidad casi completa: se las puede tocar, pellizcar y aun cauterizar sin que se despierte dolor¹. Por el contrario, la epiglótis y todo el resto de la laringe son muy sensibles, siendo esta sensibilidad mas esquisita en la mucosa inter-aritenoidea y ari-epiglótica: al tocar esta, aunque sea ligeramente, toda la laringe se contrae y la epiglótis baja á cubrirla. Se pudiera encontrar la causa de esto en la diferencia de estructura que presenta la mucosa en las cuerdas vocales inferiores y en la region supra-glótica. En las primeras, como

¹ Con frecuencia hemos visto á M. Fauvel arrancar pólipos implantados en las cuerdas vocales y hacer otras operaciones sobre ellas sin que los enfermos sufran, y este profesor nos ha referido el caso de un militar á quien extirpó un pólipo, y que no obstante el enseñarsele este no queria creer que habia sido operado, porque nada habia sentido: hasta que no recobró la voz y se vió libre de los accidentes que antes tenia, no se persuadió de la realidad de la operacion.

hemos visto, aquella mucosa está despojada de filamentos vibrátiles que son tan numerosos en la segunda y presenta, á diferencia de esta, un tegido pavimentoso.

Antes de concluir esta parte creo deber hacer una observacion que no carece de interés, y es, la gran diferencia que se nota entre la laringe de un cadáver y la del vivo. En este la sangre, penetrando los tegidos, les da una especie de turgescencia que tiene cierta analogia con la de los tegidos erectiles: las partes no solo son de distinto color sino tambien mas marcadas, mas salientes que en el cadáver: las cuerdas superiores que se ven bien en aquel, casi no existen en este, y aun las inferiores que son tan importantes en el primero, parecen unos repliegues insignificantes al hacer la autopsia.

CAPITULO VII

APLICACIONES DE LA LARINGOSCOPIA A LA PATOLOGIA

Lo reciente del descubrimiento, ó mejor dicho, de la vulgarizacion de la laringoscopia, no ha permitido aun hacer un estudio ordenado y metódico de la patologia de la laringe. Los diversos laringoscopistas se han limitado á dar material para esta obra, publicando los casos particulares que han observado en su práctica.

En Alemania Türck, cuya muerte reciente y prematura debe deplorar la ciencia, comenzó este trabajo que ha quedado incompleto¹. En Francia ninguna publicación se ha hecho en este sentido. Es tanto mas de desearse que se llene este vacío, cuanto que los hechos conocidos ya prueban de una manera palpable lo interesante de este estudio, hoy que el nuevo método de exploracion laringea permite sorprender las enfer-

¹ *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope.* Paris, 1862.

medades en el lugar de su nacimiento y seguir la marcha de sus diversas evoluciones.

Al cosechar yo y reunir en un solo cuerpo las ideas y preceptos doctrinales que emanan de los hechos publicados aisladamente, y agregar lo poco que he visto y el no despreciable contingente de los resultados aun inéditos obtenidos por el Dr. Fauvel en su vasta práctica, apoyando todo con observaciones, ya de los diversos autores ó ya las que he recogido en la clínica del referido profesor, no hago mas que contribuir con mi pequeño grano de arena á aquel honorífico trabajo, y presentar á mis comprofesores de México, ya desprendido de sus hojas, el fruto que hasta hoy ha dado la laringoscopia, para que lo juzguen y aprovechen.

ARTÍCULO PRIMERO

Laringitis.

Puede presentarse aguda ó crónica, idiopática ó sintomática.

De esta última hablaremos mas especialmente cuando se trate de las enfermedades que la originan. En las otras, el laringoscópio hace ver el enrojamiento y el abultamiento ó hinchazon de la mucosa, así como los productos catarrales que aparecen en su superficie.

Estas alteraciones pueden encontrarse generalizadas

en toda la laringe, que es lo mas frecuente en la aguda, ó bien limitados solamente á alguna de sus partes, bien sea la epiglótis, el pliegue ari-epiglótico, las cuerdas vocales superiores, las inferiores ó aun una sola de estas. (Observacion 1^a.) Cuando el mal es agudo participan generalmente de él las mucosas faringea, traqueal ó brónquica.

El enrojecimiento varia desde un color rosado vivo hasta el rojo oscuro ó violado: á veces es causado por la inyeccion superficial de los vasos y entonces contrasta con el color menos vivo de los tegidos mas profundos: esto es sobre todo notable en la epiglótis que presenta un color rojo-amarillento sobre el que se destacan bien las ramificaciones de los vasos; otras veces la inyeccion es mas fina y generalizada; y por último, se presentan casos en que la sangre embebe y penetra todos los tegidos y les da un color vinoso.

La hinchazon puede tambien variar desde un abultamiento ligero hasta un estado que estreche la glótis y dificulte la respiracion y degluticion. Esto último se observa sobre todo cuando propagándose la inflamacion al tegido celular sub-mucoso, la hinchazon toma el carácter de edematosa.

Los síntomas subjetivos son: alteracion de la voz, tos, dolor laringeo, disfagia y algunas veces disnea: rara vez síntomas generales.

La alteracion de la voz es uno de los primeros síntomas y se presenta en diversos grados. Generalmente

se pone ronca y presenta un metal áspero en tono grave ó bien en tono agudo haciéndose chillona ó vibrante, á veces está mas ó menos ahogada, pudiéndose apagar enteramente (afonia). Basta para que se presenten estas alteraciones el que la mucosa que cubre las cuerdas vocales inferiores se halle hinchada aunque sea muy ligeramente; pero si esta está sana, falta aquel síntoma aun cuando la hinchazon en el resto de la mucosa sea notable.

La tos no siempre existe. Es producida al principio por la molestia que causa el abultamiento de la mucosa y que obliga al enfermo á hacer esfuerzos para librarse de ella; y en un periodo mas avanzado del mal, por la sensacion incómoda que causan sobre aquella membrana, hecha mas sensible, las mucosidades secretadas, de las que se libra por la tos. Cuando la hinchazon de la mucosa no es grande ó está limitada, falta este síntoma, y entonces solo hace el enfermo aspiraciones fuertes para hacer desaparecer la sensacion de cuerpo extraño que tiene en la garganta, lo que en México llamamos vulgarmente *garraspera*: lo mismo sucede cuando no hay secrecion mucosa ó esta es poco considerable. Esta sensacion es mucho mas molesta cuando la hinchazon tiene su sitio en la mucosa inter-aritenoidea.

El dolor al nivel de la laringe es en lo general poco marcado y no constante: mas lo es la sensacion de cuerpo extraño de que hemos hablado. En las laringitis agudas sí es notable, y se propaga frecuentemente á

uno ú otro de los oídos segun el lado en que la inflamacion es mas viva. Esto se explica por la presencia de la trompa de Eustaquio en la parte superior de la faringe, que participa mas ó menos de la inflamacion.

La disfagia es un síntoma raro en la laringitis simple, pero existe algunas veces; y no solo cuando la inflamacion es general, sino tambien cuando está limitada á algunas partes, sobre todo las del lado izquierdo que es adonde se halla la entrada del esófago. En estos casos hay dolor y dificultad de tragar, y á veces los líquidos introduciéndose en la laringe producen accesos de tos y de sofocacion y son arrojados con violencia por boca y narices. El dolor se explica por la compresion que sufren las partes enfermas, ya por los alimentos ingeridos, ó por la contraccion de los constrictores de la faringe, ó por el levantamiento de la laringe y demás movimientos que exige la deglucion. La dificultad de esta depende de que la hinchazon de las partes que forman el vestíbulo de la laringe estorba ó impide la contraccion de este órgano y el abatimiento de la epiglótis, quedando por consiguiente la glótis espuesta á que la penetren los alimentos ingeridos.

La disnea solo es notable en los casos muy agudos, principalmente si la hinchazon es edematosa (edema de la glótis) como en las observaciones 2^a y 3^a; y cuando la inflamacion es sintomática de otros padecimientos. Se explica por el estrechamiento de la glótis, ya sea directo,

es decir, producido por la hinchazon de las cuerdas vocales mismas, ó bien por la de las partes que las rodean, y muy especialmente por la de la mucosa que cubre los cartílagos aritenoides, porque impide el movimiento que estos ejecutan durante la respiracion.

Si la hinchazon es edematosa, como sucede mas particularmente en las laringitis falso-membranosas ó en la albuminuria, puede ser tan considerable la disnea que determine la muerte del enfermo por asfixia.

Cuando la inflamacion está limitada á la epiglótis, como lo ha observado Türk, la inyeccion que esta presenta puede ser general ó limitarse á su cara posterior, que es lo mas frecuente. La hinchazon puede ser considerable y trasformarse el órgano en una especie de tumor grueso y asimétrico si el abultamiento no es igual en ambos lados. En estos casos puede, haciéndose abrir la boca al enfermo, distinguirse detrás de la lengua la epiglótis bajo la forma de un cuerpo rojo y arredondado que tocándolo manifiesta una viva sensibilidad. Hay dolor al tragar y sensacion de pesantez en el intervalo que separa el hueso hyoides del cartílago tiroides y disfagia á veces muy alarmante por su persistencia. (Observacion 4^a.) « Tocaba á la laringoscopia, dice Türk, demostrar que la disfagia puede ser debida á la inflamacion ó á la ulceracion de la epiglótis sola, estando las demás partes intactas. » A veces la epiglótis se hincha enormemente y esta hin-

chazon la hace levantar, de manera que deja ver la insercion anterior de las cuerdas vocales. (Observacion 5ª.)

Cuando la inflamacion ataca aisladamente las cuerdas vocales inferiores, se ven estas inyectadas de una manera general, ó bien una de ellas, ó solamente alguna de sus partes, y el color varía desde el rosado bajo hasta el rojo vivo. Se observa á veces un abultamiento manifiesto que afecta la forma de una orla ó cinta rojiza en el borde interno de las cuerdas y hace una saliente hácia la glótis, ó bien la de un tumor circunscrito y arredondado. La ronquera, la tós y la disnea son en estos casos bastante marcadas.

Estas inflamaciones siguen la misma marcha que las de las otras mucosas y terminan como ellas por resolucion, que es lo mas frecuente, por ulceraciones generalmente ligeras y que duran poco, cicatrizando facilmente, ó en fin pasan al estado crónico.

Esto último se observa en las personas que se abandonan y siguen bajo el influjo de las causas que provocaron la inflamacion, ó bien en aquellas en que esta se halla sostenida por un vicio general. Pero otras veces sin estos motivos y aun cuando el mal esté muy limitado y sea poco intenso, suelen prolongarse por mucho tiempo, como se ve en la enferma de la observacion 1ª.

En todos estos casos el laringoscópio es de un precioso recurso para el diagnóstico, pues que hace ver

no solo la naturaleza del mal, sino su estension y sitio, y permite hacer aplicaciones terapéuticas locales, que tan eficaces son en las flegmasias limitadas. Aquel instrumento solo puede hacer establecer el diagnóstico diferencial entre el catarro agudo de la laringe y una afeccion que ha observado Türk en las personas atacadas de bronquitis ó de ísis pulmonar, y que consiste en tos frecuente y ronquera, que puede llegar hasta la afonía: síntomas que aparecen y desaparecen, pero que á veces son persistentes y hacen creer en la existencia de ulceraciones ó cuando menos de un catarro crónico en la laringe. El exámen laringoscópico demuestra que no hay lesion ninguna material, y que los síntomas referidos son debidos, en concepto de aquel profesor, á perturbaciones de la innervacion.

Laringitis de los fumadores. M. Fauvel ha observado que las personas que fuman mucho, y sobre todo las que aspiran profundamente el humo, ó como se dice vulgarmente, *le dan el golpe*, son afectadas de una inflamacion ligera de la laringe, á la que en atencion á la causa que la produce, da el nombre indicado. Está caracterizada por una rubicundez desigual formada por manchas pequeñas y rojas que se asemejan un poco á las de la roseola sífilítica. Los síntomas que produce son poco notables, y el mal desaparece en lo general pronto con solo hacer cesar la causa que lo determina. Rara vez hay necesidad de emplear medios activos para dominarla.

Laringitis exantemáticas. Sabido es que en las fiebres eruptivas (sarampion, viruelas, escarlatina) la mucosa de la laringe, como la de la faringe, boca y algunas otras, se inflaman por la presencia en ellas del exantema correspondiente. Pero lo notable es que, según ha observado Trousseau, la erupcion aparece en dichas mucosas y especialmente en la laringea, 24 ó 48 horas antes que en cualquiera otra region del cuerpo. Esta particularidad, cuya exactitud ha podido comprobar varias veces el Dr. Fauvel, da mucha importancia al exámen laringoscópico en los casos dudosos de estas enfermedades, pues que puede decidir en ellos el diagnóstico cuando aun no ha aparecido erupcion ninguna al exterior.

Laringitis falso-membranosa. Seria de la mayor importancia el sorprender las falsas membranas de la laringe en los enfermos que, no presentando sino los síntomas de una laringitis comun, se duda si esta es falso-membranosa. Por desgracia esta enfermedad se presenta comunmente en los niños en quienes se tropieza con dificultades para su exámen. Sin embargo, Lewin asegura que estas no son tan grandes como parece, y que él ha podido examinar casi todos los niños atacados de *croup* que se le han presentado. M. Rauchfuss, médico de la casa de niños expósitos de San Petersburgo, dice igualmente que ha explorado la laringe de muchos niños afectados de *croup* en el establecimiento citado. Los señores Moura y Fauvel han visto

con claridad las falsas membranas en el adulto, como se vé en la observacion 6^a.

A esta enfermedad pudiera referirse un caso curioso observado por Türek y consignado en la observacion 7^a, y en el que las falsas membranas se desarrollaban sin síntomas agudos y el mal duró algunos meses.

ART. II

Ulceraciones de la laringe.

Grisolle y algunos otros patologistas niegan la existencia de ulceraciones producidas por la inflamacion simple ó catarral de la laringe y creen que aquellas no se presentan sino como sintomáticas de la sífilis, del muermo ó de la afeccion tuberculosa.

Sin embargo, no todos son de esta opinion. Asi por ejemplo, Niemeyer ha observado, á mas de las ulceraciones muy superficiales ó *erosiones catarrales* (que tambien admite Grisolle), las *úlceras foliculosas*, consecutivas á la destruccion de los folículos mucosos, y las *úlceras catarrales* agudas y crónicas. Los señores Hérrard y Cornil admiten tambien las ulceraciones producidas por la inflamacion del aparato folicular de la mucosa laringea, y al hablar en su Tratado de la tís pulmonar del modo de distinguir las (sobre el cadáver) de las ulceraciones tuberculosas, hacen de aquellas la

siguiente descripción¹: « Sobre la mucosa hipermiada se ven pequeños puntos salientes blanquicos; oprimiendo la mucosa á este nivel se hace salir una gotita de pus y en el lugar de la saliente, despues que el pus se ha vaciado, no queda ya mas que una pequeña depresion circular: es el orificio ensanchado de una glándula en racimo inflamada y supurada. La circunferencia de esta pequeña depresion folicular se agranda poco á poco, sus bordes son delgados y blanquicos; se estiende, adquiere 2, 3 milímetros de diámetro ó aun mas; su fondo es blanquico ó rosado, poco deprimido; muchas lesiones de la misma naturaleza nacidas al mismo tiempo se reunen y constituyen una ancha ulceracion generalmente poco profunda, de bordes sinuosos y festonados: tales son á la simple vista las ulceraciones glandulares ó foliculares simples. »

La laringoscopia ha demostrado la existencia sobre el vivo, de ulceraciones causadas por una flegmasia simple y sin que intervengan en su formacion las diátesis ó vicios constitucionales arriba mencionados.

Türk ha podido observar dos casos de ellas que se desarrollaron durante el periodo mas alto de un catarro laringeo agudo. En uno de ellos la ulceracion tenia su sitio al nivel de los cartílagos aritenoides y de sus apéndices; en otro estaba situada en la parte pos-

¹ De la *phthisie pulmonaire*. Paris, 1867, page 84.

terior de la cuerda vocal inferior del lado izquierdo. La duracion de ellas fue efimera y siguieron las faces de la inflamacion catarral que las engendró.

Ha visto tambien varias veces el mismo observador ulceraciones que no coexistiendo con un catarro laringeo no podian considerarse como producidas por él; pero no encontrándose tampoco síntomas de afeccion tuberculosa, sífilítica ú otra á que pudieran referirse, las ha considerado como ulceraciones simples.

Estas ocupaban una estension mas ó menos considerable de la mitad posterior de las cuerdas vocales inferiores. En un caso se estendian longitudinalmente sobre la mayor parte de estas cuerdas, con la notable particularidad de que las dos estaban siempre afectadas simultáneamente y casi de una manera idéntica. La pérdida de sustancia era en unas profunda, en otras por el contrario, muy superficial, como una excoriacion. Los síntomas eran ronquera y tos acompañada á veces de una expectoracion estriada de sangre. En ciertos casos el mal fue completamente indolente. La curacion fue en todos mas ó menos rápida empleando un tratamiento casi expectante ó limitado á calmar la irritacion.

Trousseau y Belloc no solo admiten la existencia de una laringitis ulcerosa simple y crónica, sino que dicen que puede por sí sola producir la *tisis* (tomada esta palabra en su sentido genuino de *consuncion*) y aun la muerte, cuyo mecanismo explican de esta manera: « la

continuidad de la tos que fatiga el pulmon y todos los músculos espiradores y que impide á los enfermos probar un instante de sueño; la dificultad á veces considerable de la deglucion; la imposibilidad en que están muchas veces los enfermos de tragar ni aun la menor sustancia alimenticia, sin ser atacados al instante de tos convulsiva y de sofocacion; en una palabra, el insomnio por una parte y la inanicion por la otra bastan, en nuestro concepto para explicar el marasmo y la muerte¹. »

A la categoria de las úlceras simples quizá pudieran referirse las que encontró M. Moura en el enfermo de la observacion 8^a.

Pero debemos confesar que son pocos hasta ahora los casos observados de ulceraciones simples, y que la mayor parte de las veces las ulceraciones son sintomáticas de las afecciones generales ya citadas, ó de padecimiento de los cartílagos, presencia de cuerpos extraños, ó bien resultado de la erupcion variólica, del uso del tártaro ú otras; y entonces sus síntomas, marcha y terminaciones son diversas, y están ligadas con las causas ó con las enfermedades que les dieron nacimiento. Estas ulceraciones sintomáticas suelen producir grandes destrozos y pérdidas de sustancia en la laringe, y dejar en ella cicatrices defectuosas que son muchas veces causa de accidentes mas ó menos graves; pero estos son raros en las úlceras simples y se ven mas bien en las sifilíticas, que son en las que mas ge-

¹ *Traité pratique de la phthisie laryngée.* Paris, 1837.

neralmente se les observa, como veremos despues.

Se encuentran á veces ulceraciones laringeas en personas que presentan síntomas evidentes de tubercularizacion pulmonar, pero en los que, el sitio y marcha de la ulceracion, distintas de las que siguen las de causa tuberculosa, asi como su feliz terminacion, hacen creer que no son causadas por esta afeccion general, sino que son úlceras simples en sugetos tuberculosos.

En el curso de la fiebre tifoidea se han observado varias veces ulceraciones y entonces son de naturaleza difterítica; se presentan comunmente en la pared posterior de la laringe y con carácter grave. Determinan una pérdida de sustancia mas ó menos estensa, atacan el pericondro que perforan y ponen á descubierto el cartílago. Comunmente el aritenoides es el afectado y suelen desprenderlo y aislarlo de sus conecciones, dejando en su lugar un foco lleno de líquido pútrido é infecto (Rokitanski).

ART. III

Pericondritis laringea.

Friedreich, Flormann y Türck han observado esta enfermedad que puede encontrarse en los cartílagos aritenoides, en el cricoides y rara vez en el tiroides. El cartílago, despojado de su pericondro, está destruido

continuidad de la tos que fatiga el pulmon y todos los músculos espiradores y que impide á los enfermos probar un instante de sueño; la dificultad á veces considerable de la deglucion; la imposibilidad en que están muchas veces los enfermos de tragar ni aun la menor sustancia alimenticia, sin ser atacados al instante de tos convulsiva y de sofocacion; en una palabra, el insomnio por una parte y la inanicion por la otra bastan, en nuestro concepto para explicar el marasmo y la muerte¹. »

A la categoria de las úlceras simples quizá pudieran referirse las que encontró M. Moura en el enfermo de la observacion 8^a.

Pero debemos confesar que son pocos hasta ahora los casos observados de ulceraciones simples, y que la mayor parte de las veces las ulceraciones son sintomáticas de las afecciones generales ya citadas, ó de padecimiento de los cartílagos, presencia de cuerpos extraños, ó bien resultado de la erupcion variólica, del uso del tártaro ú otras; y entonces sus síntomas, marcha y terminaciones son diversas, y están ligadas con las causas ó con las enfermedades que les dieron nacimiento. Estas ulceraciones sintomáticas suelen producir grandes destrozos y pérdidas de sustancia en la laringe, y dejar en ella cicatrices defectuosas que son muchas veces causa de accidentes mas ó menos graves; pero estos son raros en las úlceras simples y se ven mas bien en las sifilíticas, que son en las que mas ge-

¹ *Traité pratique de la phthisie laryngée.* Paris, 1837.

neralmente se les observa, como veremos despues.

Se encuentran á veces ulceraciones laringeas en personas que presentan síntomas evidentes de tubercularizacion pulmonar, pero en los que, el sitio y marcha de la ulceracion, distintas de las que siguen las de causa tuberculosa, asi como su feliz terminacion, hacen creer que no son causadas por esta afeccion general, sino que son úlceras simples en sugetos tuberculosos.

En el curso de la fiebre tifoidea se han observado varias veces ulceraciones y entonces son de naturaleza difterítica; se presentan comunmente en la pared posterior de la laringe y con carácter grave. Determinan una pérdida de sustancia mas ó menos estensa, atacan el pericondro que perforan y ponen á descubierto el cartílago. Comunmente el aritenoides es el afectado y suelen desprenderlo y aislarlo de sus conecciones, dejando en su lugar un foco lleno de líquido pútrido é infecto (Rokitanski).

ART. III

Pericondritis laringea.

Friedreich, Flormann y Türck han observado esta enfermedad que puede encontrarse en los cartílagos aritenoides, en el cricoides y rara vez en el tiroides. El cartílago, despojado de su pericondro, está destruido

en parte, y la mucosa que lo cubre presenta una pérdida de sustancia en los puntos correspondientes. A veces la mucosa permanece intacta y se forma debajo de ella un absceso que invade á la vez el exterior y el interior de la laringe, determinando un estrechamiento de la glótis que puede ser mortal, como lo prueba un ejemplo que ha visto Flormann.

Esta enfermedad es por lo comun consecutiva á exantemas febriles y principalmente á la viruela, á la fiebre tifoidea y á la sífilis. Una vez se ha visto ser resultado de un absceso enquistado (observacion 9ª).

Türek ha observado con cuidado algunos hechos en que esta enfermedad ha sido consecutiva á la fiebre tifoidea y ha hecho de ellos una descripción que transcribo textualmente por su importancia: « Cuando un sugeto atacado de fiebre tifoidea se pone ronco, y sobretudo cuando á la ronquera sucede la afonía, se puede presumir que la laringe padece una afección diftérica ó una pericondritis. Pero la afonía pasa comunmente desapercibida y particularmente cuando hace su aparición pocos días antes de la muerte, por que se descuida buscar este síntoma en enfermos sumergidos en el coma.

« Por el contrario, hay casos en que la difteritis ó la pericondritis laringea hacen estallar los síntomas mas alarmantes; y esto sucede cuando se produce una tumefacción inflamatoria considerable de las partes vecinas.

« He tenido ocasion cinco veces de emprender la exploracion laringoscópica en estas condiciones, en sugetos de 14 á 20 años de edad.

« En todos estos enfermos la afección laringea se declaró en un periodo muy avanzado de la fiebre tifoidea. Dos veces fue en la quinta semana y tres en el séptimo ú octavo septenario. En todos la convalecencia comenzaba á establecerse. Una inflamacion tan viva no seria quizá ya posible en la época en que las fuerzas se hallan profundamente postradas.

« La tos, una ronquera mas ó menos marcada, dolores laringeos, disnea; tales son los síntomas que he notado invariablemente. Además, la deglucion era difícil en muchos enfermos. La disnea debida al estrechamiento de la laringe llegó siempre á un grado tal, que se hizo indispensable la traqueotomia del segundo al quinto dia, para impedir la muerte por sofocacion.

« El exámen laringoscópico hacia ver, ya una tumefacción inflamatoria que ocupaba una de las cuerdas vocales inferiores solamente, ó á la vez las cuerdas vocales superiores ó el forro mucoso de los cartilagos de Santorini y aritenoides; ó ya un edema inflamatorio de esta última region; ó bien la misma lesion en un alto grado y ocupando las dos cuerdas vocales inferiores. Esto sucedía en dos enfermos que habian presentado los síntomas de la disnea mas intensa. En uno de ellos pude percibir distintamente en una de las cuerdas vocales inferiores, una pérdida de sustancia

que provenia sin duda de una ulceracion difterítica.

« De los cinco enfermos operados en estas condiciones, dos murieron, y en la autopsia encontramos las lesiones propias de la pericondritis. Los otros tres curaron, pero quedaron, y probablemente quedarán condenados al uso permanente de la cánula traqueal, pues la glótis estrechada era insuficiente para las necesidades de la respiracion. En uno de ellos, se observó ulteriormente la eliminacion de fragmentos cartilagosos. En los dos individuos á quienes se hizo la autopsia, era evidente que habia habido una pericondritis, ya primitiva ó consecutiva á una mortificacion de la mucosa. En otro enfermo, nos pudimos asegurar por la inspeccion laringoscópica de la existencia de una ulceracion probablemente difterítica. »

ART. IV

Sifilis laringea.

Las manifestaciones sifilíticas son muy frecuentes en la laringe en la que revisten diversas formas. A veces se encuentran afectando la mucosa bajo la forma de *roseola* ó de una inflamacion de esta membrana (*laringitis sifilítica*). Otras, el virus ataca el pericondro de los diversos cartílagos laríngeos (*pericondritis sifilítica*) ó bien se manifiesta por la formacion de placas mucosas, ó excrecencias sifilíticas, ó por último produce *ulceraciones*.

La *roseola* se presenta en la mucosa de la laringe bajo el aspecto de manchas rojizas, irregulares y sin saliente ninguna, semejantes á las que se suelen presentar en el paladar y garganta y con los cuales coexisten muchas veces. Tambien coinciden, en ciertas ocasiones, con la aparicion roseólica de la piel; pero es mas frecuente, como ha observado M. Fauvel, y como sucede en las fiebres eruptivas, segun hemos visto, que la aparicion de la erupcion en la laringe preceda 24 ó 48 horas á cualquiera manifestacion del mismo género en otras partes del cuerpo; y esto constituye una particularidad importante.

Un caso notable de esta erupcion que he podido ver está referido en la observacion 10ª.

La *laringitis sifilítica* es notable por la coloracion que toma la membrana mucosa, que se presenta rojo-oscuro ó violada en las partes mas profundas (cuerdas vocales superiores, ventrículos de Morgagni, fositas innominadas y membrana inter-aritenoidea), y de un rojo mas vivo en las partes que por ser mas salientes están mejor iluminadas (epiglótis y tubérculos Wrisberg). La mucosa de las cuerdas inferiores participa igualmente de la coloracion roja; pero el fondo blanco de esta amortigua aquel color y se presentan rosadas. Hay hinchazon, aunque no muy considerable de toda la mucosa. Los enfermos tienen sequedad y sensacion molesta en la garganta, y su voz es ronca. (Observacion 10ª.)

Pericondritis sífilítica. Se han observado algunos casos de esta enfermedad que afecta de preferencia el cartílago cricoides. Cuando el mal avanza, perfora de dentro afuera la membrana mucosa y desnuda el cartílago en una estension mas ó menos grande. Otras veces, una ulceracion es la que corroe la mucosa y ataca consecutivamente el pericondro, de manera que este, cuando existe una úlcera, es imposible saber si fue atacado por efecto de ella ó de una manera primitiva. Se ha visto el desnudamiento no limitarse al cartílago cricoides, sino invadir varios anillos de la tráquea.

En un caso que examinó Türk con el laringoscópio, además de los caracteres de la inflamacion, encontró, sobre la mitad posterior de las dos cuerdas vocales inferiores, un borde longitudinal, fuertemente dentellado que no se podia considerar sino como el borde superior de una ulceracion situada sobre la pared posterior de la laringe; presuncion que fue confirmada plenamente por la autopsia. Le fue imposible inspeccionar las partes situadas abajo de la glótis, porque la inflamacion secundaria de las cuerdas vocales superior ó inferior de un lado habia causado un estrechamiento de este orificio.

En todos estos enfermos se ha notado: ronquera muy considerable, tós con expectoracion muco-purulenta y á veces estriada de sangre, aliento muy fétido, y una disnea proporcionada al estrechamiento de la glótis, y que ha sido la causa de la muerte de algunos enfer-

mos. La presion ejercida de adelante atrás sobre la laringe y tráquea era dolorosa.

Excrecencias sífilíticas. Estas se presentan bajo dos formas: ó bien de verdaderas placas mucosas que aparecen en distintos puntos de la laringe, aun sobre las mismas cuerdas inferiores, y revisten el aspecto y caracteres de las que nacen en la faringe, velo del paladar y amígdalas, ó tambien en forma de excrecencias papilares, que á veces son aisladas y poco voluminosas, y otras agrupadas y hendidas como berrugas, muy semejantes á las que se desarrollan sobre el glande ó el prepucio. Estas últimas son raras, las arredondadas lo son menos: las placas mucosas son las mas frecuentes, y generalmente no atacan solo la laringe, sino que se encuentran tambien en la faringe ú otros puntos de la garganta.

Tienen por lo comun duracion corta y ceden con el tratamiento anti-sífilítico.

No obstante estos caracteres, cuando las excrecencias son papilares es á veces muy difícil decidir si son simples ó de naturaleza sífilítica. (Observacion 11^a.)

Úlceras sífilíticas. La epiglótis es el sitio de predileccion de estas ulceraciones, que pueden ocupar tambien la mucosa supra-glótica, pero casi nunca la sub-glótica, diferenciándose en esto de las tuberculosas que, como veremos despues, tienen su sitio en esta última. La epiglótis puede ser afectada en sus bordes ó en su cara lingual, pero cuando lo es en su base, como la in-

flamacion de las partes circunvecinas la hace abatir sobre la glótis, cubriéndola en parte, el exámen laringoscópico no permite ver qué puntos participan de la ulceracion. Las cuerdas inferiores se han visto afectadas, aunque pocas veces.

Su aspecto y forma es la misma que ofrecen las que se desarrollan en la mucosa buco-faringea, su tamaño variable: tienen en lo general gran tendencia á profundizar los tegidos. Türk asegura no haber visto ninguna que no perforara la epiglótis. Su fondo es gris ó amarillento, pultáceo, sus bordes rojos presentan comunmente una gran tumefaccion. A veces se engurgitan los ganglios del cuello que están vecinos.

Cuando la úlcera es pequeña, es indolente y determina pocos síntomas: aun la deglucion es fácil; pero cuando es grande ó que la inflamacion é hinchazon de las partes circunvecinas son intensas, sobrevienen todos los accidentes de que hemos hablado al tratar de las laringitis graves. Uno de los síntomas mas comunes es la disfagia, que se esplica por la hinchazon de la mucosa de la epiglótis que impide á esta llenar sus funciones fisiológicas. La expectoracion mucopurulenta y la fetidez del aliento se observan con frecuencia.

Es raro que las ulceraciones existan solo en la laringe: se encuentran tambien muy comunmente en la faringe ú otros puntos de la mucosa gutural. Otras veces son cicatrices de ulceraciones antiguas las que se encuentran en estas partes.

El exámen laringoscópico permite muchas veces hacer el diagnóstico directo; pero en lo general es necesario auxiliarse para formarlo, con los antecedentes del enfermo y con la coexistencia de otras manifestaciones sifilíticas.

Las úlceras sifilíticas, cuando han adquirido cierta profundidad, tardan algun tiempo en cicatrizar. Las serpiginosas tienen una marcha destructora y á veces muy rápida: producen grandes pérdidas de sustancia, tanto en las partes blandas como en los cartílagos. La epiglótis que, como hemos dicho, es su sitio de predileccion, se deforma notablemente y dificulta la deglucion. Cuando estas úlceras son muy estensas determinan enflaquecimiento por falta de alimentacion suficiente, sudores nocturnos, dolores, un estado caquético, y por último, pueden causar la muerte ya por el agotamiento del paciente ó por que los desórdenes de la laringe determinen una asfixia lenta ó rápida.

Pero por fortuna no son estos los casos mas frecuentes, y por un tratamiento general bien ordenado se triunfa de los accidentes y se obtiene la cicatrizacion de las ulceraciones. Si estas han sido ligeras no queda traza de ellas al laringoscópio; pero si han sido estensas y profundas, no solo las cicatrices son visibles y defectuosas, sino que pueden, cambiando las relaciones normales de las partes por adherencias viciosas de la epiglótis, etc., estorbar mas ó menos las funciones fisiológicas asignadas al órgano de la voz. (Observacion 12ª.)

ART. V

Afecciones herpéticas.

M. Fauvel ha observado varias veces en la laringe placas dartosas que otros llaman *laringitis herpética*. Son pequeñas placas blanquizas, mas ó menos salientes, irregulares y que existen no solamente en la laringe, sino tambien en la faringe, las amígdalas (observacion 13ª), el velo del paladar y aun sobre la úvula. Se presentan bajo dos formas: secas ó húmedas, asemejándose en esto á las afecciones catarrales y al asma. Cuando son húmedas vienen acompañadas de una exhalacion abundante de mucosidades: cuando son secas, la laringe y faringe están ásperas y como si fuesen de madera.

Uno de los caracteres de esta enfermedad es su movilidad: á veces es la cuerda vocal derecha la que está enferma; dos dias despues se la encuentra sana, y la izquierda es la afectada. A veces desaparece enteramente la enfermedad y se la cree curada, pero pocos dias despues se la ve volver con mas ó menos fuerza. Se conduce, en una palabra, como el herpetismo de la piel, porque es de la misma naturaleza que este.

Esta es una afeccion muy rebelde. Segun M. Fauvel, nunca se puede estar seguro de curarla antes de 10 años, y es conveniente advertir esto á los enfermos ó

sus familias. Si se la trata activamente desaparece en poco tiempo, pero entonces puede uno estar seguro de que vendrá una metástasis sobre otros órganos. A veces es en la vulva, á donde produce comezones muy vivas; ó en el ano, en el que se acompaña de hemorroides; ó ya en los bronquios, produciendo una inflamacion catarral mas ó menos aguda; ó por último en la piel, haciendo nacer una erupcion herpética, igualmente rebelde.

La coloracion de las placas, su pequeñez y mas que todo su movilidad, unida á la falta de antecedentes sífilíticos, servirán para establecer el diagnóstico entre esta enfermedad y las placas mucosas específicas, con las que pudieran confundirse.

Esta afeccion sobreviene en personas que tienen la piel impresionable y que sudan fácilmente, sobre todo de los pies. Las personas que la sufren están sujetas á dolores reumáticos articulares, á erupciones escamosas de la cabeza, á hemorroides ó á erupciones en el ano ó la vulva.

Las inhalaciones sulfurosas y los chorros de aguas de la misma naturaleza dirigidos á la garganta, unidos á la administracion al interior del ioduro de potasio, son medios muy útiles en esta enfermedad. ®

ART. VI

Afecciones tuberculosas de la laringe.

La presencia de los tubérculos en el órgano de la fonación determina dos estados morbosos diversos: la *laringitis tuberculosa* y las *ulceraciones tuberculosas*. Estas, cuando son muy numerosas ó estensas y determinan el enflaquecimiento y consunción del paciente, constituyen lo que se ha llamado *tísis laringea*.

Estas afecciones son muy frecuentes. Louis, en sus bellas investigaciones sobre la tísisis pulmonar, ha visto que se presentaban en la cuarta parte de los individuos que padecen aquella enfermedad; pero esta estadística, que no estaba apoyada en el exámen directo sobre el vivo, sino en las inspecciones cadavéricas y en síntomas que, por ser generales á varias enfermedades laringeas, son engañosos, debe modificarse. Toca á la laringoscopia rectificarla.

El sitio de predilección de estas enfermedades es la mucosa *aritennoidea*, *inter-aritennoidea* (observaciones 14^a y 15^a) ó la *tráqueal*, y este es uno de los caracteres que sirven á M. Fauvel para distinguir las de las afecciones sífilíticas que, como hemos visto, se fijan mas bien en la epiglótis. « La sífilis, dice este profesor, como viene de la boca, afecta la porción supraglótica de la laringe; mientras que los tubérculos,

como vienen del pulmon, atacan la sub-glótica ó inter-glótica. »

La *laringitis* se manifiesta por un abultamiento de la mucosa, particularmente de la inter-aritennoidea, sobre la cual se observan botoncitos rojos, cónicos, ó bien pequeñas salientes irregulares, de un color gris ó blanquizas (granulaciones tuberculosas) y que se acompañan comunmente de enrojecimiento y de un edema mas ó menos notable de la mucosa circunvecina. Este estado produce en el enfermo ronquera en diversos grados, ó aun afonía, tós ronca, sensación de molestia, á veces esputos estriados de sangre y rara vez dolor. Pueden estos síntomas disminuir y la enfermedad mejorarse ó aun desaparecer; pero es raro que este alivio sea duradero, y al cabo de algun tiempo vuelve á presentarse aquella y se agrava hasta producir las ulceraciones. Estas se presentan las mas veces como resultado del primer ataque inflamatorio.

Las *ulceraciones* ocupan de preferencia el sitio que hemos dicho: (Observacion 16^a.) este, sin embargo, no es esclusivo. Rokitansky las ha visto con frecuencia sobre la pared posterior de la laringe, al nivel de los músculos transversos, y Louis, en la sexta parte de sus enfermos, las ha encontrado en la epiglótis. Pero todas las que se han observado en esta lengüeta ocupan su cara laringea, no habiéndose visto hasta hoy ninguna en su cara lingual, y rara vez en los bordes. Se han visto tambien sobre las cuerdas vocales inferiores.

Su número es variable, así como su estension : son muy irregulares, de fondo gris, y en lo general poco profundas. Türk las ha visto varias veces con los bordes despegados. La mucosa que las rodea está roja en una estension mas ó menos grande y abultada por un engurgitamiento edematoso. Cuando las úlceras son antiguas, está además hipertrofiada y endurecida, y si este endurecimiento se halla en las cercanías de la glótis, el estrechamiento que resulta puede ser mortal. (Rokitanski.)

Los síntomas son proporcionados á las lesiones anatómicas con las que están ligados. La ronquera, la tós, y los esputos sanguíneos, son los mas comunes. La disfagia solo es notable cuando las ulceraciones se hallan en la parte postero-superior ó faringea de la laringe; pero no en los demás casos por la libertad que en sus funciones goza la epiglótis, la cual, ó no está invadida, ó si lo está es por su cara laringea. Cuando el estrechamiento de la glótis es grande por causa del edema inflamatorio, la disnea lo es tambien. Hay siempre fetidez del aliento. Si las ulceraciones son muy estensas ó por su larga duracion han causado desórdenes grandes en el órgano vocal, entonces todos los síntomas se agravan, producen el enflaquecimiento, minan la constitucion, si esta no se halla ya deteriorada por la tuberculizacion de los pulmones, y determinan la muerte del enfermo por consuncion.

Las úlcerastuberculosas tienen menos tendencia que

las sifilíticas á profundizar; casi nunca perforan la epiglótis y causan menos destrozos en las partes que invaden.

La marcha de estas afecciones es crónica. La sola inflamacion puede tener alternativas. Las ulceraciones, cuando no son muy estensas ó numerosas, pueden curar, segun M. Fauvel, pero casi siempre bajo la influencia de la diátesis vuelven á presentarse los fenómenos morbosos al cabo de un tiempo mas ó menos largo.

Ninguno de los síntomas enumerados es patognómico. Y sin embargo, seria importantísimo poder diferenciar las afecciones laringeas simples de las producidas ó sostenidas por los tubérculos, siendo el pronóstico y el tratamiento de ellas esencialmente diverso.

Al laringoscópio toca establecer con precision este diagnóstico y hacer cesar la anarquía que hoy reina en las opiniones sobre esta importante materia.

Algunos pasos ha dado ya en este sentido, y á eso debemos el contar con elementos para establecer aquel, si no con certidumbre, sí con bastante probabilidad.

Así, en lo relativo á la laringitis, para distinguir la simple de la tuberculosa, tenemos que atender á su sitio, su aspecto y su duracion. La inflamacion simple, por lo comun, es general; ó bien si está limitada no tiene sitio de preferencia y afecta rara vez la mucosa

aritenioidea ó inter-aritenioidea, mientras que esta última es la que ocupa casi siempre la tuberculosa. Aquella está uniformemente hinchada y no presenta los botones ó granulaciones grises que se encuentran en esta. Por último, la marcha y duracion de aquellas es en lo general la de las flegmasías simples, mientras que la sintomática, como está sostenida por una causa general, es mas tenaz y menos franca en su desaparicion, cuando esta se verifica. Además, si el sugeto ha tenido ya otros ataques tenaces de inflamacion laríngea, la naturaleza tuberculosa de la afeccion será mas probable; y casi cierta si el exámen de los pulmones hace descubrir en ellos los tubérculos.

Respecto de las ulceraciones, su forma y aspecto no bastan para distinguir las simples de las tuberculosas. El exámen microscópico de los esputos pudiera resolver la cuestion haciendo ver los elementos histológicos de aquel producto patológico. Seria tambien decisivo el demostrar la presencia de estos en partes tomadas de la misma ulceracion. Para poder hacer esto, he mandado construir al hábil instrumentista M. Mathieu, una especie de pinza laríngea terminada en un pequeño sacabocado, con el que se pueden tomar y arrancar porciones pequeñas de las partes ulceradas. Pero sin contar con esto, el diagnóstico puede apoyarse en las consideraciones del sitio de las ulceraciones, de su marcha, y de los antecedentes y estado actual del enfermo.

En cuanto al sitio, á mas del que hemos dicho ocu-

pan mas especialmente las ulceraciones, Türk asegura que, « fuera de la afeccion tuberculosa, jamás se encuentran ulceraciones estensas en la pared posterior de la epiglótis, si no es en un período avanzado de la fiebre tifoidea, » en cuyo caso no es posible la confusion del diagnóstico. Así, pues, si en un enfermo se encuentran ulceraciones en la membrana aritenioidea ó inter-aritenioidea ó en la cara laríngea de la epiglótis, si estas han durado ya algun tiempo, si á pesar de ello no han causado grandes lesiones en la laringe; deberá uno inclinarse á la opinion de que son tuberculosas. Esta se fortificará si el exámen y antecedentes del enfermo no revelan accidentes pasados ó actuales de sífilis; y por último, el diagnóstico se acercará á la certidumbre si la exploracion pulmonar descubre la existencia de tubérculos en estos órganos.

No hay uniformidad entre los patologistas respecto de las relaciones que tengan entre sí las tuberculizaciones pulmonar y laríngea. Mientras que unos opinan que no puede existir esta última sin que no se observen signos de tisis mas ó menos avanzada en el pulmón, y que su marcha está fatalmente ligada con la de esta afeccion, otros por el contrario, son de parecer de que pueden existir la inflamacion ó las ulceraciones tuberculosas sin que en el pulmón se encuentre lesion alguna; y que aun cuando coincidan una y otra tuberculacion son independientes en su marcha, y la laríngea puede tener alternativas, mejorarse ó aun curar, no

obstante que la pulmonar sigue su marcha fatal ¹. Las investigaciones posteriores podrán decidir este asunto que merece llamar, y mucho, la atención de los laringoscopistas; sobre todo hoy, que se está removiendo en su base la cuestión de la tuberculización.

Siendo la mucosa de la laringe y tráquea la única accesible á nuestra vista entre las que permiten desarrollarse los tubérculos, toca también á la laringoscopia estudiar la marcha y evoluciones que en ellas sigue este producto morboso, y completar el diagnóstico en esta parte, decidiendo, con el auxilio del microscopio y de la anatomía patológica, si es la granulación gris ó las masas caseosas las que producen las ulceraciones ².

¹ Si he de juzgar por dos casos que he visto en que ulceraciones tuberculosas bien caracterizadas, diagnosticadas por M. Fauvel, existían en personas en quienes el examen más minucioso del pecho no reveló signo alguno de tubérculos pulmonares, me inclinaria á la última opinión.

² Se sabe que los estudios recientes sobre el tubérculo han modificado profundamente las ideas respecto de la naturaleza y patogenia de este producto, y han echado por tierra la teoría de Laenec y Louis que consideraba la granulación gris y las masas caseosas como un mismo elemento, el tubérculo, en diferentes grados de desarrollo. Hoy las observaciones de Virchow, Hérard, Cornil y otros pato-micrógrafos, han probado que la granulación gris y lo que se llamaba tubérculo crudo, son enteramente distintos por sus elementos histológicos y por los diversos tegidos en que se engendran. A la primera, formada de tegido conectivo, se ha conservado el nombre de *tubérculo*, y á su propagación en diversos órganos de la economía el de *tuberculización*. Las masas caseosas (tubérculo crudo) parece que son resultado de una flegmasia destructiva (necrobiótica de los alemanes) que desorganiza los tegidos trasformándolos en productos grasosos.

Actualmente se debate la cuestión de si la granulación gris, que

En estas afecciones, á mas del tratamiento comun y del general que está indicado, prueban muy bien las aplicaciones locales por medio de toques con lúदानو (observacion 14^a), tintura de iodo y otros medios de que hablaremos adelante. En virtud de ellas la mucosa se deshincha y las ulceraciones pueden cicatrizar.

ART VII

Albuminúria.

Esta enfermedad viene á veces por accesos intermitentes que producen un edema limitado á la cara, á los maleolos, y á veces también á la úvula y la laringe. La existencia de un edema que sobreviene súbitamente en estos dos últimos órganos, basta, segun M. Fauvel, para diagnosticar la albuminúria.

Una vez fue llamado este profesor para ver á un sugeto que habiéndose acostado sano, fue despertado en la noche por una disnea que le sofocaba. Examinada la garganta, se encontró que la úvula estaba muy hinchada y tan alargada por el edema, que se colocaba entre las muelas y la mordía el enfermo. Por solo este signo diagnosticó el Dr. Fauvel una albuminúria, y en efecto, examinada la orina, manifiesta ^(R) acompaña casi siempre en el pulmón á los tubérculos crudos, produce por su desarrollo la inflamación engendradora de las masas caseosas, ó si estas son en dicho órgano enteramente independientes de la granulación gris.

obstante que la pulmonar sigue su marcha fatal ¹. Las investigaciones posteriores podrán decidir este asunto que merece llamar, y mucho, la atención de los laringoscopistas; sobre todo hoy, que se está removiendo en su base la cuestión de la tuberculización.

Siendo la mucosa de la laringe y tráquea la única accesible á nuestra vista entre las que permiten desarrollarse los tubérculos, toca también á la laringoscopia estudiar la marcha y evoluciones que en ellas sigue este producto morboso, y completar el diagnóstico en esta parte, decidiendo, con el auxilio del microscopio y de la anatomía patológica, si es la granulación gris ó las masas caseosas las que producen las ulceraciones ².

¹ Si he de juzgar por dos casos que he visto en que ulceraciones tuberculosas bien caracterizadas, diagnosticadas por M. Fauvel, existían en personas en quienes el examen más minucioso del pecho no reveló signo alguno de tubérculos pulmonares, me inclinaria á la última opinión.

² Se sabe que los estudios recientes sobre el tubérculo han modificado profundamente las ideas respecto de la naturaleza y patogenia de este producto, y han echado por tierra la teoría de Laenec y Louis que consideraba la granulación gris y las masas caseosas como un mismo elemento, el tubérculo, en diferentes grados de desarrollo. Hoy las observaciones de Virchow, Hérard, Cornil y otros pato-micrógrafos, han probado que la granulación gris y lo que se llamaba tubérculo crudo, son enteramente distintos por sus elementos histológicos y por los diversos tegidos en que se engendran. A la primera, formada de tegido conectivo, se ha conservado el nombre de *tubérculo*, y á su propagación en diversos órganos de la economía el de *tuberculización*. Las masas caseosas (tubérculo crudo) parece que son resultado de una flegmasia destructiva (necrobiótica de los alemanes) que desorganiza los tegidos trasformándolos en productos grasosos.

Actualmente se debate la cuestión de si la granulación gris, que

En estas afecciones, á mas del tratamiento comun y del general que está indicado, prueban muy bien las aplicaciones locales por medio de toques con lúदानو (observacion 14^a), tintura de iodo y otros medios de que hablaremos adelante. En virtud de ellas la mucosa se deshincha y las ulceraciones pueden cicatrizar.

ART VII

Albuminúria.

Esta enfermedad viene á veces por accesos intermitentes que producen un edema limitado á la cara, á los maleolos, y á veces también á la úvula y la laringe. La existencia de un edema que sobreviene súbitamente en estos dos últimos órganos, basta, segun M. Fauvel, para diagnosticar la albuminúria.

Una vez fue llamado este profesor para ver á un sugeto que habiéndose acostado sano, fue despertado en la noche por una disnea que le sofocaba. Examinada la garganta, se encontró que la úvula estaba muy hinchada y tan alargada por el edema, que se colocaba entre las muelas y la mordía el enfermo. Por solo este signo diagnosticó el Dr. Fauvel una albuminúria, y en efecto, examinada la orina, manifiesta ^(R) acompaña casi siempre en el pulmón á los tubérculos crudos, produce por su desarrollo la inflamación engendradora de las masas caseosas, ó si estas son en dicho órgano enteramente independientes de la granulación gris.

festó la presencia de la albumina. Al día siguiente todos los síntomas se habían disipado, y no se encontró ya la orina albuminosa. Esto hizo dudar á los otros médicos del enfermo de la existencia de la albuminúria; pero habiéndose reproducido los fenómenos y aparecido el edema en otras regiones, no quedó duda ya del mal, que siguió su curso y terminó por la muerte, confirmando la autopsia el diagnóstico formado en vida.

Como este, ha observado M. Fauvel otros hechos semejantes, en los que el exámen laringoscópico le ha hecho encontrar un edema blanco de las cuerdas vocales y de toda la mucosa supra-glótica, y á veces de la úvula.

Este edema sobreviene repentinamente, no dura mas que 24 ó 48 horas, al cabo de las cuales desaparece para reaparecer mas tarde en esta misma region ó en otras.

ART. VIII

Producciones accidentales de la laringe.

§ 1. — PÓLIPOS.

Estas producciones patológicas se presentan en la laringe con mucha mas frecuencia de lo que se creía antes del descubrimiento del laringoscópio. Es una de las enfermedades que mas dominan en la clínica del

Dr. Fauvel, y de la que se encuentran numerosos casos en los diversos tratados de laringoscopia.

El Dr. Causit, en una obra que acaba de publicar sobre los pólipos laringeos en los niños¹, ha logrado reunir la mayor parte de casos que se han observado de esta enfermedad, y pasan de 150 en sugetos de todas edades, y de ellos 46 pertenecen á los niños.

Su volúmen varia entre el de la cabeza de un alfiler grueso al de una avellana. Cuando son de base ancha, pueden tener mayores dimensiones, y no solamente llenar la glótis, sino penetrar como un tapon en ella é invadir la parte profunda de la laringe.

Su forma es tambien muy variable. Pueden ser pediculados (obs. 19) ó de base ancha. (Obs. 18^a) En el primer caso son generalmente arredondados (obs. 20^a), lisos ó ligeramente granulosos. (Fig. 17) Su pedículo

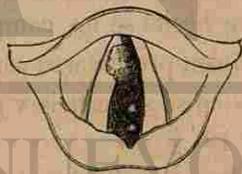


Fig. 17.

es cilíndrico ó aplastado, mas ó menos largo, pudiendo serlo á veces tanto que permita gran movilidad al pólipo y pueda este, penetrando en la glótis, desaparecer

¹ *Études sur les polypes du larynx chez les enfants*, par le docteur A. Causit. Paris, 1867.

festó la presencia de la albumina. Al día siguiente todos los síntomas se habían disipado, y no se encontró ya la orina albuminosa. Esto hizo dudar á los otros médicos del enfermo de la existencia de la albuminúria; pero habiéndose reproducido los fenómenos y aparecido el edema en otras regiones, no quedó duda ya del mal, que siguió su curso y terminó por la muerte, confirmando la autopsia el diagnóstico formado en vida.

Como este, ha observado M. Fauvel otros hechos semejantes, en los que el exámen laringoscópico le ha hecho encontrar un edema blanco de las cuerdas vocales y de toda la mucosa supra-glótica, y á veces de la úvula.

Este edema sobreviene repentinamente, no dura mas que 24 ó 48 horas, al cabo de las cuales desaparece para reaparecer mas tarde en esta misma region ó en otras.

ART. VIII

Producciones accidentales de la laringe.

§ 1. — PÓLIPOS.

Estas producciones patológicas se presentan en la laringe con mucha mas frecuencia de lo que se creía antes del descubrimiento del laringoscópio. Es una de las enfermedades que mas dominan en la clínica del

Dr. Fauvel, y de la que se encuentran numerosos casos en los diversos tratados de laringoscopia.

El Dr. Causit, en una obra que acaba de publicar sobre los pólipos laringeos en los niños¹, ha logrado reunir la mayor parte de casos que se han observado de esta enfermedad, y pasan de 150 en sugetos de todas edades, y de ellos 46 pertenecen á los niños.

Su volúmen varia entre el de la cabeza de un alfiler grueso al de una avellana. Cuando son de base ancha, pueden tener mayores dimensiones, y no solamente llenar la glótis, sino penetrar como un tapon en ella é invadir la parte profunda de la laringe.

Su forma es tambien muy variable. Pueden ser pediculados (obs. 19) ó de base ancha. (Obs. 18^a) En el primer caso son generalmente arredondados (obs. 20^a), lisos ó ligeramente granulosos. (Fig. 17) Su pedículo

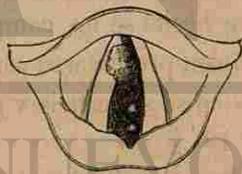


Fig. 17.

es cilíndrico ó aplastado, mas ó menos largo, pudiendo serlo á veces tanto que permita gran movilidad al pólipo y pueda este, penetrando en la glótis, desaparecer

¹ *Études sur les polypes du larynx chez les enfants*, par le docteur A. Causit. Paris, 1867.

his nervous system by relieving his imprisoned glans penis as above described.¹

The case that just now presents itself before us is one of this description :

CASE. *Double Talipes Equino-Varus, Paralytica, dependent upon Congenital Phimosi and Adherent Prepuce.*—This boy, C. H. W., aged three years, has been under treatment in a public institution in this city for two or three years, with the hope of overcoming his deformity; and that treatment has been solely by the application of instruments to hold the feet in their proper position. The mother states that the deformity was present at birth; in other words, it is congenital. As soon as he began to walk, his feet began to get more crooked, and have at last got into the shape you see here. When I take the foot in my hand, you see that it can be immediately restored to its normal position with the greatest possible ease; and when I let go it flops around the ankle like the loose end of a flail. This shows that the deformity is paralytic in its nature.

In order to remove this paralytic deformity, he has worn all manner of machinery until both his tibial bones have been bent out of shape, and still he is as bad as he was at first. His general health is good, and he has never had any sickness which can account for this condition of things.

In looking about for a cause of this paralyzed condition of the muscles of the lower extremities, I find that the head of his penis has never been uncovered; in other words he has *congenital phimosi*, and adherent prepuce, as proved by the introduction of a probe. The external opening of the prepuce is scarcely large enough to admit the smallest probe, and as the probe is made to sweep around the glans the prepuce is found everywhere adherent, except for a few lines back from the orifice of the urethra.

This penis is in an almost constant state of erection, and the conclusion I have arrived at is, that this boy has been the subject

¹ D. Campbell Black, M. D., in his work on "Functional Diseases of the Renal, Urinary, and Reproductive Organs," after reprinting some of my cases in full, says, page 213: "I offer no apology for thus giving considerable prominence to the foregoing cases. I attach to them immense importance, as disclosing, possibly, a frequent source of infantile paralysis, and the numerous indications of nervous irritability in childhood, while, so far as known to me, Dr. Sayre's cases are unique in medical literature."

of undue nervous irritation from genital excitement, which has resulted in partial paralysis of the lower extremities, and in consequence of this partial paralysis the deformity has been developed.

This subject of nervous irritation and consequent exhaustion from undue genital excitement is one of a vast deal of importance, and has not received the attention at the hands of the profession that it justly deserves. The pressure continually exerted upon the glans penis by the contraction of the adherent prepuce keeps the organ in an almost constant state of irritation and erection.

Such a constant genital excitement, no matter what its cause may be, whether occurring in a child or in an adult, is certainly detrimental to the best condition of the nervous system. In the class of cases before us, this undue genital excitement ends in paralysis, and the consequent deformity varies according to the manner in which the weight of the body is placed upon the foot. A simple mechanical support will restore the foot to its normal position, but the child can only be relieved permanently of the deformity by removing the cause which has given rise to the paralysis. The first step, then, to be taken toward curing this case is to perform the operation of circumcision, and liberate the glans penis from the adherent prepuce; for I am firmly of the opinion that the paralysis in this case is the result of nervous irritation from genital excitement which is caused by this adherent prepuce. [The operation was performed.] The child will be returned at the end of two weeks, and we shall then see whether any benefit has been derived from the operation. Meanwhile, no dressing whatever will be applied to the distorted feet, in order that we may see what effect this nervous affection had in producing the deformity.¹

¹ The mother returned at the end of the two weeks, stating that the child had been perfectly quiet every night since the operation, sleeping without any disturbance, and passing his water without difficulty, which had never occurred before. He ate well, was very much improved in his general appearance, and could stand flat on his feet without any assistance. Upon stripping the child's feet the mother's statement was fully corroborated, as will be seen by the annexed figure (Fig. 1), which was taken immediately after by Mr. Mason, photographer to Bellevue Hospital, just two weeks from the operation. As will be seen, the child stands perfectly flat upon the feet, with simple inversion of the great-toe of the left foot. The increased muscular power without the use of any electricity has been almost marvelous, and now by the

En cuanto á la composicion histológica de los pólipos laríngeos, 9 veces sobre 10, segun M. Fauvel, son *papilares* y formados de un epitelio pavimentoso al exterior, y al interior de un tegido sanguíneo en el que hay pocas venas, muchas arterias y algunos nervios muy finos en forma de asas. Este predominio del elemento vascular, explica la abundancia de las hemorragias cuando se los arranca. Otras ocasiones son fibrosos, y entonces presentan la consistencia de este tegido, y son generalmente circunscritos, pediculados, globulosos, y con poca tendencia á estenderse; sucediendo todo lo contrario con los papilares.

Entre los síntomas que revelan esta enfermedad encontramos en primer lugar, y como mas constante, la *alteracion de la voz*. Esta se pone mas ó menos ronca, á veces aguda y chillona; otras por el contrario, hueca y grave; y en fin puede faltar enteramente. Esto último se verifica cuando un pólipo se interpone entre las cuerdas y no permite á estas aproximarse para vibrar. Pero no siempre es un fenómeno mecánico la causa de la afonia, pues otras veces los pólipos, produciendo la parálisis incompleta de la glótis, esta dilatada no puede funcionar. (Türk.)

La ronquera, en sus diversos grados, es muchas veces el único síntoma que se presenta. Experimenta frecuentemente alternativas ó intermitencias que llaman la atencion. Puede, por ejemplo, un enfermo que lleva meses ó aun años de tener ronquera ó afonia,

aclarársele ó volverle la voz, y despues enronquecer y perderla de nuevo. Estos cambios se esplican por los que experimenta el pólipo en su posicion en la laringe por el hecho de su crecimiento, ó por circunstancias accidentales, y tambien por las modificaciones que sufren en su volúmen el pólipo ó la mucosa por una congestion, consecuencia de un enfriamiento, ó por un catarro laríngeo.

La ronquera ó la afonia existen desde el principio de la vida en los pólipos congénitos (observacion 20^a): en los adquiridos aparece á veces este síntoma repentinamente (observacion 17^a); pero lo mas comun es que se vaya desarrollando y agravando poco á poco. En casos escesivamente raros suele faltar.

La *tós* es un síntoma menos frecuente que el anterior; es raro que marque el principio de los pólipos; generalmente se desarrolla despues de algun tiempo cuando aquellos han adquirido cierto volúmen. Experimenta las alternativas que la voz, con la que se halla ligada. Toma muchas veces el carácter *crupal*, y como suele acompañarse de disnea, cuando esto acontece en niños, alarma á las familias que los creen atacados del garrotillo ó *croup*.

Los pólipos no se acompañan de *dolor*; solamente algunos enfermos tienen sensaciones molestas en la laringe; sienten un cuerpo extraño ú opresion traqueal ó laríngea. Esta sensacion es á veces causa de accesos fuertes de tós. (Observacion 17^a.)

La *disfagia* es tambien muy rara en esta enfermedad. Solo se nota en los casos en que el pólipo está situado en la epiglótis ó cerca de ella, y es bastante voluminoso para impedir á esta válvula llenar sus funciones.

Otro síntoma que, aunque no es constante rara vez falta, es el *silbido laringeo*. No siempre merece el nombre de silbido, pues es un ruido á veces ronco y áspero, otras sordo, ó bien agudo. Existe en los dos tiempos de la respiracion, pero es mas marcado durante la inspiracion y generalmente aumenta por la tarde y noche, sobre todo durante el sueño. Se produce por el paso difícil del aire al través de la glótis, y es necesario por consiguiente que esta se halle bastante estrechada para que aquel se verifique.

La *disnea* es un fenómeno producido por la misma causa, pero es mas constante porque no exige un gran estrechamiento glótico para su produccion; basta para ello que el paso del aire no sea tan libre como en el estado normal. Puede venir por accesos ó ser permanente, y en este caso experimenta tambien alternativas ligadas á congestiones, ya del pólipo, ó de la laringe ó á inflamaciones catarrales ú otras de este órgano. Muchas ocasiones constituye el síntoma predominante y puede ser tan intenso que determine la muerte del enfermo. Esta se ha visto ya venir repentinamente en un acceso de sofocacion. Segun M. Fauvel, Causit y algunos otros, esta enfermedad es causa de muchas muertes repenti-

nas, como la autopsia lo ha probado en varias ocasiones.

Pocos autores han hecho la auscultacion de la laringe; esto seria importante, como lo manifiesta bien un caso publicado por M. Ehrmann, y en el cual se oía en aquella, durante los movimientos bruscos de inspiracion y expiracion que hacia el enfermo, un ruido de válvula que se abre y cierra alternativamente. Este signo es característico.

Lo es tambien otro que he tenido ocasion de oír una vez y que se produce cuando el pólipo es movable y puede entrar y salir por la abertura de la glótis. En la inspiracion penetra el pólipo, y si entonces se hace una expiracion fuerte, al salir este cuerpo de la glótis produce un ruido semejante al que causa un tapon al destaparse una botella. En el caso á que me refiero el laringoscópio permitió ver al pólipo, primero adentro y luego afuera de la laringe.

Por parte del pecho se nota debilidad del murmullo vesicular y las demás consecuencias de la difícil entrada del aire á los pulmones.

Los pólipos, por sí mismos, no determinan síntomas generales. Cuando por su volúmen ó posicion dificultan notablemente la entrada del aire, producen los fenómenos que son efecto de la incompleta oxigenacion de la sangre en los pulmones; cuando á la disnea se une la disfagia el enfermo se enflaquece, se consume y puede presentar los síntomas de la tisis laringea. M. Fauvel

ha visto varios ejemplos de esto y nos ha mostrado un enfermo, al que personas competentes habian diagnosticado una tisis laríngea y que, mirándolo con el laringoscópio, se encontró que una gran masa de pólipos papilares rellenaba su laringe y una parte penetraba como tapon en la glótis, produciendo una ortofnea tan intensa que se hubiera ahogado si M. Fauvel no lo salva con la traqueotomia. Hace un año que trata á este enfermo: sus pólipos renacen, pero se los arranca de tiempo en tiempo. Sin estas operaciones el enfermo hubiera muerto en una de las reproducciones del mal.

La marcha de los pólipos es lenta y su duracion larga. Se citan varios casos en que han comenzado desde la infancia y algunos desde el nacimiento. Los enfermos, el tiempo que conservan estos tumores, están sujetos á las alternativas de que hemos hablado.

Los pólipos pueden ulcerarse (véase figura 19), gangrenarse y causar una inflamacion supurativa de la laringe. Producen á veces espasmos violentos, y esto puede tambien como dijimos, ser motivo de muerte súbita, cuya causa permaneceria ignorada si no se tuviese cuidado de explorar la laringe en la autopsia.

La naturaleza cura á veces á los enfermos afectados de pólipos pediculizando estos y haciéndolos arrojar en un acceso de tós. Cuando aquellos son circunscritos, la curacion es radical. En los papilares, que generalmente son de base ancha y formando masas aglomeradas, puede la naturaleza, haciendo desprender una parte de

estas, producir alivios notables y evitar á veces una asfixia inminente. Esto lo hace generalmente provocando un trabajo ulcerativo que, estendiéndose al derredor de una porcion mas ó menos grande de la masa, debilita ó destruye sus conexiones con el resto de ella y hace que en un esfuerzo de tós se arroje la parte desprendida.

Los pólipos papilares se reproducen con una facilidad y rapidez admirables. Trata M. Fauvel varios enfermos á quienes, como en el caso que citamos antes, tiene que arrancar de tiempo en tiempo grandes masas de aquellos que sin esta operacion sofocarian á los pacientes.

Entre los diversos síntomas que pasamos en revista, si se exceptúan los ruidos de válvula ó de tapon que son muy significativos, los restantes nada tienen de característico y pueden encontrarse en varias afecciones del órgano fonador. Es indispensable el exámen laringoscópico y este da á conocer el mal y sus pormenores.

La laringoscopia presenta, como hemos dicho, algunas dificultades para su aplicacion en los niños; pero estas no son tan grandes como pudiera imaginarse. Este exámen ha podido hacerse en veinte de los casos reunidos por Causit y con el detenimiento suficiente para reconocer el sitio, volúmen, número y forma de los pólipos. Lewin dice que este exámen no siempre es difícil aun en los niños muy pequeños; ordinaria-

mente para animarlos hace primero un simulacro de exámen en la madre. Los que tienen gran dificultad para respirar se prestan mejor á la exploracion laringoscópica, esperando instintivamente que se les procure algún alivio si abren bien la boca.

A falta del laringoscópio ó como complemento de él pueden hacerse, para el diagnóstico de los pólipos, la exploracion de las fáuces y el tacto digital.

Cuando aquellos son bastante voluminosos ó se hallan insertados en la epiglotis, ó bien son móviles y tienen un pedículo largo, pueden ser vistos por la inspeccion directa de la garganta, abatiendo fuertemente la lengua. M. Green, al hacer este exámen en una enfermita, fue esta atacada de una tós violenta que hizo salir de la laringe un pólipo redondo, blanco, de apariencia fibrosa, que desapareció inmediatamente como absorbido por la cavidad de donde habia salido.

La exploracion de la laringe por medio del dedo índice introducido por la boca puede, cuando la aplicacion del espejo es imposible, hacer sentir los pólipos, su número y su situacion. Aun despues de la laringoscopia debe hacerse el exámen digital para juzgar de la consistencia de los tumores que se han visto. Las indicaciones que da este medio son muy útiles en ciertos casos (observ. 25^a), pero debe tenerse presente que pueden algunas veces inducir á error (observ. 20^a).

Para establecer el diagnóstico entre los pólipos papilares y las escrecencias sifilíticas, Türk atiene al

estado de la mucosa, que en estas últimas se encuentra abultada y de un color rojizo. Además, segun sus observaciones, las escrecencias sifilíticas se continúan sin límites bien apreciables con la mucosa ó bien estos límites no son tan marcados como los de las vegetaciones papilares. Hay casos, sin embargo, en que el diagnóstico diferencial de ellas es dudoso (observ. 11). Inútil parece decir que la existencia de accidentes sifilíticos actuales ó anteriores debe entrar en cuenta en el diagnóstico.

Debe evitarse el confundir con los pólipos las pequeñas vegetaciones pediculadas que se forman á veces á consecuencia de ulceraciones, y que no son mas que botones carnosos exuberantes. Deben distinguirse tambien de la saliente que forman los bordes de antiguas úlceras cicatrizadas, así como de las diversas tumefacciones de la mucosa consecutivas á un catarro crónico, y que no son como aquellos, producciones accidentales desarrolladas de una manera primitiva y esencial. Estos errores se evitarán con el exámen atento de la mucosa.

Debe tenerse presente la existencia del tubérculo sub-epiglótico de Czermak, que cuando está bastante desarrollado se asemeja mucho á un pólipo, segun hemos dicho.

Los pólipos son siempre una enfermedad muy séria. Basta para justificar esta verdad el considerar que su presencia dificulta ó suspende las importantes funcio-

nes de la laringe. Esta no es solo un órgano de fonación, sino también un conducto que lleva el aire al pulmón, y desempeña por lo mismo un papel importante en la respiración; y si las perturbaciones de la primera de aquellas funciones fisiológicas, aunque perjudiciales, no comprometen la vida, no así las de la segunda que, como hemos visto, pueden causar la muerte. Esta puede ser repentina ó sobrevenir lentamente por hematoxis incompleta.

Aun cuando el desarrollo de los pólipos sea lento y puedan los enfermos vivir con ellos muchos años, están espuestos siempre á que se agraven los accidentes, y á que sobrevengan accesos de sofocación por la aparición de congestiones, laringitis intercurrentes ú otras causas que hemos indicado.

Si es cierto que los pólipos pueden curar espontáneamente, también lo es que esto sucede rarísimas veces. Los enfermos no pueden librarse de este mal sino por medio de operaciones quirúrgicas diversas y más ó menos graves; y por último, algunos de ellos una vez destruidos se reproducen fácilmente.

Es verdad que la laringoscopia ha prestado un gran servicio á la humanidad abriendo la puerta á la cirugía laríngea, y al hacer practicables aquellas operaciones ha salvado á muchos enfermos que sin ellas estarían condenados á una muerte cierta; pero dichas operaciones ofrecen dificultades y exigen habilidad por parte del cirujano.

En determinados casos el pronóstico es poco grave. Así sucede cuando el pólipo es único, circunscrito, pediculado y situado en partes accesibles; cuando aunque sean varios, están agrupados de modo que puedan ser destruidos por la cauterización; ó cuando siendo poco voluminosos se hallan en partes en que no perturban de una manera notable las funciones laríngeas.

Las causas de esta afección son predisponentes ó eficientes. Hablemos de las primeras ¹.

Edad. De las 154 observaciones que ha podido reunir el Dr. Causit, 46 pertenecen á niños, y de ellas en 10 los pólipos eran congénitos: las restantes pertenecen á las demás edades.

Sexo. Todos los autores en general señalan la mayor frecuencia de estos tumores en los hombres que en las mujeres. M. Kohler indica la proporción de 9 á 4. Muy semejante es la encontrada por Causit en las 46 observaciones que ha analizado, pues en ellas ha visto que el sexo masculino predomina en la proporción de 28 á 14.

¹ Por desgracia en las muchas observaciones de pólipos que hay publicadas, los autores se fijan principalmente en el examen laringoscópico y sus resultados, pero descuidan el hablar de otros puntos que serían muy importantes para el estudio completo de estos tumores. Esta falta es mucho más común en la parte etiológica, que muy pocos autores mencionan. Así pues, al tratar este punto, me valdré principalmente de los datos que suministra la pequeña pero excelente monografía del Dr. Causit que se refiere á los niños, y de lo que encuentre mencionado relativo á las causas en las observaciones de los diversos autores que tengo á la vista.

La *herencia* parece no desempeñar ningún papel.

El *temperamento* no está indicado en las diversas obras que tratan de esta enfermedad.

En cuanto á los *antecedentes diatésicos*, todos los autores están de acuerdo en la opinion de la poca influencia de la sífilis en el desarrollo de los pólipos.

Condiciones sociales. De las 20 observaciones en que Causit ha visto mencionado este dato, 6 niños pertenecian á familias mas ó menos acomodadas y los 14 restantes á padres pobres.

En cuanto á las causas eficientes, tenemos que un *enfriamiento* ha ocasionado en muchos casos la ronquera que ha abierto la marcha de la enfermedad, ó ha agravado los síntomas existentes.

La *irritacion de la mucosa laringea* ocupa el primer lugar entre las causas próximas de los pólipos.

Green y Ehrmann opinan que una irritación de la aringe, prolongada por mucho tiempo, puede formar estos productos patológicos. Los cantores y las personas que por la naturaleza de su ocupacion tienen necesidad de gritar ó ejercitar mucho la voz, figuran en número notable en la estadística de los pólipos.

En los antecedentes de muchos de los atacados de pólipos y particularmente en los niños, figuran las fiebres eruptivas (sarampion, viruela, escarlatina), la tós ferina, las anginas, el garrotillo, la erisipela de la cara. Lewin da mucha importancia como causas á estas

enfermedades que, segun dice, « producen á veces un trabajo inflamatorio crónico que da por resultado la hipertrófia de la mucosa y aun proliferaciones de ciertos elementos de esta membrana y tumores. »

Fundado en esta opinion, Lewin cree que se debe emplear un tratamiento local para prevenir el desarrollo de los pólipos. Se espresa así : « Espero que en lo de adelante se comprenderá la necesidad de instituir un tratamiento local en todas las laringostenósias consecutivas á las enfermedades agudas, en vez de contentarse en estos casos con atormentar inútilmente á los enfermos con el empleo de eméticos, espectorantes, narcó-

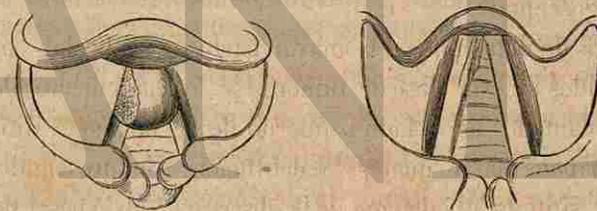


Fig. 49.

La figura de la izquierda representa un pólipo ulcerado situado sobre la inserción anterior de las cuerdas vocales, y arrancado por M. Fauvel en la clínica de M. Nélaton.

La figura de la derecha representa la laringe despues del arrancamiento.

tics, etc. Las cauterizaciones locales con un pincel serán muy eficaces. »

Una vez desarrollados los pólipos, el tratamiento médico es inútil, y solo puede servir para combatir las inflamaciones ó accidentes intercurrentes.

Los medios quirúrgicos que se emplean son : el ma-

gullamiento, el arrancamiento, la escision, la ligadura y la cauterizacion. De ellos hablaremos en la parte correspondiente.

§ 2. — TUMORES DIVERSOS.

Fibromas. Existen algunos casos de desarrollo de estos tumores en diversos puntos de la laringe. Son raros: pueden adquirir grandes dimensiones y obstruir la glótis en su crecimiento al grado de impedir la entrada del aire y determinar la asfixia. El ejemplo referido en la observacion 22 es de gran interés práctico y una de las pruebas palpitanes de las ventajas de la laringoscopia.

Es de notar que en la mayor parte de los hechos conocidos de esta clase de tumores se les ha encontrado implantados en el lado izquierdo de la laringe y dificultaban mas ó menos la deglucion. No presentaba este síntoma el enfermo de la observ. 22 *bis* á pesar de insertarse el fibroma sobre la epiglótis. La dimension de ellos ha sido variable, su consistencia dura, su superficie lisa ó lobular y la mucosa de las partes inmediatas ha estado sana. En casi todos, el crecimiento del tumor ha comprometido gravemente la respiracion y hecho necesaria la intervencion de la cirugía. Regnoli y Green han hecho la estirpacion de ellos por medio del bisturí, y Middeldorpf ha usado para destruirlos el cauterio galvánico. Este mismo medio ha empleado el

Dr. Fauvel en los casos referidos en las observ. 22 y 22 *bis*.

Tumores melánicos. Un hecho muy curioso de esta naturaleza se presentó al Dr. Fauvel el mes de Octubre de 1867 en un jóven Norte-Americano.

El tumor era alargado, de 2 centímetros de longitud y uno de latitud, lobulillado, presentando el aspecto de un racimo de uvas, de un color negro en unos puntos y de chocolate oscuro en otros; estaba implantado por una base poco ancha en el lado derecho de la laringe, abajo del repliegue ari-epiglótico, teniendo su raíz un poco atrás del tubérculo mucoso correspondiente al cartílago Wrisberg. Este tumor fue destruido por una sola aplicacion del cauterio galvánico y la curacion fue completa.

ART. IX

Estrechamiento de la laringe por tumores de la faringe.

Los tumores que se desarrollan en la parte posterior de la faringe, en su crecimiento hácia adelante se aplican contra la laringe, cuyas funciones fisiológicas perturban mas ó menos. Un caso muy importante de esta especie observé en una enferma de la clínica de M. Fauvel (observ. 25). Este hecho, además de su importancia práctica, manifiesta que el laringoscópio puede servir ventajosamente para dirijir

gullamiento, el arrancamiento, la escision, la ligadura y la cauterizacion. De ellos hablaremos en la parte correspondiente.

§ 2. — TUMORES DIVERSOS.

Fibromas. Existen algunos casos de desarrollo de estos tumores en diversos puntos de la laringe. Son raros: pueden adquirir grandes dimensiones y obstruir la glótis en su crecimiento al grado de impedir la entrada del aire y determinar la asfixia. El ejemplo referido en la observacion 22 es de gran interés práctico y una de las pruebas palpitanes de las ventajas de la laringoscopia.

Es de notar que en la mayor parte de los hechos conocidos de esta clase de tumores se les ha encontrado implantados en el lado izquierdo de la laringe y dificultaban mas ó menos la deglucion. No presentaba este síntoma el enfermo de la observ. 22 bis á pesar de insertarse el fibroma sobre la epiglótis. La dimension de ellos ha sido variable, su consistencia dura, su superficie lisa ó lobular y la mucosa de las partes inmediatas ha estado sana. En casi todos, el crecimiento del tumor ha comprometido gravemente la respiracion y hecho necesaria la intervencion de la cirugía. Regnoli y Green han hecho la estirpacion de ellos por medio del bisturí, y Middeldorpf ha usado para destruirlos el cauterio galvánico. Este mismo medio ha empleado el

Dr. Fauvel en los casos referidos en las observ. 22 y 22 bis.

Tumores melánicos. Un hecho muy curioso de esta naturaleza se presentó al Dr. Fauvel el mes de Octubre de 1867 en un jóven Norte-Americano.

El tumor era alargado, de 2 centímetros de longitud y uno de latitud, lobulillado, presentando el aspecto de un racimo de uvas, de un color negro en unos puntos y de chocolate oscuro en otros; estaba implantado por una base poco ancha en el lado derecho de la laringe, abajo del repliegue ari-epiglótico, teniendo su raíz un poco atrás del tubérculo mucoso correspondiente al cartílago Wrisberg. Este tumor fue destruido por una sola aplicacion del cauterio galvánico y la curacion fue completa.

ART. IX

Estrechamiento de la laringe por tumores de la faringe.

Los tumores que se desarrollan en la parte posterior de la faringe, en su crecimiento hácia adelante se aplican contra la laringe, cuyas funciones fisiológicas perturban mas ó menos. Un caso muy importante de esta especie observé en una enferma de la clínica de M. Fauvel (observ. 25). Este hecho, además de su importancia práctica, manifiesta que el laringoscópio puede servir ventajosamente para dirijir

gullamiento, el arrancamiento, la escision, la ligadura y la cauterizacion. De ellos hablaremos en la parte correspondiente.

§ 2. — TUMORES DIVERSOS.

Fibromas. Existen algunos casos de desarrollo de estos tumores en diversos puntos de la laringe. Son raros: pueden adquirir grandes dimensiones y obstruir la glótis en su crecimiento al grado de impedir la entrada del aire y determinar la asfixia. El ejemplo referido en la observacion 22 es de gran interés práctico y una de las pruebas palpitanes de las ventajas de la laringoscopia.

Es de notar que en la mayor parte de los hechos conocidos de esta clase de tumores se les ha encontrado implantados en el lado izquierdo de la laringe y dificultaban mas ó menos la deglucion. No presentaba este síntoma el enfermo de la observ. 22 bis á pesar de insertarse el fibroma sobre la epiglótis. La dimension de ellos ha sido variable, su consistencia dura, su superficie lisa ó lobular y la mucosa de las partes inmediatas ha estado sana. En casi todos, el crecimiento del tumor ha comprometido gravemente la respiracion y hecho necesaria la intervencion de la cirugía. Regnoli y Green han hecho la estirpacion de ellos por medio del bisturí, y Middeldorpf ha usado para destruirlos el cauterio galvánico. Este mismo medio ha empleado el

Dr. Fauvel en los casos referidos en las observ. 22 y 22 bis.

Tumores melánicos. Un hecho muy curioso de esta naturaleza se presentó al Dr. Fauvel el mes de Octubre de 1867 en un joven Norte-Americano.

El tumor era alargado, de 2 centímetros de longitud y uno de latitud, lobulillado, presentando el aspecto de un racimo de uvas, de un color negro en unos puntos y de chocolate oscuro en otros; estaba implantado por una base poco ancha en el lado derecho de la laringe, abajo del repliegue ari-epiglótico, teniendo su raíz un poco atrás del tubérculo mucoso correspondiente al cartílago Wrisberg. Este tumor fue destruido por una sola aplicacion del cauterio galvánico y la curacion fue completa.

ART. IX

Estrechamiento de la laringe por tumores de la faringe.

Los tumores que se desarrollan en la parte posterior de la faringe, en su crecimiento hácia adelante se aplican contra la laringe, cuyas funciones fisiológicas perturban mas ó menos. Un caso muy importante de esta especie observé en una enferma de la clínica de M. Fauvel (observ. 25). Este hecho, además de su importancia práctica, manifiesta que el laringoscópio puede servir ventajosamente para dirijir

el cateterismo del esófago y que á la exploracion laringea es conveniente añadir, tratándose de tumores, el tacto digital.

Otros dos casos análogos refiere Türk. En ambos el tumor de la faringe era de naturaleza cancerosa y causaba la compresion de la laringe que en uno de ellos desvió notablemente; se observó igualmente en los dos como síntoma predominante la disfagia.

ART. X

Cáncer de la laringe.

Este afecta, segun Rokitansky, las formas siguientes:

La de *cáncer medular*, desarrollándose primitivamente por núcleos circunscritos en el tegido submucoso, ó infiltrando uno ú otro de los cartílagos aritenoides ó el tiroide, para estenderse mas tarde á la mucosa;

La de *cáncer epitelial*, que es mucho mas frecuente. La laringe es, en efecto, uno de los órganos en que esta enfermedad se desarrolla de preferencia ya primitiva ó consecutivamente. En este último caso se vé formarse una vasta ulceracion cancroide que ocupa la epiglótis, la mucosa glótica, las cuerdas vocales, los aritenoides, y se estiende de alli á la base de la lengua y á los pilares de la bóveda del paladar. Sucede

á veces que la produccion epitelial es eliminada por los progresos de la ulceracion y deja como consecuencia vastas cicatrices arrugadas que pueden, retrayéndose, estrechar considerablemente las partes afectadas.

Türk ha observado tres casos de los que reproducimos el mas notable (observ. 24).

Estas tres observaciones, segun hace notar, presentan, á mas de la edad de los enfermos (57 á 58 años) muchos caracteres comunes.

Los síntomas que señalaron el principio y persistieron despues fueron los siguientes: un dolor en el lado enfermo de la faringe y que se estendia en dos de los casos á la oreja, dificultad de la deglucion, la espulsion de un líquido puriforme y sanguinolento; y por último la fetidez del aliento. Mas tarde, cuando la lesion invadió la pared posterior de la laringe, los aritenoides, etc., la voz se puso ronca, los alimentos penetraban á veces en la glótis y la respiracion era difícil. Dos veces se notó un tumor duro y abollado en el lado correspondiente del cuello. La muerte sobrevino, en dos de los enfermos, un año ó diez y ocho meses despues de la aparicion de los primeros síntomas.

En los tres casos el exámen laringoscópico permitió ver una perforacion ulcerosa de una de las mitades laterales de la epiglótis, una ulceracion en la region lateral correspondiente de la faringe y una inflamacion moderada de las partes vecinas.

En el primer enfermo se hubiera podido creer que

se trataba de ulceraciones sifilíticas que, como se ha dicho, perforan comunmente la epiglótis. A una época mas avanzada el diagnóstico se confirmó por la forma irregularmente abollada de la epiglótis y por la aparición de un pseudo-plasma voluminoso, granugiento y rojizo en la base de la lengua.

En los dos últimos casos la existencia del cáncer no dejó duda desde la primera exploracion laringoscópica. Bastaba echar una ojeada sobre las escrescencias esponjosas y ulceradas que pululaban en el interior de la laringe para establecer desde luego un diagnóstico cierto.

ART. XI

Parálisis de las cuerdas vocales inferiores.

Al laringoscópio debemos, si no el conocimiento de esta enfermedad, sí el tener sobre ella ideas mas precisas y conocer el mecanismo de su produccion. Aquel instrumento ha hecho ver que la contraccion de la glótis es un fenómeno *activo*. En la inaccion de las cuerdas, estas se encuentran relajadas y la glótis ampliamente abierta; tal, en fin, como en el cadáver. Pero cuando bajo la influencia de la voluntad ó sin intervencion de ella los músculos entran en accion, las cuerdas se ponen en movimiento y se tienden de una manera conveniente para producir el sonido. Esta

contraccion puede ser total ó parcial, segun que todos los músculos glóticos (intrínsecos y estrínsecos) entran en juego, ó bien solamente los tiro-aritenoideos, ó aun una parte de ellos; y la combinacion de estas contracciones parciales y totales son las que dan á la voz humana la variedad y multiplicidad de sonidos que le conocemos.

Esto supuesto, cuando el influjo nervioso se debilita ó falta en aquellos músculos, sobreviene la parálisis de las cuerdas vocales.

Consiste esta pues en un debilitamiento ó falta de accion de estos órganos, que en el momento de la fonacion no se aproximan como deben para vibrar y dejan la glótis mas ó menos abierta.

La parálisis puede ser completa ó incompleta, afectar una sola ó las dos cuerdas, ó bien solo la parte inter-ligamentosa ó la inter-cartilaginosa de la glótis: puede tambien ser permanente, pasagera ó intermitente.

En la parálisis completa que afecta las dos cuerdas, estas, permaneciendo inmóviles, hacen la fonacion imposible asi como los esfuerzos y la tos. Los enfermos al querer hablar lo hacen solo con la boca y labios como las personas que han sufrido la traqueotomia; se fatigan fácilmente, ó mas bien, no pueden hacer esfuerzos, pues estos exigen la oclusion de la glótis. De aquí resulta, segun ha observado M. Fauvel, que no pudiendo almacenar aire en sus pulmones, la respiracion no se hace

de una manera completa, la hematosis es imperfecta, lo que produce la anémia, la debilidad, el enflaquecimiento y á veces la muerte. Los enfermos sucumben en este caso como una lámpara en la que se extingue el aceite. A esto contribuye igualmente la falta de alimentacion, pues que paralizado el esófago, que está animado por el mismo nervio que la laringe (el neumogástrico) viene la disfagia.

Pero es rara una parálisis tan completa; en lo general lo es menos y aun cuando haya afonía, la respiracion y demás funciones en que toma parte la laringe se hacen bien, aun cuando el mal dure mucho tiempo (observ. 26). Otras veces ni aun la voz falta enteramente, sino que es débil ó ronca. Türk ha visto tambien ejemplos de parálisis bastante marcada, con afonía completa, y en que sin embargo se hacian bien la tós, el esfuerzo y la deglucion.

Los síntomas son menos pronunciados cuando la parálisis está limitada á una sola cuerda. Türk ha encontrado que la voz no se perdía sino que era solo ronca, en los casos en que la falta de oclusion, aun ocupando la glótis entera, no era completa, y en aquellos en que su sitio esclusivo era la parte interligamentosa de la glótis; estando buena la porcion inter-cartilaginosa. Cuando la parálisis ocupa la cuerda del lado izquierdo, hay además de los síntomas indicados la dificultad de la deglucion.

La debilidad ó falta de accion de las cuerdas de-

pende directamente de la parálisis de los músculos que las mueven, y la localizacion de esta en algunos de ellos esplica el que la falta de movimiento sea parcial. Los mas comunmente paralizados son los constrictores por escelencia, es decir, los crico-aritenoideos laterales y aritenoideos transversos, que son los que hacen girar en uno ú otro sentido los cartílagos aritenoideos y cerrar ó abrir la glótis, principalmente la inter-cartilaginosa; vienen luego los tiro-aritenoideos que forman el alma de la parte inter-ligamentosa de las cuerdas; y por último los aritenoideos oblicuos.

El exámen laringoscópico hace ver que la laringe no tiene lesion anatómica ninguna, pero las cuerdas han perdido su movilidad normal; en vez de dirigirse una hácia la otra permanecen quietas en los esfuerzos de fonacion (observ. 26), ó bien si la parálisis es incompleta, se acercan un poco dejando entre ellas un intervalo mas ó menos ancho. Si es una la cuerda afectada, se ve á la otra moverse sola, contrastando este movimiento con la quietud de la enferma (observacion 27).

Solo por el exámen laringoscópico se puede establecer el diagnóstico de esta afeccion, pues los síntomas de ella pudieran hacer creer en una tisis laringea ú otra enfermedad. Una sobrina del Dr. Louis fue atacada de una afeccion de la laringe, con afonía completa, disfagia, anémia, enflaquecimiento y otros síntomas que la pusieron en un estado bien grave, é

hicieron creer á aquel ilustre médico, — persona bien competente sobre todo en materia de tubérculos, — en una tísis de la laringe. Hecho el exámen laringoscópico por M. Fauvel, encontró que no habia sino una parálisis de las cuerdas vocales. Algunas aplicaciones de electricidad hechas directamente sobre ellas, curaron completamente á la enferma. Hace de esto cinco meses, y la curacion se ha mantenido.

La laringoscopia hace ver, en las personas en que la parálisis se ha prolongado mucho tiempo, un fenómeno de que hice mencion en la parte fisiológica, y es que las cuerdas superiores suplen á las inferiores, se contraen, se ponen en contacto y vibran como aquellas, produciendo sonidos roncós. Este accidente es malo, porque retarda la curacion; debe combatirse cauterizando las cuerdas superiores y electrizando las inferiores.

No basta diagnosticar la parálisis de las cuerdas, sino que es necesario remontar á la causa de ella. Se decidirá primero si el mal es pasagero ó efecto simplemente de perturbacion nerviosa, ó bien depende de una lesion mas ó menos profunda del nervio neumogástrico que, como se sabe, es el que preside á las funciones de la glótis por medio del laringeo inferior ó recurrente. El estudio del comemorativo, de la marcha del mal y de los síntomas concomitantes, ilustrarán al médico en este diagnóstico.

Cuando la parálisis es de una sola cuerda, — y este

es el caso comun, — debe examinarse con cuidado si hay compresion ú otra lesion del nervio, bien en el origen de su nacimiento en el bulbo raquidiano, á su salida por el agujero rasgado posterior ó en el resto de su trayecto. Cuando la cuerda paralizada es la izquierda, debe sospecharse, antes que todo, un aneurisma de la aorta que es la causa mas frecuente del mal en este lado, y esto se explica porque el nervio recurrente, al desprenderse del neumogástrico para terminar en la laringe, pasa por debajo del cayado de aquella arteria abrazándola¹.

La marcha de este mal está ligada con la causa que le da origen. Si es efecto puramente nervioso, puede cesar repentinamente por una impresion moral viva, como se han visto muchos ejemplos.

Por lo comun, el mal es permanente y puede durar muchos años. Suele tener alternativas y cesar, por poco tiempo, para reaparecer en seguida. M. Fauvel curó á una mujer, cuya afonía cesaba cuando se bañaba en el rio, y reaparecia al salir del agua, y Türck

¹ Una parálisis de esta clase hizo á M. Fauvel diagnosticar un aneurisma de la aorta en un célebre abogado de Paris, quien al cabo de media hora de hablar en público tenia que suspender su discurso porque le venia una afonía completa. El médico de la familia no habia podido sospechar que un aneurisma incipiente del cayado fuese la causa de dicho accidente. Como este, ha visto otros casos M. Fauvel, y varias veces ha impedido hacer la traqueotomia en enfermos que se creian atacados de edema de la glótis y que tenian un aneurisma de la aorta.

Algunas enfermedades de los ganglios brónquicos ó de la cima del pulmon pueden tambien paralizar el laringeo inferior.

vió un enfermo á quien volvía la voz cuando tenía aplicado en la garganta el laringoscópio.

A más de las espesadas, pueden otras enfermedades ser causa de parálisis más ó menos completa. Estas son, según Türk, el catarro de la laringe, los catarros ligeros ó intensos de la tráquea y brónquios, la tuberculización pulmonar, la fiebre tifoidea y las excrecencias de las cuerdas vocales. Es sensible que aquel distinguido laringoscopista no cite hechos que pongan de manifiesto la acción de estas causas.

Esta enfermedad es muy rebelde á todo tratamiento excepto á la hidroterapia y á la electricidad. La primera cura bien los casos ligeros; pero la segunda es muy superior y da excelentes resultados. Mas es necesario, para que sea eficaz, aplicarla directamente sobre las cuerdas vocales inferiores. Cuando se aplica al cuello ó sobre el trayecto del neumo-gástrico, no cura la enfermedad. (Obs. 25.) El Dr. Fauvel ha visto muchos enfermos á los cuales se había aplicado sin éxito ninguno la electricidad al exterior, y los ha curado completamente por la electrización directa de las cuerdas. M. Duchenne de Boulogne proponía en semejantes casos electrizar los músculos aritenoideos oblicuos y transversos; pero M. Fauvel que lo ha hecho, encuentra que es un mal método, que no da resultados y hace vomitar á los enfermos; es necesario llevar los reoforos directamente sobre la glótis.

Esta operación da á veces resultados sorprendentes.

En una mujer que llevaba siete años de no poder hablar, una sola electrización bastó á M. Fauvel para volverla la voz. Otra que llevaba tiempo de estar con afonía y que presentaba la particularidad que mencioné de poder hablar solamente cuando estaba en el baño, curó también con una sola aplicación de electricidad. La esposa de un médico de Burdeos que perdió la voz á consecuencia de un gran susto que tuvo, al ser despertada por un incendio que había estallado en su casa, y que conservó por dos años su afonía, sanó de esta por el medio indicado, solamente que la curación no sobrevino inmediatamente, como sucede por lo regular, sino dos días después de la aplicación de la electricidad y cuando ella menos se lo esperaba. (Véase también la obs. 26.)

Esta operación no tiene ningún inconveniente, y los enfermos la soportan bien, porque no es dolorosa¹.

La parálisis de las cuerdas, una vez curada, puede volver, y sobre todo en las mujeres delicadas en el momento de sus reglas; pero este incidente es pasajero las más veces. La amenorrea parece tener algunas ocasiones influencia en esta enfermedad (Türk), en cuyo caso hay indicación de restablecer el flujo catamenial.

¹ La mucosa supra-glótica sí es sensible, como se ha dicho, y por esto es necesario no tocarla con los reoforos.

ART. XII

Afecciones de la base de la lengua.

Otro de los servicios que ha prestado el laringoscópio es el dejar ver no solamente la laringe sino también las partes que están á un lado y arriba de ella, y que pueden ser el sitio de enfermedades que permanecerían ignoradas sin el exámen con el espejo. Así, la entrada del esófago, las partes laterales de la faringe y la parte profunda de la lengua, son hoy accesibles á la vista. La importancia de esto no es corta, principalmente respecto de la lengua. En las personas de cuello largo ó que tienen la laringe profundamente situada, una parte notable de aquel órgano (la vertical comprendida entre el istmo de la garganta y la epiglótis) queda oculta y puede ser afectada de ulceraciones ó degeneraciones diversas.

Dos hechos de este género he podido observar: en el primero que ví con los Señores Nelaton y Fauvel se trataba de una señora polaca que tenía un padecimiento de la garganta y habia sido tratada por médicos notables, sin que pudieran formar un diagnóstico exacto de su mal ni mejorarla, y por esto consultó al Dr. Nelaton. Examinada con el laringoscópio, valiéndose del reflector de Czermak y de la luz solar, vimos perfectamente en la parte vertical de la lengua grandes ulceraciones carcinomatosas que eran causa de los padecimientos.

El otro caso era el de una mujer que empezó por tener una disfagia tenaz que se creyó nerviosa, y para combatirla se le hicieron mas de 20 aplicaciones eléctricas. Pero no cediendo el mal y apareciendo, por el contrario, engurgitamientos ganglionares duros en el cuello, su médico mandó á la enferma á M. Fauvel para que la examinara con el laringoscópio. Hízolo así y encontró una degeneracion cancerosa á los lados de la epiglótis y perfectamente limitada á la parte profunda de la lengua. La introduccion del dedo hacia sentir la dureza de los tegidos:

ART. XIII

Tratamiento de las afecciones laringeas.

No es mi ánimo hablar detalladamente del tratamiento que exigen las enfermedades de la laringe, sino consignar solamente algunos de los medios que he visto emplear con mejor fruto al Dr. Fauvel en su clínica y otros que recomiendan como eficaces diversos especialistas. Ahora que el laringoscópio ha hecho tomar un nuevo giro á la terapéutica de aquellas enfermedades, instituyendo la medicacion tópica, creo que será útil conocer la manera con que la aplican las personas prácticas en este ramo. Esto me servirá de disculpa por la pequeña escursion que hago fuera de los límites que me habia marcado.

ART. XII

Afecciones de la base de la lengua.

Otro de los servicios que ha prestado el laringoscópio es el dejar ver no solamente la laringe sino también las partes que están á un lado y arriba de ella, y que pueden ser el sitio de enfermedades que permanecerían ignoradas sin el exámen con el espejo. Así, la entrada del esófago, las partes laterales de la faringe y la parte profunda de la lengua, son hoy accesibles á la vista. La importancia de esto no es corta, principalmente respecto de la lengua. En las personas de cuello largo ó que tienen la laringe profundamente situada, una parte notable de aquel órgano (la vertical comprendida entre el istmo de la garganta y la epiglótis) queda oculta y puede ser afectada de ulceraciones ó degeneraciones diversas.

Dos hechos de este género he podido observar: en el primero que ví con los Señores Nelaton y Fauvel se trataba de una señora polaca que tenía un padecimiento de la garganta y habia sido tratada por médicos notables, sin que pudieran formar un diagnóstico exacto de su mal ni mejorarla, y por esto consultó al Dr. Nelaton. Examinada con el laringoscópio, valiéndose del reflector de Czermak y de la luz solar, vimos perfectamente en la parte vertical de la lengua grandes ulceraciones carcinomatosas que eran causa de los padecimientos.

El otro caso era el de una mujer que empezó por tener una disfagia tenaz que se creyó nerviosa, y para combatirla se le hicieron mas de 20 aplicaciones eléctricas. Pero no cediendo el mal y apareciendo, por el contrario, engurgitamientos ganglionares duros en el cuello, su médico mandó á la enferma á M. Fauvel para que la examinara con el laringoscópio. Hízolo así y encontró una degeneracion cancerosa á los lados de la epiglótis y perfectamente limitada á la parte profunda de la lengua. La introduccion del dedo hacia sentir la dureza de los tegidos:

ART. XIII

Tratamiento de las afecciones laringeas.

No es mi ánimo hablar detalladamente del tratamiento que exigen las enfermedades de la laringe, sino consignar solamente algunos de los medios que he visto emplear con mejor fruto al Dr. Fauvel en su clínica y otros que recomiendan como eficaces diversos especialistas. Ahora que el laringoscópio ha hecho tomar un nuevo giro á la terapéutica de aquellas enfermedades, instituyendo la medicacion tópica, creo que será útil conocer la manera con que la aplican las personas prácticas en este ramo. Esto me servirá de disculpa por la pequeña escursion que hago fuera de los límites que me habia marcado.

Medicamentos pulverulentos. M. Fauvel no es partidario del empleo de las sustancias medicamentosas en polvo. Ha visto que no son bien soportadas por la laringe; molestan mucho á los enfermos, provocando esfuerzos que las hacen espulsar y que aumentan la congestión laríngea.

M. Fournié no es de esta opinion; al contrario, los polvos forman la base de su medicacion. Valiéndose de un insuflador, que describiremos mas adelante, aplica el alumbre, el sub-nitrato de bismuto, el calomel, ú otras sustancias.

Medicamentos líquidos. Estos pueden ser aplicados en *chorros*, ó finalmente divididos (pulverizados), ó en *inhalaciones* ó por último en *toques* ¹.

¹ Estando ya en prensa este libro, he tenido ocasion de ponerme en relacion con el Dr. Guinier, laringoscopista distinguido de Montpellier y autor de algunos trabajos sobre esta materia. Este señor me ha hecho ver en sí mismo el siguiente experimento curioso, y que considero interesante, porque es un hecho en contradiccion con las ideas fisiológicas reinantes y revela un nuevo medio de poner los líquidos medicinales en contacto directo con la mucosa laríngea. El experimento á que me refiero es este:

Toma en la boca una pequeña cantidad de agua y volteando ligeramente hácia atrás la cabeza, hace introducir por su propio peso el líquido en el fondo de la garganta. Abriendo entonces la boca y aplicando el laringoscópio en su lugar gatural, se ve perfectamente la epiglótis levantada y que el líquido se halla contenido en la *cavidad supra-glótica* de la laringe, bañando la mucosa de este órgano y las cuerdas vocales tanto superiores como inferiores, mirándose estas al través del agua con su color blanco y aplicadas una contra otra cerrando herméticamente la glótis. Haciendo entonces una lenta expiration, las burbujas de aire que atraviesan y agitan el líquido no dejan duda de la situacion de este. Esta operacion la hace el Dr. Guinier con facilidad, sin

Chorros. Los de líquidos emolientes recibidos en la faringe, prueban bien en las laringitis agudas simples acompañadas de sensacion de calor y de sequedad en la garganta y tambien en las que acompañan las ulceraciones. Es necesario hacerlos tibios y á la misma temperatura. Los de líquidos sulfurosos obran bien en las laringitis y laringo-faringitis granulosas de carácter crónico. En los casos de ulceraciones con fetidez del aliento y secrecion purulenta ó en los de cáncer de la laringe, de la faringe ó el esófago, producen buen efecto los chorros de agua simple ó cargada de ácido fénico ú otros desinfectantes: lavan las ulceraciones y purifican el aliento. Los aluminosos ó de otros líquidos astringentes son útiles en los casos en que la inflamacion viene acompañada de edema.

molestia y puede prolongarla todo el tiempo que le es posible contener su respiracion.

Descubierta de esta manera la posibilidad de que los líquidos lleguen hasta la laringe y la tolerancia de esta para ellos, ha utilizado el profesor de Montpellier este descubrimiento en el tratamiento de las afecciones de aquel órgano, instituyendo lo que ha llamado *gargarismo laríngeo*, cuyos buenos resultados ha podido ver en grande escala en los numerosos enfermos que concurren á los baños sulfurosos de Caunterets para curarse de aquellas afecciones. Dicho gargarismo, que consiste en hacer penetrar el líquido medicinal hasta la laringe y mantenerlo por algun tiempo en ella agitándolo ó no, se ejecuta siguiendo las prescripciones siguientes formuladas por el referido profesor: 1° levantar ligeramente la cabeza; 2° abrir moderadamente la boca; 3° adelantar la mandibula inferior levantando la barba; 4° ponerse en disposicion de emitir ó procurar emitir realmente el sonido de la *é*; 5° contener la respiracion.

Siento que lo adelantado de la impresion me impida entrar en los detalles que merece este hecho curioso.

Están contraindicados los chorros en los casos en que la epiglótis, no pudiendo abatirse, deja descubierta la glótis.

Líquidos pulverizados. Divididos en partes sumamente finas, los líquidos medicamentosos pueden llegar á la laringe sin molestar este órgano, cuya sensibilidad que, esceptuando las cuerdas vocales, es notable en el resto, se encuentra aun exaltada en las afecciones flegmáticas. Se pueden, pues, aplicar los líquidos pulverizados simples ó medicamentosos en los mismos casos que los chorros; pero se usarán de preferencia á ellos cuando estando sana la faringe y el resto de las fáuces el mal está limitado á la laringe; y sobre todo en los casos en que por hallarse la glótis á descubierto por enfermedad de la epiglótis, aquellos, segun hemos dicho, están contraindicados. En esta circunstancia, los líquidos pulverizados son soportados perfectamente.

Para dividir los líquidos se usan diversos aparatos llamados pulverizadores. Los principales son los dos de Luër, el de Salles-Girons y el de Mathieu.

El primero de Luër es una pequeña geringa de cristal provista de un tubo metálico, largo y encorvado para que pueda llegar á la faringe é inclinarse hácia la laringe; en su estremidad se atornilla una pequeña pieza metálica, en que hay un agujero muy fino que divide el líquido que pasa por ella. Llena la geringa del líquido conveniente, no se hace mas que atornillar la pieza perforada, llevar hasta la abertura glosio-faringea el

tubo, cuya concavidad se dirige hácia abajo, y se empuja el émbolo.

El segundo pulverizador de Luër consiste en un cuerpo de bomba metálico fijado horizontalmente á un apoyo sólido de madera, y teniendo en un extremo un largo tubo formado de una liga de estaño y plomo, lo que le permite ser muy flexible; al extremo de este se atornilla, como en el anterior, una pieza metálica perforada. Despues de haber llenado por aspiracion el cuerpo de bomba con el líquido medicamentoso, se atornilla el extremo metálico y se hace obrar el émbolo. La varilla de este es un largo tornillo que entra en una tuerca formada por la tapa del cuerpo de bomba; esta disposicion permite á aquel, que se hace obrar por medio de un manubrio, comprimir fuertemente el líquido para obligarle á salir dividiéndose.

El aparato de M. Salles-Girons modificado por los señores Robert y Collin (fig. 20) se compone: de un vaso de cristal, en el que se echa el líquido que se quiere emplear; un cuerpo de bomba con un émbolo que haciéndolo obrar, aspira el líquido del vaso y lo lleva á un tubo metálico, en cuya estremidad hay una abertura muy pequeña que se tapa ó destapa por medio de una llave, y por la cual sale el líquido con bastante fuerza y se dirige á un tambor tambien metálico. Este contiene una especie de boton convexo, contra el cual, al chocar, el líquido se divide en gotitas sumamente finas que el tambor dirige á la boca del paciente, colocada en frente

de él. Abajo del tambor, hay un pequeño embudo que conduce el líquido escedente por medio de un tubo de caoutchuc al vaso de cristal ó á otro cualquiera.

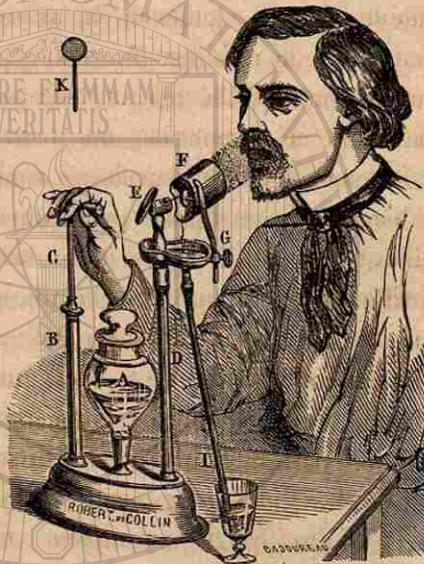


Fig. 20. — Pulverizador de M. Sales-Girons.

- A. Vaso que contiene el líquido medicinal.
- B. Cuerpo de bomba.
- C. Émbolo.
- D. Tubo que conduce el líquido el cual sale en forma de chorro por el orificio que tiene en su estremidad abriendo la llave E.
- F. Tambor en el que se hace la pulverización.
- G. Embudo que recibe el líquido escedente y lo lleva por el tubo de goma elástica I á un vaso.
- K. Tamis metálico que se coloca en vez del tambor para hacer menos fina la pulverización.

El manejo de este pequeño aparato es muy fácil: basta, después de haber echado en el vaso el líquido, abrir la llave para destapar el orificio del tubo metálico,

y hacer obrar el émbolo. Debe cuidarse que el chorro choque oblicuamente y en el centro del botón ó tope que está adentro del tambor, pues no tomando esta precaución, la división del líquido no es muy fina.

El aparato pulverizador de M. Mathieu (fig. 21) se compone de un vaso de cristal C, que contiene el lí-



Fig. 21. — Pulverizador de M. Mathieu.

quido medicamentoso, el cual se echa por el embudo G;

sobre este vaso, que está cubierto de una armadura metálica, hay un cuerpo de bomba B, en el que juega un émbolo cuya varilla se halla unida á una larga palanca I, terminada por un puño A, por el que se hacen obrar la palanca y el émbolo. Al cuerpo de bomba está fijo un tubo metálico encodado y terminado por un agujero muy fino D, que se cubre ó descubre por una llave H que le protege; abajo de ella se halla unido otro embudo F, provisto de un tubo de cautchuc que va á terminar al primer embudo G, y arriba y á cierta distancia se halla el tambor E en el que se hace la pulverizacion.

Conocido el instrumento, fácil es comprender su manera de obrar. El líquido contenido en el vaso es absorbido al cuerpo de bomba por el levantamiento de la palanca que eleva á su vez el émbolo, y cuando este baja, el líquido, que no puede volver al vaso por impedírsele una válvula que hay en la parte inferior del cuerpo de bomba, se ve obligado á pasar por el tubo encodado y salir con fuerza en forma de chorro por el pequeño agujero que hay en D, y que se ha destapado antes haciendo girar la llave H; chocando el chorro fuerte y oblicuamente en el tubo E, el líquido se divide muy finamente y sale en forma de niebla que aspira el enfermo para que llegue á su laringe. El mismo enfermo puede hacer obrar su instrumento. Se puede, si se desea calentar el líquido, colocar una lámpara de alcohol debajo del vaso de cristal.

Quitando el tambor E, colocando en la llave H la estremidad L del tubo K y haciendo obrar el émbolo, se obtiene, por la estremidad M, un chorro muy fino y que sale con tal fuerza que penetra en la piel perforándola. Esto, que se ha llamado *acuo-puntura*, se aconseja como revulsivo en las nevralgias y algunas parálisis, en cuyas enfermedades se dice que ha producido buenos resultados.

Inhalaciones. En estas la sustancia medicinal, ya vapor ó líquido pulverizado, penetra no solo á la laringe sino á los brónquios y á toda la estension del árbol aereo, poniéndose en contacto con la mucosa de estas partes. Es un medio terapéutico muy ventajoso que hace poco tiempo se ha generalizado y del que cada dia se saca mas partido. Debe sin embargo manejarse con prudencia y no olvidar que puede producir, usándolo con esceso, pulmonias dobles rápidamente mortales, como lo ha probado la esperimentacion en animales y aun un caso observado en el hombre por M. Trousseau.

Pueden hacerse con líquidos pulverizados por medio de los aparatos que hemos descrito, ó con diversos gases formados en inhaladores especiales, como son el de oxígeno y el de clorhidrato de amoniaco de Lewin.

El inhalador de Lewin ofrece las ventajas de ser sencillo, de poco costo y de que aunque dispuesto para el desprendimiento del hidrocloreto de amoniaco,

puede servir tambien para otros gases. Consiste en tres frascos *a b c* (figura 22) uno de los cuales *a* con-

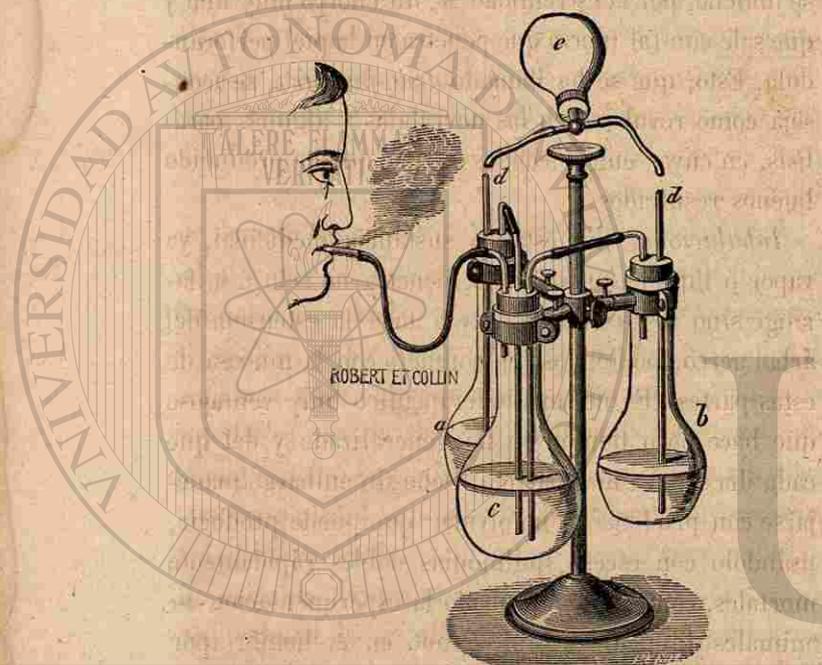


Fig. 22. — Inhalador de Lewin.

- a.* Frasco que contiene ácido clorhídrico.
- b.* Frasco con amoniaco.
- c.* Frasco con agua.
- d y d.* Tubos que permiten al aire exterior entrar en el aparato.
- e.* Esfera de goma elástica provista de tubos de la misma que se aplican á los extremos *d d* de los de cristal cuando se hace uso del aparato en los niños que no aspiran voluntariamente los gases. Comprimiendo la esfera se empuja estos y se les obliga á salir por la boquilla introducida en la boca del niño. Sirve tambien para las insuflaciones en el recto ú otras cavidades.

tiene ácido clorhídrico, y otro *b*, amoniaco, y el tercero *c*, agua; estos líquidos no llenan sino la mitad

de los frascos; en el primero y segundo entran en cada uno un tubo recto *d* y *d* abierto por los dos extremos y que llega hasta cerca del fondo; de la parte superior de cada uno de estos frascos parte otro tubo que entra en el del agua llegando tambien hasta cerca de su fondo. De la parte superior de este tercer frasco parte por último otro tubo que comunica con uno elástico en cuya estremidad hay una boquilla por la que se hace la inhalacion. Absorviendo por ella sale una parte del aire contenido en la mitad superior del frasco *c*, y tiende á hacerse el vacío en él; mas como está en comunicacion con los frascos *a* y *b* por los tubos correspondientes, el aire contenido en ellos penetra cada cual por su lado y reemplaza al absorbido por la boquilla; á su vez el vacío que tiende á hacerse en los frascos *a* y *b* por el aire que han suministrado á *c* es reemplazado por el atmosférico que penetra por los tubos *d* y *d*. Pero como el aire contenido en el frasco *b* contiene vapores de amoniaco y el del frasco *a* vapores de ácido clorohídrico, en el *c* se reunirán estos vapores ya lavados por su paso al través del agua y se combinarán, llegando á la laringe y bronquios en estado de clorohidrato de amoniaco ¹.

¹ El Dr. Libermann ha escrito una importante memoria sobre los buenos efectos del empleo del clorohidrato de amoniaco en inhalaciones en varias afecciones catarrales ú otras de la mucosa de las vias respiratorias. Debo á la bondad de este amigo el poder reproducir algunos párrafos de aquel trabajo, aun inédito, y formado en vista de los resultados obtenidos por el profesor Lewin, en Berlin, y por los experimen-

Al aparato inhalador de oxígeno no corresponde aquí su descripción pues aquel gas no se emplea en

tos personales hechos por el autor en París, valiéndose del aparato que acabamos de describir, y de algunos de los cuales he sido testigo.

« El inhalador del Dr. Lewin está destinado á producir, por medios tan sencillos como poco dispendiosos, el cloridrato de amoníaco al estado naciente. Los vapores de este gas llegan á la boca del enfermo por una simple aspiración que hace en un tubo de goma elástica que comunica con el aparato. Puede así respirar á voluntad los vapores, regular su cantidad y detenerse cuando existen la tós ó los vómitos. En los antiguos procedimientos de inhalación no se podía graduar la absorción de los vapores, porque se desprendían rápidamente por la proyección de la sal amoniacal sobre placas calientes de hierro ó de porcelana, y en cantidad tan considerable, que el enfermo resentía al momento accesos de tós, de sufocación y aun de vómitos. La molestia que experimentaban era tal, que los obligaba generalmente á suspender la medicación al cabo de poco tiempo.

« Tiene también este aparato la ventaja de poderse disimular en él el olor del cloridrato, que es á veces desagradable para las personas delicadas. Esto se consigue agregando al agua que contiene uno de los frascos, algunas gotas de aceite esencial aromático (anis, menta, hinojo, agua de Colonia, etc.). Se pueden añadir también otras sustancias medicinales, el iodo, por ejemplo, en los casos de bronquitis tuberculosa . .

« El inhalador de Lewin está destinado á prestar grandes servicios en el tratamiento de todas las inflamaciones crónicas de las mucosas y particularmente de las que tapizan las vías respiratorias.

« El primer efecto de la aplicación local del cloridrato de amoníaco es una irritación viva de la mucosa, que trae consigo la caída y después la renovación de los epitelios, y un aumento de la secreción normal ó patológica. Esta irritación se manifiesta sintomáticamente por una exacerbación de todos los fenómenos morbosos durante los primeros días, y después poco á poco las secreciones son menos abundantes, los dolores se calman, y á consecuencia de la revulsión directa ejercida sobre ella, la mucosa tiende á adquirir su estado normal, lo que se verifica á veces en muy poco tiempo.

« El cloridrato de amoníaco no obra solamente de una manera local, es también absorbido, al menos en parte, y puede encontrarse en las

las enfermedades de la laringe, sino en las pulmonales.

Las inhalaciones se usarán en las mismas enfermedades que hemos dicho, pero servirán también

orinas. Su acción general se manifiesta por una aceleración notable del pulso, por una sensación de calor y de excitación que no es desagradable á los enfermos; una transpiración ligera que á veces se convierte en un sudor abundante, y por último, en algunas personas, por un aumento de la secreción renal.

« El Dr. Lewin ha obtenido muy buenos resultados de esta medicación en el tratamiento de las diferentes formas de bronquitis y laringitis crónicas y en las afecciones nerviosas de las vías respiratorias. . .

« Nosotros hemos experimentado durante algunos meses las inhalaciones del clorhidrato de amoníaco en cierto grupo de inflamaciones de las mucosas y de afecciones nerviosas de las vías respiratorias, y aunque nuestras observaciones son aun poco numerosas, creemos sin embargo deber exponer aquí los resultados obtenidos, que han sido casi siempre favorables.

« En 3 casos de bronquitis crónica simple, pero que databan de muchos meses, curación en 20 á 35 días por término medio.

« 2 casos de bronquitis crónica con enfisema pulmonar que databan de muchos años. Alivio notable en un caso, disminución de la expectoración, pero persistencia de la tós aunque muy moderada. Curación completa en el otro al cabo de 6 semanas (con persistencia del enfisema).

« 2 casos de bronquitis tuberculosa (infiltración tuberculosa de la cima de los pulmones) disminución notable de la tós y de la expectoración al cabo de 15 días; supresión de los sudores nocturnos, vuelta del apetito. Suspensión del tratamiento en el otro caso á causa de una hemotísis.

« 2 casos de faringitis granulosa que habían sido tratados sin éxito durante muchos años por aplicaciones locales de toda especie. Curadas, una al cabo de 5 semanas y la otra al cabo de 7 (5 inhalaciones por día de 10 minutos cada una).

« 1 caso de catarro crónico de las fosas nasales que duraba hacia 5 meses. Cefalalgia persistente, secreción abundante de mucosidades por las fosas nasales anteriores y posteriores, inapetencia, dificultad de la respiración, ausencia de antecedentes específicos. (Insuflaciones de

para las afecciones de los bronquios y aun del pulmón. Las sulfurosas las emplea el Dr. Fauvel en las flegmasias crónicas y sobre todo en las laringitis tuberculosas ya sean simples ó aun acompañadas de ulceraciones (tísis laringea); solamente que, á imitación de los ingleses aconseja no emplearlas en la tísis aguda que aquellos llaman *florida*, en la que producen malos efectos, sino en la *tórpida* ó crónica. Son igualmente eficaces en el herpetismo de la laringe y faringe. Las inhalaciones aluminosas son útiles en los casos de edema, ya sea inflamatorio ó bien efecto de la albuminuria. Algunos han aconsejado las de sales mercurio-

cloridrato de amoniaco, 3 á 5 por día, de 6 minutos cada una.) Curacion al cabo de 17 dias.

1 caso de laringitis crónica que databa de 6 meses. Hinchazon de la mucosa inter-aritenoidea, rubicundez de las cuerdas vocales, dificultad de la deglucion, ronquera, afonia incompleta. Curacion al cabo de 7 semanas (4 inhalaciones por día, de 5 minutos cada una).

3 casos de asma nervioso, sin enfisema pulmonal notable. Una vez los accesos se cortaron con 2 inhalaciones de 5 minutos y á intervalo de 2 horas. Los otros dos, despues de 4 inhalaciones de 10 minutos.

« 1 caso de afonia nerviosa (paralisis de las cuerdas vocales) en una mujer histérica. Curacion á los 4 dias (3 inhalaciones de 10 minutos, una al dia).

« Sentimos no haber tenido ocasion de experimentar este medio en la inflamacion crónica de las trompas y de la caja del tímpano, que son con tanta frecuencia causa de sordera persistente; pero esperamos que los médicos auristas no vacilarán en emplear esta medicacion tan sencilla como racional.

« En ciertas formas de disenterias crónicas, las insuflaciones del cloridrato de amoniaco podrian reemplazar con ventaja á las lavativas cáusticas, que aunque son en lo general inofensivas, pueden, sin embargo, producir á veces perforaciones intestinales rápidamente mortales. »

riales en el tratamiento de las afecciones sifilíticas de la laringe. M. Fauvel no las emplea y se atiende en estos casos al tratamiento general.

Para asegurar la penetracion de los líquidos pulverizados ó de los gases hasta el árbol aéreo es necesario abrir bien la boca, estirar el cuello y echar la cabeza un poco atrás, adelantar ligeramente la lengua teniéndola aplicada contra el piso de la boca y hacer en esta posicion inspiraciones lentas y profundas.

Toques. El laringoscópio permite aplicar los líquidos medicinales directamente sobre la laringe por medio de toques cuya estension se puede graduar.

M. Fauvel no toca nunca á los enfermos con la solucion de sulfato de cobre tan recomendada por Trousseau, porque produce á los enfermos una sensacion tan desagradable que se niegan á una segunda aplicacion, y es causa muchas veces de vómitos tenaces.

Los líquidos que mas emplea este especialista son: el láudano de Sydenham ó la tintura de opio, la tintura de iodo y la solucion de nitrato de plata. Estos los usa puros ó en solucion concentrada, porque la experiencia le ha enseñado que debilitados, incomodan á los enfermos tanto como los puros y son menos eficaces que ellos. Sin embargo, hay personas de laringe susceptible y en las que conviene emplearlos primero diluidos (observ. 11).

Los toques con láudano producen excelentes efectos en los engurgitamientos de la mucosa aritenoidea,

sobre todo cuando vienen acompañados de rubicundez: la sensacion de cuerpo extraño que existe entonces, se calma ó desaparece por el empleo de este medio. Producen igualmente buenos efectos en todos los casos en que hay una fuerte escitacion laringea, á menos que no sea producida por lo agudo de la inflamacion en cuyo caso los antiflogísticos y emolientes son preferibles.

La tintura de iodo se emplea para modificar la vitalidad de la mucosa laringea, sobre todo en las inflamaciones crónicas que sobrevienen á las personas escrofulosas y en que hay un endurecimiento del tegido celular sub-mucoso. No debe emplearse cuando haya síntomas agudos.

En la tísis de la laringe, M. Fauvel emplea: 1º los toques con láudano al principio de la enfermedad y cuando hay un estado agudo; 2º toques con láudano mezclado con la mitad de tintura de iodo cuando los accidentes han disminuido, y 3º, con la tintura de iodo pura cuando los enfermos se han habituado ya y pueden soportarla bien.

La solucion de nitrato de plata se emplea para modificar mas profundamente la vitalidad de la mucosa, para provocar una inflamacion sustitutiva en las inflamaciones rebeldes, ó como caterética en las ulceraciones de mala naturaleza; ó bien para destruir los pequeños pólipos, los papilomas ú otras producciones de este género. Este medio se usa cuando el mal está mas ó menos generalizado, pero si ocupa una estension

limitada, se ataca de preferencia con el nitrato de plata sólido.

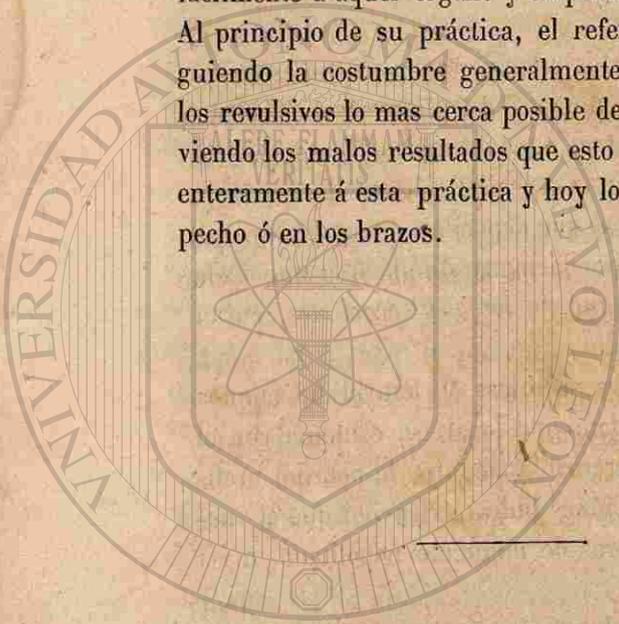
Baños rusos. Estos y los de vapor son un excelente remedio contra las afonias ó ronqueras producidas por una laringitis catarral aguda simple. Uno, dos ó á lo mas tres baños de esta especie las hacen desaparecer. Las afonias sifilíticas que dependen de un engurgitamiento de la mucosa laringea simple ó acompañada de roseola *con tal que no haya ulceraciones*, curan pronto por este medio.

En las afecciones sifilíticas M. Fauvel no emplea ordinariamente tratamiento local; se contenta con el general misto (mercurio y ioduro de potasio) prefiriendo las preparaciones hidrargíricas en que el metal está puro (píldoras de unguento napolitano, masa azul, etc.).

Emisiones sanguíneas. Se emplean en las inflamaciones laringeas, siguiendo las reglas comunes. M. Fauvel prefiere en lo general las emisiones locales (sanguijuelas, ventosas) que aconseja aplicar siempre en la parte *posterior* del cuello ó mejor en el pecho. Aun en la tísis laringea las emisiones locales poco abundantes alivian mucho á los enfermos: los fenómenos inflamatorios se moderan y la hemoptisis cesa.

Revulsivos. Segun M. Fauvel no deben *jámás* emplearse sobre el cuello. Estando la laringe separada de la piel de esta region adelante y á los lados por una capa poco gruesa de tegidos blandos, la inflamacion

que producen estos agentes terapéuticos se propaga fácilmente á aquel órgano y empeoran los enfermos. Al principio de su práctica, el referido profesor, siguiendo la costumbre generalmente admitida, ponía los revulsivos lo mas cerca posible de la laringe; pero viendo los malos resultados que esto le daba renunció enteramente á esta práctica y hoy los aplica sobre el pecho ó en los brazos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO VIII

APLICACIONES DE LA LARINGOSCOPIA A LA MEDICINA OPERATORIA

ARTÍCULO PRIMERO

Reglas generales.

Pasaremos revista á las diversas maniobras y operaciones que se pueden hacer sobre la laringe, valiéndose del espejo laríngeo, fijando antes algunas reglas que son aplicables á todas ellas, y recordando algunos de los principios que hemos establecido.

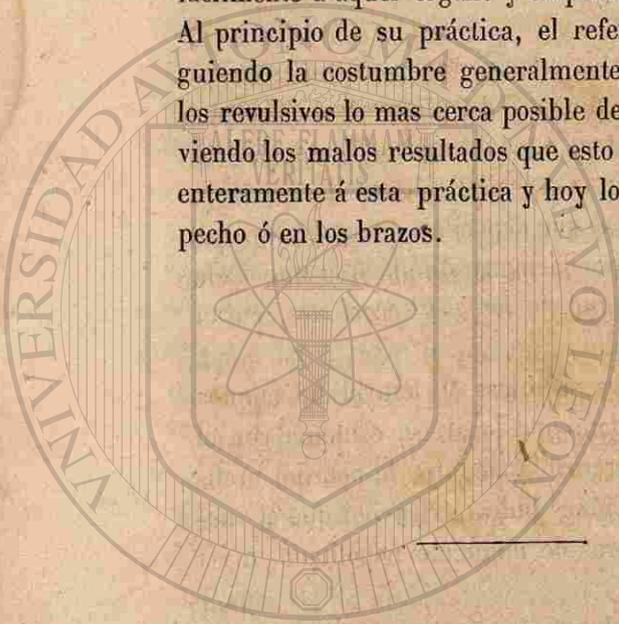
Es necesario antes que todo una viva luz, y para que el operador sea dueño de ella, es conveniente valerse del reflector de Czermak.

En las personas indóciles ó tímidas será útil hacer fijar la cabeza por un ayudante.

El enfermo tendrá su lengua con la mano derecha para dejar libre el uso de ambas manos al operador. Este aplicará el laringoscópio con la mano izquierda y manejará los instrumentos con la otra.

Mientras dure la operacion, es necesario hacer sos-

que producen estos agentes terapéuticos se propaga fácilmente á aquel órgano y empeoran los enfermos. Al principio de su práctica, el referido profesor, siguiendo la costumbre generalmente admitida, ponía los revulsivos lo mas cerca posible de la laringe; pero viendo los malos resultados que esto le daba renunció enteramente á esta práctica y hoy los aplica sobre el pecho ó en los brazos.



CAPITULO VIII

APLICACIONES DE LA LARINGOSCOPIA A LA MEDICINA OPERATORIA

ARTÍCULO PRIMERO

Reglas generales.

Pasaremos revista á las diversas maniobras y operaciones que se pueden hacer sobre la laringe, valiéndose del espejo laríngeo, fijando antes algunas reglas que son aplicables á todas ellas, y recordando algunos de los principios que hemos establecido.

Es necesario antes que todo una viva luz, y para que el operador sea dueño de ella, es conveniente valerse del reflector de Czermak.

En las personas indóciles ó tímidas será útil hacer fijar la cabeza por un ayudante.

El enfermo tendrá su lengua con la mano derecha para dejar libre el uso de ambas manos al operador. Este aplicará el laringoscópio con la mano izquierda y manejará los instrumentos con la otra.

Mientras dure la operacion, es necesario hacer sos-

tener al enfermo, sin interrupcion, el sonido de la *é*, para mantener la laringe á la vista y alcance de los instrumentos.

• En las operaciones, mas que nunca, es de primera importancia tener presente la disposicion de la imágen del espejo relativamente á la laringe, y recordar que lo que está *arriba* en aquel se encuentra *adelante* en esta, y lo que se vé *abajo* en el espejo está *atrás* en la laringe.

La glótis es insensible; pero la mucosa supra-glótica es, al contrario, muy sensible; por esta razon, cuando se opere sobre la primera debe evitarse, en cuanto sea posible, tocar la segunda. Si se la toca, se contrae vivamente, oculta todo, y aun agarra al instrumento con bastante fuerza, de manera que al sacar este se la puede desgarrar.

Deben hacerse las operaciones laringeas con un atrevimiento prudente, sin vacilar; pero sin tosquedad. Se permanecerá el menor tiempo posible dentro de la laringe, pues teniendo que dilatarse y moverse esta para la respiracion, estos movimientos cambian la situacion de las partes, y además el enfermo no puede permanecer mucho tiempo en una posicion forzada.

Es muy frecuente que al sentir los enfermos los instrumentos en la laringe tosan con fuerza y arrojen á la cara y ojos del operador sangre, líquidos medicinales ó mucosidades, lo cual á mas de ser desagradable ofusca la vista é impide continuar la operacion. Debe pues el

operador estar prevenido de este accidente para evitarlo en cuanto pueda, y con mas empeño si la enfermedad que trata es sifilítica.

Algunos enfermos suelen tambien vomitar; por esto es bueno operar cuando el estómago esté vacío.

ART. II

Toques.

Para darlos sobre las cuerdas vocales, M. Fauvel se sirve de pequeñas esponjas fijas á varillas de laton ú otro metal flexible (fig. 23^s), encorvadas en su estremitad, y cuya curvatura se aumenta ó disminuye segun conviene; su otro extremo se fija á un mango. El volúmen de las esponjas es apenas el de un piñon; si son mas gruesas, como las de que se servia Trousseau, no pueden llegar á las cuerdas, pues que al tocar la mucosa supra-glótica, — y no pueden dejar de hacerlo por su volúmen, — esta se contrae y les impide ir mas adelante. Pueden, sin embargo, usarse gruesas cuando es esta última mucosa la que se quiere tocar, pues entonces la contraccion de la laringe no tendrá inconveniente y, por el contrario, servirá para esprimir el líquido medicamentoso, que se estenderá sobre toda la superficie de la mucosa.

Los señores Krishaber y Mackenzie usan, en vez de esponja, de pinceles largos; el primero los atornilla en

una varilla curva de ballena, y el segundo en un alambre metálico, fijándose uno y otra en su mango.

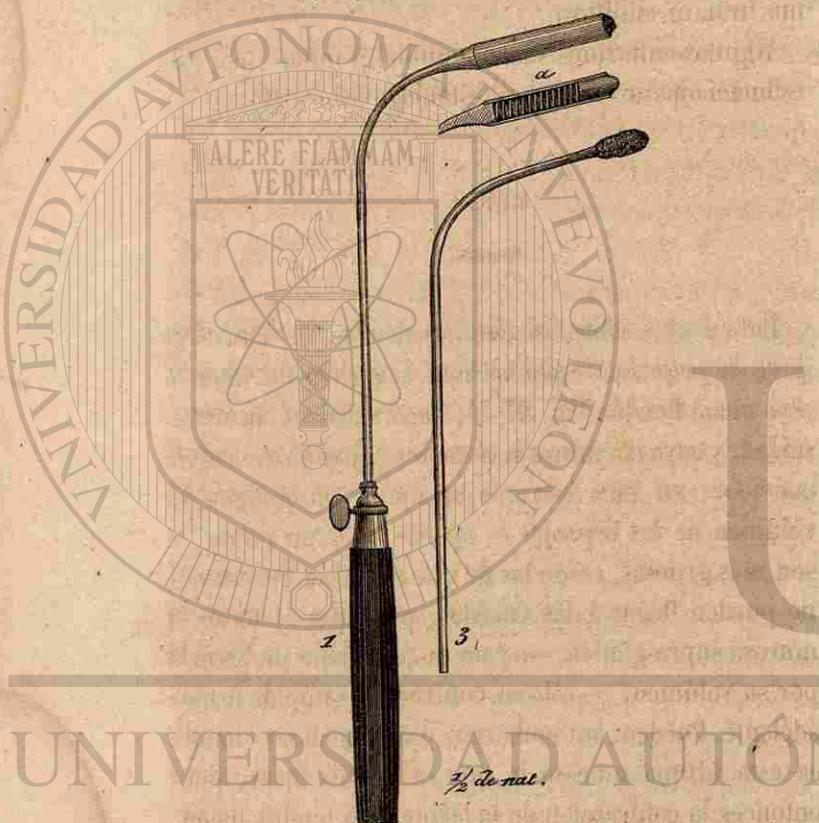


Fig. 25. — Porta-piedra de M. Fauvel.

1. El instrumento montado en su mango.
- a. Interior del cilindro del mismo, en el que se ve el resorte.
3. Porta-esponja.

Los pinceles tienen el inconveniente de la dificultad de cambiarlos, y como es necesario hacerlo, tanto por

limpieza cuanto por el temor de propagar enfermedades contagiosas, son por esto preferibles las esponjas.

Debe evitarse, al introducir estos instrumentos, tocar con ellos el espejo laríngeo que empañarían.

Los toques de soluciones concentradas de nitrato de plata, de alumbre ú otras sales metálicas, causan una sensación desagradable que se disipa haciendo tomar al enfermo unos tragos de agua. Esta arrastra el excedente del líquido medicamentoso que ha quedado adherido á las partes laterales de la laringe. Los toques con tintura de iodo, producen además una sensación de sofocación por los vapores que penetran al canal aéreo. Esta es pasajera y se disminuye haciendo el enfermo dos ó tres expiraciones fuertes que espulsen los vapores, y dándole á beber un poco de agua.

Si los toques son con el nitrato de plata sólido es necesario fijar este bien para que no caiga en la laringe ó tráquea, lo cual sería muy grave. M. Fauvel se servía al principio de un porta-piedra curvo y largo, pero terminado como los de los estuches por una pinza de dos valvas que se aprietan con un anillo; mas un día que cauterizó las cuerdas vocales de una señora, la laringe se contrajo y apretó el instrumento con tal fuerza que al sacarlo se quedó dentro la piedra y el anillo de la pinza: un esfuerzo de tós hizo arrojar la primera á la cara de M. Fauvel, pero no pudo este encontrar el anillo, y se retiró á su casa alarmado á preparar sus

instrumentos de traqueotomía, habiendo advertido que le avisaran si sobrevenia algun accidente. Fue efectivamente llamado al dia siguiente, pero encontró á la señora muy tranquila y le entregó el anillo, refiriéndole que hallándose en el teatro sintió comezón en la nariz, y al estornudar lo habia arrojado. Desde entonces inventó aquel médico el porta-piedra de que se sirve hasta el dia, y cuyo sistema es el mismo que el usado para fijar las velas en los faroles de los carruages. Consiste (fig. 25-1) en un pequeño cilindro hueco de plata, abierto por sus dos estremidades, siendo la inferior mas estrecha que la superior; en este cilindro se introduce la piedra infernal, cuya punta asoma por la abertura inferior; sobre esta piedra y dentro del cilindro se coloca un resorte en espiral que empuja aquella y le impide subir; el cilindro así preparado se atornilla en la estremidad de una varilla larga que se introduce por su otra estremidad en un mango. El cilindro ajusta muy bien con la varilla, y esta, al unirse con aquel, presenta una forma cónica; disposicion que da al porta-cáustico una figura regular y lisa, de manera que aun cuando sea cogido por la laringe, se pueda sacar sin lastimarla y sin riesgo de que la piedra se quede en ella.

ART. III

Aplicacion de polvos.

Se han inventado diversos aparatos insufladores para la introduccion en la laringe de sustancias pulverulentas. El que llena mejor su objeto es el inventado por M. Fournié.

Se compone de un tubo metálico unido á un aparato de Richardson. El tubo es largo y encorvado, y en su estremidad anterior presenta un pequeño embudo que comunica con el interior y en el que se echa el polvo medicinal; antes del embudo hay una válvula que cierra el conducto del tubo, y que se abre por una pequeña palanca colocada abajo. El aparato de Richardson está formado, como se sabe, por un tubo de goma elástica unido á dos esferas huecas de la misma sustancia, una de las cuales comprimiéndola hace veces de bomba aspirante é impelente, y la otra de depósito de aire.

Para hacerlo obrar se comienza por llenar de aire la esfera de depósito, se introduce en seguida el polvo en el embudo metálico y se tapa este con el dedo pulgar; se lleva luego el tubo así preparado hasta el fondo de la boca, con la concavidad hácia abajo; y cuando su estremidad se halla bien dirigida hácia la laringe, se comprime con el dedo medio la palanca que destapa

la válvula; el aire comprimido sale entonces con fuerza por el tubo arrastrando consigo el polvo que esparce en la laringe.

ART. IV

Incisiones, escarificaciones.

Estas operaciones pueden hacerse, como algunos lo han verificado, con un bisturí largo y encorvado que corte solamente en la punta ó cubriéndolo cerca de esta con una tira de tela emplástica; pero es mas cómodo servirse del kistotomo de M. Fauvel ó de la lanceta laringea de M. Morell-Mackenzie; instrumentos muy semejantes y fundados en el mismo sistema.

El del primero está compuesto (figura 24) de un



Fig. 24. — Quistotomo laríngeo de M. Fauvel.

tubo de metal encorvado en una de sus estremidades y en el interior del cual hay un alma *c*, terminada en una punta cortante en forma de lanceta; esta entra en el tubo, que le sirve de vaina, por medio de un tope *o*, que se trae de adelante atrás hasta el naci-

miento de una palanca *a*; un ligero sacudimiento que se siente en los dedos indica que el instrumento está armado.

Para hacerlo funcionar basta introducirlo por la boca hasta la laringe, y una vez colocado sobre el punto que se quiere escarificar ó puncionar, se apoya ligeramente sobre la palanca *a*, y la lámina sale de su vaina empujada con fuerza por un resorte colocado en el mango del instrumento.

La lanceta de Mackenzie se diferencia solamente del anterior en que la estremidad del tubo está dispuesta de manera que puede alargarse para acomodarla á la profundidad de la parte sobre que se debe operar, y en el otro extremo del instrumento tiene el alma un tope de tornillo que limita la parte cortante que debe salir del tubo, y la aumenta ó disminuye á voluntad.

Al hacer las incisiones ó abrir abscesos se debe evitar en cuanto sea posible el que el pús, sangre ú otros líquidos penetren á la glótis.

Las escarificaciones, desengurgitando los tejidos producen un gran alivio en el edema de la glótis y de algunas otras partes, ya sea agudo ó crónico; y aun su curacion cuando no está sostenido por otras lesiones ó por causa diatésicas (observ. 5). Los abscesos curan por este medio y lo mismo sucede muchas veces con los quistes (observ. 18).

ART. V

Operaciones que exigen los pólipos.

Arrancamiento. Se hace valiéndose de pinzas largas y curvas que penetran á la laringe. Como la profundidad á que se encuentra este órgano varia en los individuos es conveniente tenerlas de longitudes diversas. Las mas usadas son de forma comun, terminadas por dos pequeñas cucharas dentelladas en sus bordes. M. Fauvel, notando que estas rasbalaban facilmente sobre el pólipo sin tomar este cuando ofrecia alguna dureza, ó bien si era blando magullaban y arrancaban la parte tomada dejando el resto, inventó modificarlas agregando en el interior de las cucharas unas pequeñas puntas como dientes de raton que clavándose en el pólipo lo fijan sólidamente y permiten arrancarlo. (Figura 25.) M. Galante ha hecho á las cucharas unos pequeños agujeros que sirven para cuando se quieran usar las pinzas como porta-esponja, fijar esta por medio de un hilo.

Se introducen las pinzas cerradas, procurando no tocar las paredes de la boca ó faringe; una vez llegadas á la laringe, sobre el tumor que se quiere estirpar, se abren lo bastante para que este quepa entre sus ramas, se toma con ellas y se hace la traccion.

Hay veces que la situacion del pólipo hace que no

se pueda tomar cómodamente con las pinzas descritas, cuyos extremos cierran lateralmente, y en que seria mas fácil tomarlos de atrás adelante. Para estos

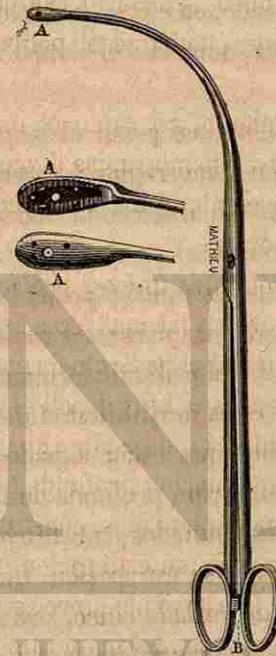


Fig. 25. — Pinzas de pólipos laringeos de M. Fauvel.

casos han inventado algunos hacer movibles las cucharas terminales de la pinza, de tal manera que haciéndolas girar sobre su eje cambien de direccion y se pueda asi tomar el pólipo en el sentido que se quiera. Mackenzie aplica al extremo de un mismo tubo, ó bien unas pequeñas cucharas de pinza, unas tijeras, ó un

constrictor, ó tambien un cierra-nudos de metal, sirviéndole así este instrumento para distintas operaciones. Pero estos instrumentos complicados se desarreglan facilmente y la habilidad del operador los hace innecesarios: puede, en efecto, cambiando la direccion de una sola pinza, tomarse el pólipo de diversas maneras.

El arrancamiento, así como el magullamiento y la escision producen hemorragias á veces graves, lo que debe tenerse presente al hacer la eleccion del procedimiento operatorio.

Cuando el pólipo es único y pediculado, el arrancamiento cura el mal, y las mas veces radicalmente. Suele sin embargo quedar el pedículo formando una pequeña saliente y entonces es muy difícil el destruir este.

La profundidad á que están situados los pólipos, ó mejor dicho, la situacion profunda de la laringe sobre la que se hallan implantados, constituye una dificultad á veces grande para su estirpacion. Cirujanos hábiles ha habido que han tardado cinco, seis meses y aun un año para conseguir arrancar un tumor de esta especie.

La misma situacion profunda de la laringe hace que se equivoque uno en la apreciacion del volumen de un pólipo, y que al ver en la pinza el tamaño de lo que se ha arrancado, igual al que parecia en el espejo tener la produccion, se crea haberla estraído por entero, siendo así que no es sino la mitad ó la tercera parte de ella. Debe pues, despues de una operacion de estas

aplicarse de nuevo el espejo para ver el estado de las partes.

El arrancamiento de los pólipos situados en las cuerdas vocales no es doloroso, de manera que cuando al hacerlo el enfermo manifiesta dolor, es señal de que se há tomado alguna otra cosa: debe entonces abrirse y sacar la pinza para comenzar de nuevo la operacion.

Hay un hecho curioso y digno de conocerse, y es: que cuando se ha arrancado un pólipo, el enfermo que hablaba antes de la operacion, no puede hablar despues, porque pierde la voz. Este es un accidente pasajero, que desaparece á los tres ó cuatro dias; depende de que el tumor, apoyando contra una de las cuerdas, vibra con ella y produce sonidos en el momento de la salida del aire. Quitada esta cuerda *artificial*, la verdadera, que queda alejada por el hábito, no puede aproximarse sino poco á poco á la otra para vibrar con ella, y donde existia antes un tumor hay ahora un vacio, un agujero.

Magullamiento. Este se aplica á los pólipos que por ser de base ancha no pueden ser operados por arrancamiento. Se hace con las mismas pinzas que el procedimiento anterior, pero desprovistas de puntas metálicas y procurando tomar y machucar entre sus dientes la mayor cantidad posible del tumor.

Como los pólipos papilares son los que mas se prestan al magullamiento y sean muy vasculares, la hemorragia acompaña siempre á este procedimiento.

Escision. La han aconsejado para extirpar los pólipos pediculados ó las excrescencias, ó para disminuir el volúmen de los grandes, y para hacerla se han valido de diversos instrumentos. Mackenzie emplea sus tijeras colocadas en el tubo metálico de que hemos hablado; otros han inventado instrumentos cortantes mas ó menos ingeniosos; Middeldorpf ha empleado una asa metálica enrojecida con la electricidad. Todos estos instrumentos llenan mas ó menos su objeto, pero tambien todos presentan un inconveniente que hasta el día no se ha podido vencer completamente y que ha hecho se limiten las aplicaciones de la escision á solo determinados casos. Este inconveniente es el de no poder impedir la caída de los tumores, despues de cortados, en la glótis y la tráquea.

Para obviarlo, ideó M. Fauvel aplicar á los pólipos el sistema de guillotina empleada para la escision de las amígdalas. Este instrumento ha sido construido por M. Mathieu con la habilidad que lo caracteriza. Las puntas (Figura 26.) que penetran el pólipo antes de que lo corte el cuchillo semi-circular, por su disposicion en forma de anzuelo lo mantienen despues de cortado, é impiden que caiga en la tráquea; el anillo que abraza el pólipo puede girar sobre su eje para acomodarse á todas las posiciones del tumor, y basta apretar un resorte para que el instrumento por sí solo haga obrar las puntas y el cuchillo. M. Giraldès ha hecho últimamente y con éxito la extirpacion de un pólipo,

valiéndose de este instrumento en un enfermito del hospital de niños.



Fig. 26. — Polipotomo de M. Fauvel, modificado por M. Mathieu.

- A y B. Anillos cortantes que abrazan el pólipo.
 C. Puntas en forma de anzuelo que lo fijan.
 F. Parte del instrumento que gira al rededor de la varilla á que está aplicada, y hace cambiar la direccion de los anillos.
 D. Tope que indica cuando ha obrado el instrumento.
 E. Palanca para hacerlo obrar.

Ligadura. Se han citado algunos casos de estirpacion de pólipos por medio de diversos cierra-nudos de hilo metálico análogos á los que se usan para los pólipos de las fosas nasales, pero se encuentra aquí el

mismo inconveniente que para la escision. Esta circunstancia, la rareza de los tumores bien pediculados, y la dificultad de colocar aun en estos el asa del cierranudos, hacen que pocas veces tenga aplicacion este método.

Cauterizacion. Es uno de los procedimientos mas empleados. Se hace ó con una solucion concentrada de nitrato de plata, aplicada como hemos dicho, ó con ácidos concentrados, con la piedra infernal ó con el cauterio galvánico.

Los ácidos concentrados los emplea M. Mackenzie valiéndose de un pincel; pero es necesario hacerlo con mucho cuidado, mojando poco el pincel para que no escurra el ácido, y evitando el tocar las demás partes. Todo esto presenta dificultades que solo una mano hábil puede vencer, pero que lo hacen peligroso usado por personas inespertas. Aquel autor dice igualmente haber destruido algunos pólipos ó excrecencias con la pasta de Viena; pero no esplica la manera con que lo hizo, lo que seria importante.

Hemos dicho ya el modo de emplear el nitrato de plata sólido, y en cuanto á la galvano-cáustica, como se aplica á toda clase de tumores y no solo á los pólipos, trataremos de ella separadamente.

ART. VI

Aplicaciones eléctricas.

§ 1. — GALVANISMO.

La electrizacion de la laringe, hemos visto que es un medio eficaz para combatir la parálisis de las cuerdas vocales, pero que es necesario aplicar el fluido directamente sobre ellas. Para esto Mackenzie inventó un escitador que pudiera llegar á la laringe y al que aplicaba uno de los reóforos de una fuente de electricidad, teniendo el enfermo en la mano el otro. Mas tarde ideó aplicar el otro polo á una placa metálica, que se coloca en la parte anterior del cuello sobre el cartilago tiroídes haciéndose con esta modificacion mas corto el camino recorrido por la corriente.

Fauvel imaginó reunir en el mismo instrumento los dos polos aislados uno de otro y aplicarlos ambos á las cuerdas vocales. Su escitador se compone de dos varillas metálicas delgadas, encorvadas, terminadas por pequeños botones y cubiertas de una vaina ó tubo aislador de goma elástica que deja libre sus botones terminales; estas varillas se fijan por unos tornillos en dos piezas metálicas de un mango de madera, el cual atraviesan longitudinalmente y presentan, en la parte posterior de él, unos pequeños tubos que reciben los reóforos de una pila; en fin, una pequeña palanca que presenta el mango en una de sus caras

mismo inconveniente que para la escision. Esta circunstancia, la rareza de los tumores bien pediculados, y la dificultad de colocar aun en estos el asa del cerrados, hacen que pocas veces tenga aplicacion este método.

Cauterizacion. Es uno de los procedimientos mas empleados. Se hace ó con una solucion concentrada de nitrato de plata, aplicada como hemos dicho, ó con ácidos concentrados, con la piedra infernal ó con el cauterio galvánico.

Los ácidos concentrados los emplea M. Mackenzie valiéndose de un pincel; pero es necesario hacerlo con mucho cuidado, mojando poco el pincel para que no escurra el ácido, y evitando el tocar las demás partes. Todo esto presenta dificultades que solo una mano hábil puede vencer, pero que lo hacen peligroso usado por personas inespertas. Aquel autor dice igualmente haber destruido algunos pólipos ó excrecencias con la pasta de Viena; pero no esplica la manera con que lo hizo, lo que seria importante.

Hemos dicho ya el modo de emplear el nitrato de plata sólido, y en cuanto á la galvano-cáustica, como se aplica á toda clase de tumores y no solo á los pólipos, trataremos de ella separadamente.

ART. VI

Aplicaciones eléctricas.

§ 1. — GALVANISMO.

La electrizacion de la laringe, hemos visto que es un medio eficaz para combatir la parálisis de las cuerdas vocales, pero que es necesario aplicar el fluido directamente sobre ellas. Para esto Mackenzie inventó un escitador que pudiera llegar á la laringe y al que aplicaba uno de los reóforos de una fuente de electricidad, teniendo el enfermo en la mano el otro. Mas tarde ideó aplicar el otro polo á una placa metálica, que se coloca en la parte anterior del cuello sobre el cartilago tiroídes haciéndose con esta modificacion mas corto el camino recorrido por la corriente.

Fauvel imaginó reunir en el mismo instrumento los dos polos aislados uno de otro y aplicarlos ambos á las cuerdas vocales. Su escitador se compone de dos varillas metálicas delgadas, encorvadas, terminadas por pequeños botones y cubiertas de una vaina ó tubo aislador de goma elástica que deja libre sus botones terminales; estas varillas se fijan por unos tornillos en dos piezas metálicas de un mango de madera, el cual atraviesan longitudinalmente y presentan, en la parte posterior de él, unos pequeños tubos que reciben los reóforos de una pila; en fin, una pequeña palanca que presenta el mango en una de sus caras

sirve para producir intermitencias en la corriente.

Basta ver este instrumento para comprender su manera de obrar.

Como fuente de electricidad pueden usarse indistintamente las pilas de GaiFFE, de Legendre y Morin, la de Grenet ó cualquiera otra de este género.

Antes de introducir el escitador debe probarse en la mejilla ó los labios del enfermo para no usarla muy fuerte, pues entonces su accion podria propagarse á las partes sensibles. Los botones terminales del escitador se aplicarán sobre la cuerda paralizada ó sobre las dos si ambas lo están, y mientras pasa la corriente, se apoyará alternativamente el dedo sobre la palanca del mango para hacerla intermitente.

Esta operacion no causa dolores á los enfermos; sienten solamente el movimiento de sus cuerdas que, bajo la influencia de la electricidad, entran en convulsion moviéndose la una sobre la otra. A pesar de esta insensibilidad local, el Dr. Fauvel aconseja no prolongar mas de diez minutos la primera aplicacion eléctrica, porque ha observado que si no se hace esto, se resiente algo el estado general del enfermo, sobre todo en las personas nerviosas, quienes experimentan debilidad, agitacion é insomnio; síntomas que se disipan pronto, pero que son molestos y deben evitarse.

A veces una sola aplicacion de electricidad basta, otras es necesario repetir la operacion, lo que se puede hacer dejando 24 ó 48 horas de intervalo.

§ 2. — CAUTERIZACION GALVANICA.

Las ventajas de la cauterizacion galvánica, tan recomendada por Middeldorppf y que ha estado á punto de destronar al cuchillo y al bisturí en toda clase de operaciones, resaltan sobre todo en las que se hacen en las cavidades profundas. No es extraño pues que se haya aplicado, y con fruto, como lo ha hecho aquel autor, á las enfermedades de la laringe.

Sus principales ventajas son estas: el fuego se produce y suspende á voluntad y casi instantáneamente, pues basta para esto apoyar ó nó el dedo sobre un boton del mango, lo que comunica ó interrumpe la corriente; estando el extremo del cauterio formado por un hilo delgado de platina, su introduccion y aplicacion á la laringe es fácil, y aun puede la cauterizacion limitarse en esta á los puntos que se deseen; como la temperatura del alambre sube al rojo blanco, ilumina la laringe y permite ver bien las partes que se cauterizan; no necesitan protegerse las partes sobre las que no debe obrar la cauterizacion, pues que el alambre se introduce frio, se hace enrojecer solo cuando está ya aplicado á la parte que debe quemarse, y se interrumpe despues la corriente; no produce hemorragia; y por último, asusta menos á los enfermos, quienes no viendo el fuego se prestan mejor á la operacion, y esta tiene un aspecto menos cruel que con los cauterios comunes.

M. Fauvel emplea tambien este método del que saca bastante partido. En tres casos que se le han presentado en estos últimos meses, ha sido notable la ventaja de la galvano-cáustica. Uno de ellos es el jóven norteamericano de quien hice mencion ántes, y en el que bastó una aplicacion del cauterio para curarlo de un tumor melánico de la laringe; el otro, es el sugeto de la observacion 15ª; y el tercero el de la 22 bis.

Para emplear este medio terapéutico se necesita una pila galvánica de fuerte tension y un cauterio de platina.

Las pilas de Middeldorppf y de Grenet son las mas usadas; pero la del primero, no obstante las modificaciones con que la ha presentado en la Exposicion de Paris (1867), es incómoda, exige el empleo de ácidos fuertes cuyos vapores atacan los metales, maltratan los dorados y adornos de las habitaciones, molestan al médico y al paciente, é irritan la garganta de este; son difíciles de limpiar, y al hacerlo queman ó ensucian los dedos. La de Grenet no tiene estos inconvenientes y es mas sencilla (fig. 27); es una caja forrada de plomo, en la que se echa una solucion de bicromato de potasa adicionándole un poco de ácido sulfúrico; en el interior de ella están los pares de carbon y zinc, los cuales poniéndose en contacto con la solucion, desarrollan una corriente eléctrica bastante intensa; un tubo de goma elástica, que comunica con la caja, permite soplar en ella por medio de un fuelle para agitar el

líquido y activar el desarrollo de la corriente; los reóforos se fijan por un extremo en unas aberturas metálicas que presenta la caja, y por el otro van al porta-cauterio. Este se compone de un mango aislador atra-

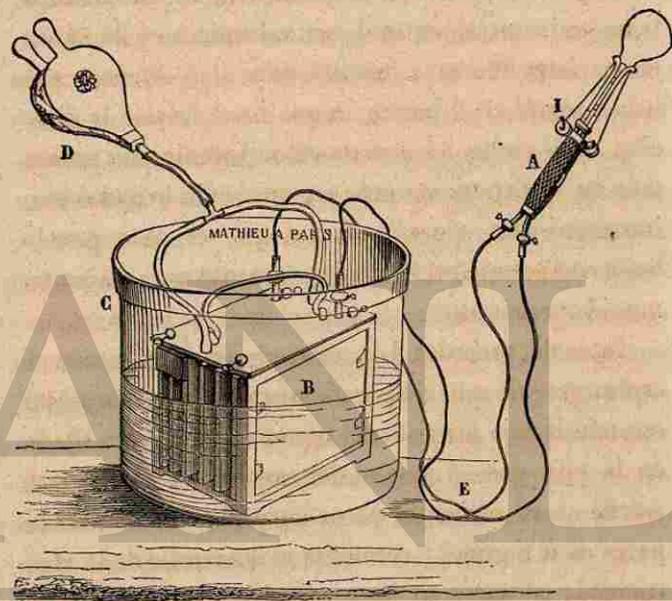


Fig. 27. — Pila de Grenet.

- C. Caja metálica.
- B. Pares de carbon y zinc.
- D. Fuelle para agitar el líquido.
- E. Reóforos.
- A I. Porta-cauterio con una asa de hilo de platina para ligadura.

vesado longitudinalmente por dos varillas de metal que llevan á su extremo el cauterio, formado por un hilo de platina, al cual dejan descubierto, estando todo el resto de ellas envuelto en una cubierta aisladora; las varillas

se hallan encorvadas en su estremidad para poder llegar á la laringe; un boton de marfil colocado en el mango, y que se hace deslizar adelante ó atrás, hace comunicar ó no las varillas con los reóforos.

El porta-cauterio antiguo construido por Mathieu, tiene los inconvenientes de ser voluminoso y de necesitarse cierta fuerza y movimientos algo estensos para hacer marchar el boton, lo que hace desviar la direccion de la punta del instrumento. Voltolini ha presentado en la Exposicion otro en que están evitados estos inconvenientes, pues á la vez que es poco pesado, basta comprimir un boton ligeramente para hacer comunicar el circuito.

Antes de proceder á la cauterizacion, es necesario cerciorarse de que el aparato funciona bien. Para esto, estando la caja provista del líquido, los reóforos fijados en la pila y en el mango del cauterio, y el boton de marfil en el principio de su curso, se introducen los pares en el líquido, y comienza el desarrollo de la electricidad; entonces se hace marchar el boton hasta el fin de su carrera, y el hilo de platina se calentará y pasará prontamente del rojo oscuro al blanco; seguro ya de que todo está en regla, se hace retroceder el boton para interrumpir la corriente, y ya que está frio el alambre se introduce á la laringe y se aplica en el punto que se va á atacar; entonces se hace marchar el boton, el hilo se enrojece y la parte se cauteriza. Cuando ya lo ha sido suficientemente, se hace contra-

marchar con prontitud el boton, y se saca el instrumento.

Si el hilo de platina no se enrojece ó lo hace muy lentamente, debe agitarse el líquido soplando con el fuelle, con lo cual se activa el desprendimiento de electricidad. Cuando la tension de esta es muy considerable, sucede por el contrario que el hilo de platina se enrojece con gran rapidez, y puede fundirse. Para evitar este accidente, que en el momento de estar en la laringe seria peligroso, porque las partes fundidas podrian caer en ella ó en la tráquea, debe graduarse antes la intensidad de la corriente, no sumergiendo los pares en el líquido sino la cantidad necesaria, ó si este medio no basta, se empleará un alambre de platina mas grueso.

M. Fauvel cree que este accidente no tiene la gravedad que parece á primera vista, porque la parte del hilo fundida, que en lo general es pequeña, quedaria en los tegidos cauterizados, de los que seria expulsada mas tarde, y esta misma fusion interrumpiendo el circuito haria cesar inmediatamente la corriente.

Debe evitarse en cuanto sea posible el cauterizar el lado izquierdo en donde se halla la entrada del esfago. Cuando esta parte ha sido atacada, el enfermo experimenta una gran dificultad para tragar.

Este método es sobre todo ventajoso, y á veces el único aplicable, á los tumores fibrosos, fibro-plásticos ú otros que no puedan ser operados por arrancamiento.

ART. VII

Laringotomía y traqueotomía.

No haré sino transcribir aquí, por creerlo de utilidad, los apuntes que he encontrado en mi libro de notas respecto de estas operaciones.

En vista de haberse presentado varios ejemplos de que existiendo síntomas, al parecer manifiestos, de una obstrucción de la glótis, el exámen laringoscópico descubre que esta se halla sana, debe tenerse por regla no hacer *nunca* una operación de traqueotomía sin examinar al enfermo antes con el laringoscópio.

M. Fauvel recomienda no hacer la laringotomía que aconseja Malgaigne, ya sea la tiroidea ó la tiro-hioidea, porque se encuentran grandes dificultades en su ejecución. Se tiene en ellas un espacio muy limitado, la hemorragia es abundante sobre todo cuando hay pólipos, porque entonces el sistema vascular de la laringe se desarrolla anormal y enormemente; y si se corta el cartílago tiroides, este es siempre duro, y en las personas de edad está ordinariamente osificado. Todas estas dificultades encontró M. Fauvel haciendo la laringotomía á un enfermo que iba á morir ahogado por una masa de pólipos papilares que llenaban su laringe é impedían el paso del aire; tuvo que hacer cuarenta ligaduras; no pudo separar el cartílago tiroides por

temor de que se fracturara, pues estaba osificado; procuró hacerlo valiéndose de hilos pasados en cada mitad de él; pero rompió dos agujas sin poder perforarlo, y por último se vió en la necesidad de hacer la traqueotomía ordinaria y extraer por la abertura de la tráquea y por la boca las masas que obstruían la glótis, y solo así salvó á su enfermo.

M. Follin, cuya habilidad operatoria es conocida, encontró las mismas dificultades al hacer una operación de este género.

— Cuando los niños operados de traqueotomía han conservado por largo tiempo su cánula, suele suceder que esta no pueda quitárseles, porque cuando se trata de hacerlo, sienten que se ahogan. Este accidente puede ser efecto: de un abultamiento de la mucosa de la laringe, de una parálisis de las cuerdas vocales acompañada á veces de atrófia de la laringe; ó por último de una mala costumbre contraída por los enfermitos.

El abultamiento de la mucosa generalmente es producido por una inflamación crónica de aquella membrana, y debe combatirse por los medios usados contra estas inflamaciones. La parálisis de las cuerdas es producida por la inacción de la glótis, que no da ya paso al aire; debe ser tratada por la electrización directa. Cuando viene acompañada de atrófia mas ó menos avanzada de la laringe, se encuentra la epiglótis inclinada sobre las cuerdas que no deja ver, y todas las demás partes parecen retraídas hácia la glótis. En se-

mejante circunstancia es necesario obligar al aire á salir por la laringe tapando muchas veces la abertura de la cánula, ó bien aplicando á ella una válvula ingeniosa inventada por Broca, con la cual se puede ir disminuyendo gradualmente la cantidad de aire que entra por aquella, obligando así al restante á penetrar por la glótis. Cuando estando permeable la laringe, las ansias del niño dependen del temor que le causa el que le quiten su cánula, acostumbrado como está á respirar por ella, es entonces difícil vencer esta repugnancia. M. Fauvel ha recurrido á diferentes medios para dominarla, y el que le ha probado mejor ha sido el de no dejar en la tráquea sino una cánula simple á la cual se corta cada cuatro ó cinco dias una pequeña parte de su longitud, hasta que quede muy corta y se pueda entonces quitar sin dificultad. Se puede tambien intentar el hacerlo, aun cuando no esté muy chica, durante el sueño del niño.

Esto lo dijo M. Fauvel con motivo de un niño de cuatros años que se presentó á su clínica y se encontraba en las circunstancias referidas. Hacia cuatro meses que se le había hecho la traqueotomia porque su laringe se habia obstruido con un hueso de cereza que tenia en la boca y en un esfuerzo se habia introducido en la glótis. Al mes de la operacion salió el hueso por la abertura de la cánula, y á pesar de ello no se le podia quitar esta sin que sintiese grandes ansias y amenazase asfixiarse.

Para prevenir semejante accidente, en todos los operados de traqueotomia que tienen necesidad de conservar largo tiempo su cánula, se debe mantener la permeabilidad de la laringe obligando al aire á pasar de tiempo en tiempo por la glótis.

A fin de evitar que el aire frio entre por la cánula de traqueotomia, se puede agregar á la abertura de esta un tubo largo de goma elástica que, pasando debajo de la camisa sobre el pecho, salga abajo de este, calentándose con el calor del cuerpo en su trayecto.



OBSERVACIONES

OBSERVACION PRIMERA

*Inflamacion limitada á la cuerda inferior izquierda. — Tena-
cidad del mal. — Eficacia de la medicacion tópica.*

La Señorita Luisa Doucet, de 21 años, temperamento nervioso-sanguíneo, de buena constitucion aunque de formas delgadas, estatura mediana, sus reglas han estado siempre en corriente, sus padres no han tenido enfermedad ninguna diatésica, y ella no ha padecido mas que catarros que venian con facilidad y hace 3 años una angina ligera que curó facilmente.

Hace 2 años, á consecuencia de haberse puesto traje escotado un dia de invierno, fue atacada de ronquera bastante intensa y alguna dificultad para respirar, que era poco notable en la mañana, pero iba aumentando en el dia, de manera que al fin de este se sentía fatigada. No tenia tos ni dolor de garganta. Algunos pediluvios y bebidas gomosas disminuyeron su ronquera; mas viendo que no se quitaba, se puso sucesivamente en manos de varios

médicos que la estuvieron medicinando sin lograr volverle la voz.

El mes de Octubre de 1867, se presentó al Dr. Fauvel. El exámen laringoscópico hizo ver que la laringe estaba sana y solamente la cuerda vocal inferior izquierda presentaba un color rojo claro en toda su estension y mas marcado en la parte posterior (inferior de la imágen).

Se le prescribieron compresas calientes al cuello; tisana de cocimiento de cebada con leche; agua de alquitrán endulzada con jarabe de yemas de sabino; ejercicio moderado de la voz; evitar los enfriamientos.

Octubre 12. Se siente mejor; la fatiga ha desaparecido, pero la voz continúa ronca.

Octubre 20. Sigue la ronquera: el exámen laringoscópico hace ver que la cuerda izquierda conserva la coloracion rosada. Chorros é inhalaciones de agua de Enghien (sulfurosa). Sinapismos á los brazos. Friccion estimulante al pecho.

Octubre 29. Continua en el mismo estado.

Se le toca la cuerda enferma con láudano de Sydenham y se repite este toque cada 5 ó 6 dias.

Noviembre 18. La voz aclara algunos ratos, pero el resto del dia continúa ronca.

A los toques de láudano se sustituyen los de tintura de iodo.

Diciembre 9. Hay alivio aunque lento. Examinada la laringe se encuentra que la cuerda está menos roja.

Diciembre 20. El enrojecimiento ha desaparecido de la parte anterior y queda poco en la posterior. La voz aclara cada dia y todo hace creer que el mal pronto desaparecerá por completo.

IGLESIAS.

OBSERVACION II

(2^a de Czermak.)

Inflamacion edematosa de la laringe. — Estrechamiento de la glótis. — Gran disnea. — Verdadero edema de la glótis.

J. H. de 29 años, fabricante de pipas, hace un mes que ha salido del hospital convalciente de una fiebre tifoidea. El 24 de Octubre me fue enviado por el Dr. Balassa, porque tenía mucha dificultad en la respiracion. La inspiracion es silbante y muy difícil; la expiracion mas fácil; experimenta inquietud y gran necesidad de aire. No obstante esto el exámen laringoscópico ha podido hacerse deprimiendo la lengua con un abatidor.

La epiglótis, los ligamentos ari-epiglóticos, las cuerdas vocales superiores é inferiores están considerablemente abultadas por una inflamacion edematosa; todas estas partes están muy pálidas, á escepcion de la epiglótis que está inyectada y presenta á la derecha una vesícula llena de agua. La glótis está estrechada por el abultamiento de las cuerdas vocales inferiores infiltradas é inmóviles, y reducida á un espacio triangular arredondado que existe entre los apófisis. Las cuerdas vocales superiores, asi como los ligamentos ari-epiglóticos, aunque infiltrados é hinchados no contribuyen en nada al estrechamiento del espacio reservado á la entrada del aire. Se vé pues la imágen de un verdadero edema de la glotis.

La laringotomía fue ejecutada el 29 de Octubre por el profesor Balassa. Grande alivio; bienestar sostenido. El exámen hecho el 25 de Noviembre demostró que la epiglótis se habia desinchado considerablemente, que el edema habia disminuido, que las cuerdas vocales superiores eran

móviles y la glótis se habia agrandado ofreciendo una forma triangular y oblonga.

Este es un buen ejemplo del verdadero edema de la glotis.

OBSERVACION III

(9^a de Morell-Mackenzie.)

Edema crónico de la banda ventricular derecha que produce una gran dificultad en la respiracion, ronquera y dolor. — Curacion por las escarificaciones.

Carlos C. de edad de 22 años, vino al hospital de enfermedades de garganta el 4 de Mayo de 1863. Respiraba con dificultad, estaba ronco y se quejaba de dolores en la garganta. Sufria desde el mes de Marzo de 1861 y hacia mas de un año que no habia podido estar acostado en la noche ni un momento. Cuando duerme (en un sillón) despierta con frecuencia con un acceso de disnea y dice que experimenta una sensacion de estrangulacion. Ha sido admitido en Middlesex, en Brompton y en otros muchos hospitales. El exámen laringoscópico manifestó que la banda ventricular derecha y el repliegue ari-epiglótico formaban un tumor ancho que se adelantaba hácia la glotis é impedía ver los dos tercios anteriores de la cuerda vocal izquierda. El tumor era de un color rojo oscuro. La membrana mucosa que cubre el cartilago aritenoides estaba tambien inflamada y edematosa. Se diagnosticó un edema crónico de la laringe, y se hizo una aplicacion de una fuerte solucion de nitrato de plata. Este tratamiento se continuó cada dos días por espacio de un mes sin resultado. El edema no aumentaba y sin embargo el enfermo se ponía mas y mas débil y la voz se habia apagado completamente.

8 de Junio. Escarifiqué el tumor edematoso y despues de la operacion el enfermo expectoró una gran cantidad de sangre y de un líquido espumoso.

10 de Junio. El exámen laringoscópico demuestra que el tumor presenta sensiblemente el mismo volúmen. Lo escarifiqué de nuevo. Al dia siguiente el enfermo estaba aliviado, habia dormido algunas horas, placer del que hacia dos años no disfrutaba. El laringoscópio hizo ver que el tumor habia disminuido mucho, pero que la cuerda vocal derecha estaba congestionada. Escarifiqué de nuevo la parte.

15 Junio. El enfermo se siente muy bien y pregunta si ya puede volver á sus ocupaciones. Quedaban apenas trazas del edema, pero habia aun un abultamiento anormal ligero en la parte posterior del cartilago aritenoides derecho y la membrana mucosa de la laringe en general estaba mas roja que en el estado normal. La voz que al principio estaba un poco ronca se puso natural y la respiracion se hizo libre. El enfermo venia al hospital de tiempo en tiempo para hacerse observar, pero nunca habia estado tan sano como despues de la operacion.

OBSERVACION IV
(10^a de Mackenzie.)

Inflamacion edematosa de la epiglótis. — Escarificacion. — Curacion.

John R. de 50 años, vino al hospital el 14 de Octubre de 1865 quejándose de dificultad en la degluticion y dolor en la garganta, sintomas que habian ido aumentando de intensidad hacia 15 dias. Una semana hacia que no podia

tragar alimentos sólidos y hacia 56 horas que ni los líquidos podian pasar ya. En cada tentativa de degluticion era atacado de un violento acceso de tos que le hacia arrojar los líquidos por las narices. El exámen laringoscópico manifestó que la epiglótis estaba enormemente hinchada y de un color rojo vivo. Este órgano habia perdido su conformacion normal; se presentaba bajo el aspecto de tres tumores rojos, semi-transparentes, distintos uno de otro, estando el mas voluminoso en el lado derecho.

La epiglótis edematosa cubria el lado derecho y la mayor parte del lado izquierdo de la laringe. Las partes que se podian ver estaban muy congestionadas. Se prescribió al enfermo el respirar continuamente vapor de agua caliente y se le aplicó un vejigatorio bajo el ángulo de la mandíbula.

15 Octubre. El enfermo está peor, no puede tragar nada y se halla muy débil. Se prescribió té de buey y aguardiente. El Dr. Mackenzie escarificó ámpliamente la epiglótis y el enfermo perdió mucha sangre. Media hora despues de la operacion el enfermo podia tragar, aunque con dolor. Por la noche se hizo un exámen laringoscópico y se vió que la hinchazon de la epiglótis habia disminuido considerablemente.

16 Octubre. El enfermo podia tragar sin dificultad. La epiglótis casi no tenia hinchazon y se reconocian las señales de los piquetes que formaban pequeños puntos hemorrágicos. Habiendo vuelto la epiglótis á su estado normal, se pudo hacer un exámen mas completo de la laringe y se vió que el repliegue ari-epiglótico derecho estaba edematoso: se escarificó ámpliamente.

17 Octubre. El edema ha desaparecido completamente; no queda sino alguna congestion.

20 Octubre. El enfermo salió curado.

OBSERVACION V.

(10^a de Czermak.)

Hinchazon de la epiglótis y las cuatro cuerdas vocales que hace visible el punto de insercion anterior de ellas. — Aproximacion anormal de las superiores durante la fonacion.

M. E., de 14 años, hace tiempo que tiene la voz ligeramente apagada; experimenta sensaciones desagradables en la laringe y está sujeto á frecuentes resfriados, pero por lo demas es sano. Lo examiné con el laringoscópio el 4 de Mayo y reproduzco aquí esta observacion porque he podido ver muy fácil y completamente toda la superficie posterior de la epiglótis y los puntos de insercion de las cuatro cuerdas vocales. El exámen ha demostrado la rubicundez y abultamiento de las cuerdas vocales superiores y su aproximacion anormal en la fonacion. Esto explica por qué la voz se apaga y aun se pierde en la menor afeccion catarral. En el punto de insercion de las cuatro cuerdas vocales y de la epiglótis existe un punto amarillento vivamente inyectado.

El estado del enfermo no se ha mejorado por la cauterizacion muy repetida de las cuerdas vocales superiores que estaban hinchadas.

OBSERVACION VI.

(5^a de Moura.)

Laringitis falso-membranosa no reconocida por el exámen directo ordinario; exámen laringoscópico. (Hospital de Lariboisière, servicio de M. Oulmont.)

Augusto M., de Villeneuve-sur-Yonne, entró el 30 de

Setiembre de 1861 á la sala de San Carlos, n^o 12, y salió el 7 de Octubre del mismo año.

Hace tres semanas poco mas ó menos que este enfermo fue atacado de un movimiento febril algo violento y dolores lombares. Dos dias despues apareció una erupcion variólica discreta (estaba vacunado) que le obligó á entrar al hospital de la Piedad. El quinto dia de la erupcion, dolores en la region sub-maxilar izquierda, sensacion de un cuerpo duro y móvil en este lugar, dificultad en la deglucion. Sale de la Piedad el 3 de Setiembre sin haber llamado la atencion del médico sobre un dolor de garganta que comenzaba á molestarlo. Inmediatamente despues de su salida del hospital, dolores sub-maxilares y laringeos; la deglucion se hace mas y mas difícil, cuando traga un poco de líquido, una parte de la bebida queda en el fondo de la boca sin poder pasar al esófago, el enfermo experimenta vómitos y arroja todo el líquido que no pudo pasar. Su voz se altera, se pone ronca y por último se pierde. La víspera de su entrada al hospital Lariboisière, el 29 Setiembre, la voz reaparece un poco.

30 de Setiembre. El enfermo no está sofocado. Hacia el ángulo de la mandíbula inferior derecha existe un tumor arredondado, un poco duro, móvil y del grueso de una nuez. Igual engurgitamiento ganglionar á la izquierda. Ningun sintoma general alarmante; pulso á 72.

El exámen directo de la boca permite reconocer rubicundez en todas las partes del istmo de la garganta sin la menor traza de ulceracion ni de falsas membranas.

El exámen laringoscópico solar nos hace ver una inflamacion edematosa considerable de todo el vestibulo de la laringe con estrechamiento de su orificio superior.

La epiglótis es de un rojo violado; el lado izquierdo de su cara anterior presenta una ulceracion que se estiende

OBSERVACION V.

(10^a de Czermak.)

Hinchazon de la epiglótis y las cuatro cuerdas vocales que hace visible el punto de insercion anterior de ellas. — Aproximacion anormal de las superiores durante la fonacion.

M. E., de 14 años, hace tiempo que tiene la voz ligeramente apagada; experimenta sensaciones desagradables en la laringe y está sujeto á frecuentes resfriados, pero por lo demas es sano. Lo examiné con el laringoscópio el 4 de Mayo y reproduzco aquí esta observacion porque he podido ver muy fácil y completamente toda la superficie posterior de la epiglótis y los puntos de insercion de las cuatro cuerdas vocales. El exámen ha demostrado la rubicundez y abultamiento de las cuerdas vocales superiores y su aproximacion anormal en la fonacion. Esto explica por qué la voz se apaga y aun se pierde en la menor afeccion catarral. En el punto de insercion de las cuatro cuerdas vocales y de la epiglótis existe un punto amarillento vivamente inyectado.

El estado del enfermo no se ha mejorado por la cauterizacion muy repetida de las cuerdas vocales superiores que estaban hinchadas.

OBSERVACION VI.

(5^a de Moura.)

Laringitis falso-membranosa no reconocida por el exámen directo ordinario; exámen laringoscópico. (Hospital de Lariboisière, servicio de M. Oulmont.)

Augusto M., de Villeneuve-sur-Yonne, entró el 30 de

Setiembre de 1861 á la sala de San Carlos, n^o 12, y salió el 7 de Octubre del mismo año.

Hace tres semanas poco mas ó menos que este enfermo fue atacado de un movimiento febril algo violento y dolores lombares. Dos dias despues apareció una erupcion variólica discreta (estaba vacunado) que le obligó á entrar al hospital de la Piedad. El quinto dia de la erupcion, dolores en la region sub-maxilar izquierda, sensacion de un cuerpo duro y móvil en este lugar, dificultad en la deglucion. Sale de la Piedad el 3 de Setiembre sin haber llamado la atencion del médico sobre un dolor de garganta que comenzaba á molestarlo. Inmediatamente despues de su salida del hospital, dolores sub-maxilares y laringeos; la deglucion se hace mas y mas difícil, cuando traga un poco de líquido, una parte de la bebida queda en el fondo de la boca sin poder pasar al esófago, el enfermo experimenta vómitos y arroja todo el líquido que no pudo pasar. Su voz se altera, se pone ronca y por último se pierde. La víspera de su entrada al hospital Lariboisière, el 29 Setiembre, la voz reaparece un poco.

30 de Setiembre. El enfermo no está sofocado. Hacia el ángulo de la mandíbula inferior derecha existe un tumor arredondado, un poco duro, móvil y del grueso de una nuez. Igual engurgitamiento ganglionar á la izquierda. Ningun sintoma general alarmante; pulso á 72.

El exámen directo de la boca permite reconocer rubicundez en todas las partes del istmo de la garganta sin la menor traza de ulceracion ni de falsas membranas.

El exámen laringoscópico solar nos hace ver una inflamacion edematosa considerable de todo el vestibulo de la laringe con estrechamiento de su orificio superior.

La epiglótis es de un rojo violado; el lado izquierdo de su cara anterior presenta una ulceracion que se estiende

de adelante atrás hasta sobre el repliegue faringo-epiglótico. Un resto de falsa membrana bastante gruesa y de color blanco-amarillento la cubre en gran parte. El cartilago aritenoides izquierdo es muy voluminoso y de un color rojo oscuro; adelante y arriba está cubierto por una falsa-membrana amarillo-verdosa muy gruesa en el centro, de bordes arredondados y deprimidos; el volumen de este cartilago puede compararse, sin exageracion, al de una avellana.

El cartilago aritenoides derecho está igualmente rojo, pero menos voluminoso que el del lado izquierdo y sin traza ninguna de falsa-membrana.

1° Octubre. M. Fauvel examina al enfermo con el laringoscópio y la luz solar en presencia de los practicantes de servicio y de M. Robert, interno provisional, y reconoce las mismas alteraciones que acabamos de señalar. Le llama la atención sobre todo la estension de la falsa-membrana y la facilidad con la que se vé su imagen cuando el laringoscópio está en buena posicion.

2 Octubre. Hacemos un segundo exámen laringoscópico para probar bien á las personas que se hallan presentes su utilidad é importancia: todos quedan maravillados y convencidos.

La inflamacion edematosa ha disminuido un poco; el orificio superior de la laringe parece mas ancho; la ulceracion y la falsa membrana de la epiglótis han disminuido de estension. El cartilago aritenoides izquierdo está siempre voluminoso y roja su cara posterior; la anterior ó glótica se halla siempre cubierta de una falsa membrana gruesa. La glótis es visible en parte y libre. No podemos cerciorarnos de si las cuerdas vocales están sanas; pero es probable.

La pared de la faringe no está inflamada; presenta inme-

diatamente arriba del esófago un ligero tinte amarillento como si se hubiese insuflado azufre en polvo fino sobre este punto. Este aspecto es debido á una reflexion de luz.

El enfermo salió, á solicitud suya, el 7 de Octubre en el estado siguiente: buen apetito, comia cuatro raciones; nada de calentura, una poca de dificultad para deglutir y un ligero dolor al nivel de la laringe; la voz estaba aun un poco ronca y habia engurgitamiento sub-maxilar, sobre todo á la derecha.

OBSERVACION VII.

(Türk.)

Falsas-membranas de la laringe y faringe siguiendo una marcha crónica. — Su reproduccion. — Exámen microscópico.

N., criada doméstica, de 24 años. Hace tres meses que tose, su voz está ronca y experimenta una sensacion de sequedad dolorosa en la laringe.

Exámen laringoscópico hecho el 14 de Agosto de 1861. Las dos cuerdas vocales inferiores presentaban ulceraciones superficiales y el ángulo anterior de la glótis estaba ocupado por una muy pequeña excrecencia pediculada. A poca distancia y abajo del borde libre de las cuerdas vocales inferiores se percibia una capa anular, de una linea de ancho, de color verde claro, desigual, muy adherente y cuyo borde libre formaba una saliente en el interior de la laringe. Otra análoga existia igualmente sobre la pared posterior de la faringe y se prolongaba desde allí hasta las paredes de la cavidad posterior de las fosas nasales. El aliento era muy fétido. La enferma tenia además una blenorrea vaginal y ulceraciones superficiales en el cuello del útero. La saliente de la faringe se dejaba desprender muy

facilmente bajo forma de una membrana bastante resistente; la mucosa que cubria estaba poco inyectada y no tenia tendencia á dar sangre. El exámen microscópico hizo ver que esta membrana estaba compuesta de mucosidades y elementos epiteliales. Se reproducia tenazmente cada vez que se la desprendia (croup crónico?).

OBSERVACION VIII.

(5^a de Moura.)

Laringitis ulcerosa consecutiva á una violenta inflamacion faringo-laringea determinada por la cauterizacion intempestiva con el nitrato de plata. — Edema supra-glótico. — Hipocondria. — Operacion simulada. — Laringoscopia.

Eduardo Muller, de 41 años, natural de Champagnol (Jura), ha hecho algunos estudios médicos durante cuatro años. Sus padres son sanos; no ha estado nunca propenso á catarros, enfermedades de garganta ni sudor de pies, nunca ha tenido la sífilis. Su constitucion, que es mediana, está hoy debilitada; su temperamento es bilioso-nervioso.

El 3 Abril de 1861, á consecuencia de un enfriamiento, se acatarra y por la primera vez su garganta se inflama. Al dia siguiente Muller cauteriza con el nitrato de plata sólido sus amígdalas, el borde del velo del paladar y la úvula, esperando hacer abortar la inflamacion.

Al otro dia, 5 de Abril, el mal de garganta aumenta y los dolores son vivos. Se llamó al médico, quien prescribió ocho sanguijuelas al cuello; pero sacan poco sangre y no producen alivio.

El 7 de Abril, Muller toma un purgante que por lo pronto le alivia, pero aun no ha concluido su efecto cuando el

mal redobla su violencia; el enfermo siente que su garganta se hincha por momentos y tiene en ella dolores como puñaladas que aumentan de frecuencia á medida que la inflamacion sube. Algunas cataplasmas laudanizadas al cuello le adormecen por media hora, pero Muller despierta con un acceso de sofocacion. Siente que un cuerpo extraño obstruye su garganta, principalmente á la izquierda. Una disnea permanente, una inspiracion silbante y sonora semejante al sonido de una trompeta, y vivos dolores sin espasmos; tales son, segun dice, los síntomas que le hacen comprender que está atacado de una enfermedad grave.

El 16 de Abril, en la noche, se llama á un médico de Lons-le-Saulnier, quien encuentra: « Una dificultad extrema de la respiracion que viene por accesos, dificultad en la deglucion, dolor en la faringe y laringe, tós, alteracion de la voz, expectoracion abundante de salivas mucilaginosas, rubicundez en la garganta y edema en la úvula. » Tocando con el dedo la laringe, nuestro compañero encuentra « su abertura superior estrecha, de bordes gruesos y algo duros, escepto á la izquierda en donde existe ablandamiento. » Nuevos exámenes con el dedo le hacen reconocer « un primer tumor grueso situado al lado izquierdo y un segundo mas pequeño en el lado opuesto, pero unido al primero por un borde que rodea la glótis. » Diagnostica una faringitis con edema de la glótis y de la úvula. Habiendo presenciado una crisis en que la vida del enfermo estaba comprometida, nuestro compañero se decide á romper el tumor del lado izquierdo con la uña. Lo hace y esto produce la espulsion de tres cucharadas de sangre negra y roja y de serosidad purulenta. Un alivio inmediato sobreviene, pero al cabo de un cuarto de hora se reproducen los mismos accidentes. Se escarifica de nuevo y sobreviene nuevo alivio y nuevo retorno de los accidentes.

Dos veces aun se renuevan estas tentativas, y con los mismos resultados.

El médico hace la escision de la punta de la úvula que es muy larga, prescribe tres ó cuatro veces ventosas escarificadas á la nuca, gargarismos astringentes, aspiraciones de vapores emolientes, sinapismos; practica insuflaciones de alumbre en polvo, administra el almizcle, la asafétida en pocion y lavativas y ordena baños de muchas horas todos los dias; se aplican diez sanguijuelas al cuello y otras diez en el ano; pero todo esto es casi inútil y dura hasta el 25 de Abril.

Viendo la ineffectacia de este tratamiento activo se consulta á otro médico, quien aconseja el empleo de los mercuriales como substitutivos. Por cinco dias se hacen fricciones al cuello y parte interna de los muslos con 65 gramos de unguento napolitano y el enfermo toma 65 centigramos de calomel á dosis fraccionadas. Sobreviene la salivacion hydrargírica completa. Un ancho vegetario salpicado de emético al principio y de alcanfor despues, se aplica al cuello y se mantiene durante seis semanas. Un estado estacionario sucede á este tratamiento.

El 12 de Mayo de 1861, Muller viene á Paris y consulta al Dr. Mandl quien procede al exámen laringoscópico y encuentra, segun dice el enfermo, un abultamiento al redor de la glótis y una protuberancia ó tumor sobre el repliegue supra-glótico izquierdo (cuerda vocal superior). Se hace cada dos dias una aplicacion en el interior de la laringe de una solucion graduada de nitrato de plata.

Despues de veinte aplicaciones de estas, se declara curado á Muller. Este experimenta sin embargo los mismos síntomas y vivos dolores en su laringe; tiene dificultad para bostezar y cuando mueve su lengua dos tumores pa-

recen seguir, segun dice, el movimiento de aquel órgano.

Se somete entonces al enfermo á la hidroterapia y á la electricidad. Chorros frios se aplican sin resultado al cuello y los riñones. No desaparece la afeccion que se ha calificado de nerviosa.

Notemos aquí la aparicion de un nuevo síntoma muy importante. Dos meses despues del principio de la enfermedad, hácia los primeros dias de Junio, durante el tratamiento por el nitrato de plata, Muller, una mañana empezó á escupir un líquido sanioso y este esputo ha continuado despues mas ó menos. Fué seguido, desde las primeras veces, de una disminucion de la molestia laringea; pero esto duró poco. Los mismos sufrimientos y la misma molestia se reprodujeron como ántes. Examinado el líquido sanioso con el microscópio se acusó á Muller de simulacion, porque estaba compuesto de esputos formados de jugo de carne y de dulces.

Viéndose tratado de hipocondriaco, el enfermo consulta, el 21 de Juino de 1861, á M. Velpeau. Este práctico, sin servirse del laringoscópio, diagnostica una afeccion ulcerosa de la laringe.

Persuadidos los médicos de la familia de que la enfermedad es imaginaria, proponen una operacion simulada para curar al enfermo. En efecto, someten á este á la accion del cloroformo y durante su sueño le untan sangre en la boca y le presentan despues un pedazo de carne que dicen haber sacado de la laringe. Pero no habiendo tenido esta comedia el efecto que esperaban, volvió la familia á consultar á M. Velpeau, quien se ratifica en su diagnóstico y aconseja seguir el tratamiento que habia prescrito y que el enfermo vuelva á su país.

Asi lo hace en efecto el 20 de Agosto, pero como continuaba enfermo, va el 25 de Setiembre á Ginebra á con-

sultar al Dr. Mayor, quien reconoce una *laringitis ulcerosa* y aconseja un viaje á Viena.

En Octubre, Muller, que padece aun, consulta otro médico de su país, quien explorando con el dedo, encuentra un tumor arredondado sobre el repliegue ariteno-epiglótico izquierdo; este tumor, no presentando dureza, fue considerado como un pólipo ó un kyste. El médico hizo fabricar una uña de acero con la que escarificó, ó mas bien, desgarró el tumor. El enfermo arrojó una cucharada de un líquido viscoso mezclado con sangre descompuesta. Despues de la operacion, el dedo no encontraba, en el lugar del tumor, mas que un colgajo membranoso resultado del desgarramiento.

Desde entonces, Muller experimenta en la garganta y del lado izquierdo una especie de titilacion y de molestia análoga á la que produce un dedo introducido en la garganta. Esta sensacion que ha reemplazado desde Agosto de 1861 á un ruido de *chanqueteo* (clapotement), es causa de vómitos diarios, sobre todo despues de la comida. Por la noche desaparece la molestia.

El nitrato de plata, el alumbre, el tanino empleados localmente por espacio de tres meses, no han podido hacer desaparecer esa sensacion que Muller atribuye al frotamiento del colgajo contra la pared lateral. Propone, en consecuencia, á uno de sus médicos, hacer la escision del colgajo valiéndose de un instrumento de su invencion. Al cabo de algunos meses, se hace por fin esta, pero á pesar de ella sigue la titilacion.

En fin, el 30 de Mayo de 1862, Muller se presenta á nuestra consulta. Su voz, que se mantuvo ronca en los dos primeros meses de la enfermedad, se ha ido apagando poco á poco, y hoy el enfermo no puede articular sonidos bajos

sino con esfuerzo, y desde el mes de Setiembre estos esfuerzos son dolorosos.

La deglucion tambien es dolorosa y particularmente cuando es corta la cantidad de líquidos ó alimentos ingeridos.

Los movimientos de elevacion de la laringe, la inspiracion del aire frio y la introduccion del dedo en el vestíbulo laringeo determinan un dolor vivo, como si existiese una llaga.

El lado izquierdo de la laringe está ligeramente hinchado al exterior. Además de la crepitation normal producida por la presion bilateral de la laringe, existe otra ligera, limitada, difícil de encontrar, hácia el tercio anterior del cartilago tiroides. La presion es dolorosa de cada lado, principalmente hácia el borde superior y abajo del ángulo saliente del cartilago.

Todas las mañanas Muller espupa un líquido sanioso que hemos examinado al microscópio, primero con M. Czermak y luego con M. Ordoñez. De estos dos exámenes resulta que el líquido contiene algunos glóbulos de pús, glóbulos mucosos, celdillas epiteliales y glóbulos de sangre en tal abundancia que no es posible contarlos en el campo del microscopio.

M. Ordoñez, á quien llamó la atencion esta circunstancia, creyó debernos advertir que en nuestro enfermo los capilares estaban rotos, lo cual sabíamos ya.

La auscultacion pulmonar es buena. La laringea hace reconocer que el paso del aire es fácil, que la emision de las vocales y la vibracion de las cuerdas son casi nulas.

El examen laringoscópico nos enseña: 1º que las cuerdas vocales inferiores están hinchadas, húmedas y de color rosado, pero sin ulceracion ni tumores; 2º que la estremidad anterior de los repliegues supra-glóticos *presenta una alte-*

raion patológica especial y limitada. La mucosa de esta parte está ablandada, como formando hérnia, y presenta un tinte violado que contrasta con la ausencia de lesión sobre el ángulo anterior de las cuerdas vocales, situado abajo; 3° que á veces se ven escurrir de este punto *patológico, rasquitos de sangre* muy finos y que irradian sobre la comisura anterior de las cuerdas vocales; 4° que la mucosa aritenóidea derecha está roja y ligeramente abultada; 5° que los repliegues ariteno-epiglóticos están un poco hinchados. El izquierdo presenta en su medio trazas de una lesión anterior, y además está relajado y aplicado contra la cara correspondiente del cartilago tiroides, del que no se aleja sino con dificultad y necesitando cierto esfuerzo de contraccion del vestibulo laríngeo. Nada de esto se nota en el lado derecho; 6° que toda la mucosa de la laringe se encuentra rojiza y húmeda; 7° en fin, si se hace una presión lateral sobre la laringe durante el exámen, se ven aparecer burbujas de aire que levantan el repliegue ari-epiglótico, lo que podría explicar el ruido percibido antes por el enfermo. M. Czermak, que ha sido testigo de este fenómeno, es de nuestra misma opinion.

Hasta el 12 de Enero de 1864, se han manifestado alternativas mas ó menos largas del mal. Los vómitos y jaquecas se han presentado de tiempo en tiempo. Los dolores laríngeos, el esputo sanioso, muco-purulento y de olor especial no han cesado un instante, la voz ha sufrido pocas modificaciones.

Muchos médicos y cirujanos de Paris han podido en distintas ocasiones cerciorarse del estado de la laringe. Citaremos, entre otros, á los señores Nélaton, Barth, Guersant, A. Richard, Gubler, etc.

El tratamiento seguido por el enfermo ha sido: ioduro de potasio, fosfato de cal, pildoras de alquitran, de cino-

glosa, revulsivos locales enérgicos, introduccion de tiempo en tiempo en la llaga fistulosa, de una á dos gotas de solucion de nitrato de plata á 1/20°; pero nada de esto ha detenido el trabajo patológico.

Del 2 de Enero de 1864 al 1° de Mayo, sobrevino una terrible afeccion gastro-duodenal que puso al enfermo al borde del sepulcro. La historia de este periodo, aunque instructiva, no es de este lugar. Básteme decir que los vómitos incesantes que sobrevinieron, fatigaron la laringe y produjeron una lesión nueva.

Hoy, 15 de Mayo, se ve el apófisis anterior del cartilago aritenoides derecho desnudo y formando una saliente como una punta aguda sobre la cara interna de la glótis inter-aritenóidea.

Debemos felizmente reconocer: 1° que el enfermo está enteramente libre de su afeccion gástrica y de sus vómitos; 2° que el líquido muco-purulento esputado todas las mañanas, no tiene ya ese olor amoniacal infecto, y hace algun tiempo que no presenta tampoco sangre; 3° que por fin, la superficie de la llaga fistulosa, es decir, de la ulceracion de la laringe, está poco inflamada y menos visible.

Estas modificaciones locales, y la mejoría sobrevenida en la salud general, permiten esperar la curacion mas ó menos próxima de esta larguísima enfermedad ¹.

¹ Esta observacion tiene, sobretudo en la parte que se refiere al dicho del enfermo, algunos puntos que en mi concepto son exagerados y otros que probablemente fueron mal observados ó mal interpretados por aquel, quien se conoce estaba muy preocupado con su mal. No obstante esto me ha parecido importante su reproduccion porque hace ver una enfermedad grave y larga que por falta del exámen laringoscópico fué calificada por personas notables de imaginaria ó simulada y otros tuvieron que hacer operaciones á ciegas que quizá por esta circunstancia no produjeron el efecto deseado. El laringoscópio, al contrario, permitió ver á todos la existencia de lesiones anatómicas importantes. ICLESIAS.

OBSERVACION IX.

(Türk.)

Abceso en el lado izquierdo del cartilago cricoides.—Exámen laringoscópico.—El abceso invade y estrecha la glótis.—Determina la muerte.—Autopsia.

Un hombre de 34 años estaba ronco hácia 8 ó 10 dias, experimentaba un dolor al nivel de la laringe y su respiracion era difícil. Hace un dia que la inspiracion se ha hecho ruidosa, y la disnea ha llegado á un alto grado de intensidad. Desde hace 2 dias, el enfermo no puede tragar sino pequeñas cantidades de alimentos líquidos. La presion ejercida en el lado izquierdo de la laringe es dolorosa.

El exámen laringoscópico hizo ver que el borde interno de la cuerda vocal inferior izquierda, ligeramete arredondado, estaba rechazado hácia dentro, de manera que formaba una saliente considerable que pasaba la línea media, y que la cuerda vocal, que por lo demás habia conservado su color normal y su aspecto brillante, estaba completamente inmóvil en esta situacion. El cartilago de Santorini y el aritenoides del mismo lado habian perdido igualmente todos sus movimientos y su cubierta mucosa estaba un poco hinchada. De este mismo lado se notaba el ensanchamiento de la fosita limitada de un lado por el cartilago tiroides, y del otro, por el aritenoides y el ligamento ari-epiglótico (*sinus pyriformis* de Tourtal). Del lado derecho, la cuerda vocal no presentaba ninguna alteracion, y ni los aritenoides ni sus apéndices habian perdido su movilidad.

El enfermo murió en la noche siguiente de nuestro exámen. La autopsia permitió ver sobre el lado izquierdo

del cricoides un abceso del volúmen de una avellana, lleno de un pús espeso y verdoso. Hácia combar el cartilago tiroides é invadía el *sinus pyriformis*. Por otra parte, habia penetrado bajo la cuerda vocal inferior izquierda, cuyo borde interno estaba arredondado á consecuencia de la distension que habia experimentado, y que hácia la glótis formaba una saliente bastante considerable para dar á esta abertura la apariencia de una hendedura antero-posterior.

La mitad izquierda del cricoides estaba despojada en parte de su pericondro y en su cara posterior se veía una mancha rugosa al nivel de la cual el cartilago tenia una infiltration tuberculosa. Las pleuras estaban tuberculosas.

Los sintomas mencionados, me parecian bastante característicos, aunque no he tenido aun la ocasion de comparar esta observacion á otras análogas.

Era evidente que si la glótis estaba estrechada por la saliente inmóvil formada por una de las cuerdas vocales, esto no era consecuencia de un estado inflamatorio ó edematoso de estos repliegues, cuyo color y aspecto brillante en nada estaban alterados.

El agrandamiento del *sinus pyriformis*, el embarazo de la degluticion, el dolor que el enfermo tenia en el lado izquierdo de la laringe, y la marcha aguda de la afeccion, debian hacer admitir que se trataba de una tumefaccion inflamatoria. Poniendo estos elementos de diagnóstico en relacion con la saliente singular formada por las cuerdas vocales, se veía uno forzosamente obligado á pensar que la inflamacion se habia terminado por supuracion y que la deformacion de la glótis era debida á la formacion de un abceso.

Si se encontrase uno en presencia de semejante conjunto de sintomas, se podria concluir con certidumbre, segun creo, en la existencia de un abceso enquistado.

OBSERVACION X

Laringitis y roseola sifilitica sobrevenida 4 meses despues de un chanero indurado. — Exámen laringoscópico. — Tratamiento misto. — Curacion.

Aquiles L., profesor de música, de 30 años de edad, temperamento nervioso-sanguíneo, constitucion mediana.

Hace 4 meses tuvo en el lado izquierdo del glande un chanero indurado que duró poco tiempo y cicatrizó sin haber determinado adenitis inguinal. No obstante esto, siguió el enfermo por algun tiempo un tratamiento preventivo con el sublimado.

Desde el 26 de Setiembre (1867) tiene en la garganta dolores vivos que se marcan principalmente en los movimientos necesarios para la deglucion. Su voz no puede subir mas que hasta *fa* y está algo ronca; hay sensacion de sequedad en la garganta. La presion exterior en esta es poco dolorosa.

Exámen laringoscópico el 5 Octubre. Placa mucosa en la parte anterior izquierda del velo del paladar; fondo de la garganta rojo, el vestibulo de la laringe está tambien rojo y presenta ademas, sobre todo en la epiglótis, pequeñas manchas irregulares de un color un poco mas vivo que el resto: las cuerdas vocales superiores están ligeramente inyectadas; la mucosa del resto está algo hinchada.

Examinando con cuidado la piel se encuentran en el pecho y cuello algunas manchas discretas de roseola sifilitica que el enfermo asegura no haber existido ántes. Ninguna otra manifestacion diatésica existe.

Tratamiento. 1 pildora mercurial de Sedillot por mañana y noche. Ioduro de potasio 10 gramos; agua 150 gra-

mos; para tomar dos cucharadas en el dia. 6 pastillas de clorato de potasa. Agua azucarada tibia por tisana. Poco ejercicio de la voz, prohibicion de cantar.

Octubre 13. El enfermo se siente mejor, los dolores han disminuido notablemente, la voz ha aclarado. No ha habido salivacion mercurial. El laringoscópio hace ver que la mucosa está deshinchada y mucho menos roja; apenas se pueden distinguir algunas manchas; el borde de la epiglótis es el que conserva aun la rubicundez un poco viva. Se prescribe continuar el mismo tratamiento.

Octubre 19. Han desaparecido todos los síntomas, la voz está clara y el enfermo solicita se le permita ya cantar. El exámen laringoscópico es satisfactorio pues ha desaparecido todo fenómeno anormal en la laringe. En la piel apenas se notan trazas de la roseola. Se aconseja al enfermo continuar por algun tiempo el tratamiento mercurial y iodado y dejar descansar aun algunos dias su voz.

IGLESIAS.

OBSERVACION XI

Excrecencias múltiples y de naturaleza dudosa en toda la mucosa laringea. — Ineficacia de los mercuriales. — Toques de tintura de iodo seguidos de fenómenos inflamatorios.

Elisa M., de 30 años, casada, pasamanera, temperamento linfático, constitucion regular, vive calle d'Angoulême-du-Temple 72. Su padre murió de una afeccion de pecho que no puede determinar: su madre y resto de su familia no han padecido afecciones pulmonares.

Ella tuvo en corriente sus reglas hasta hace 18 meses en que se presentaban mas abundantes, y la sangre era negruzca y pestilente: el empleo de los tónicos y

amargos las ha puesto normales. Por lo demás, Elisa ha gozado de salud. No ha tenido antecedente sifilítico ninguno.

Hace 3 años y medio que despues de una emocion moral, su voz que había sido siempre buena, de un día á otro se apagó. Dos meses despues y sin que se hiciera nada volvió poco á poco á ser normal. Despues volvió de nuevo á perderse lentamente y así ha permanecido hasta el dia, con alternativas de mejoría y empeoramiento, pero sin recobrar su estado natural. Hace 2 años que está en curacion habiendo consultado varios médicos quienes la han prescrito el ioduro de potasio, fumigaciones de cinabrio, otras preparaciones mercuriales al interior, depurativos y algunos otros medios que no han conseguido mejorarla.

Desde hace algunos dias ha notado que los esfuerzos aun ligeros la fatigan y siente á veces alguna dificultad para respirar. Tiene tos poco frecuente en el dia, pero mucho en la noche, repitiéndose á veces en ella casi cada 5 minutos. Los esputos son blancos, viscosos, pero nunca sanguinolentos. Siente algunas veces calentura en la noche sin que venga acompañada de sudores.

Hoy 19 Noviembre que la examiné encontré : voz ronca y débil sin estar enteramente apagada, respiracion ruidosa, no hay en la garganta dolor ni espontáneo ni provocado por la presion, la deglucion es fácil, solamente que al comenzarla siente dolor en los oídos. La exploracion mas atenta del torax no revela fenómeno alguno morbosos ni á la auscultacion ni á la percusion.

Exámen laringoscópico. La mucosa toda de la laringe, la del vestíbulo como la de las cuerdas vocales superiores ó inferiores, está llena de excrecencias muy pequeñas, irregulares, algunas arredondadas, que presentan el color rosado normal de la mucosa ó aun son mas pálidas, como

sucede principalmente con las que cubren las cuerdas verdaderas. Esta disposicion hace que la glótis no esté limitada por líneas rectas como es natural, sino por líneas irregularmente onduladas por la saliente que hacen las excrecencias sobre las cuerdas. La superficie, pues, de toda la laringe es granujosa, pero no hay secrecion anormal, ulceraciones ni ningun signo de inflamacion. La movilidad de los cartilagos aritenoides y de las cintas vocales es perfecta.

M. Fauvel duda sobre el diagnóstico de la naturaleza de esta afeccion y se inclina á creer que es sifilítica.

Por lo pronto prescribe el uso del agua de Enghien al interior y aspirada en polvo.

50 Noviembre. Ninguna modificacion se observa. M. Fauvel valiéndose de su pinza arranca de la laringe algunas de las excrecencias para que sean examinadas al microscópio. El Dr. Libermann que en compañía de M. Cornil se encargan de este exámen, encuentran que dichas excrecencias son unos verdaderos papilomas, y en virtud de que estos son frecuentemente engendrados por la diátesis sifilítica, sospechan la existencia de ella en la enferma de que hablamos.

Apoyado en esta opinion que da mas fuerza á sus presunciones M. Fauvel, el 2 de Diciembre que vuelve á presentarse la enferma, la prescribe el siguiente tratamiento :

Protoioduro de mercurio.	2,0 gramos.
Extracto de guayacan. .	3,0
Extracto tebaico.	1,0

Para 50 pildoras de las que tomará una por la mañana y otra en la noche :

Ioduro de potasio.	10,0 gramos.
Agua destilada.	150,0

Para tomar una cucharada grande por mañana y noche.

Al mismo tiempo toca su laringe con la tintura de iodo pura.

Diciembre 7. La enferma refiere que desde el día 2 que se le hizo el toque en la garganta se halla peor: siente dolores vivos en la laringe, sobre todo en el lado derecho y en ambos oídos, tiene mucha dificultad para tragar: cuando los bocados sólidos llegan á la entrada del esófago sufre mucho y experimenta dificultad para hacerlos avanzar. Tose bastante, principalmente en la noche en que por esta causa muchas veces no puede dormir. Hace grandes esfuerzos para esputar, y no arroja mas que saliva.

Examinando su laringe con el espejo se encuentra que la mucosa aritenoides y la del repliegue ari-epiglótico está edematosa y algo roja.

Se le aconseja suspender el ioduro de potasio, continuar las píldoras mercuriales, tomar una tisana de agua de cebada endulzada con miel, no salir de su cuarto, no hablar y tomar pediluvios sinapisados.

Diciembre 17. Bajo la influencia del tratamiento anterior desaparecieron los síntomas agudos é inter-currentes y volvió la enferma á su estado anterior. La hinchazon edematosa y la rubicundez de la mucosa laringea desaparecieron.

Se prescribe volver al tratamiento combinado del mercurio y ioduro de potasio.

Diciembre 24. No ha habido hasta ahora modificacion ninguna en el estado de la laringe.

Diciembre 28. El laringoscópio no demuestra cambio alguno en el estado de la mucosa.

Habiendo tenido que salir de París no me fué posible seguir hasta el fin esta observacion, pero incompleta como está presenta interés y se presta á algunas reflexiones.

Desde luego llama la atencion la manera rápida con que se perdió la voz en el primer ataque y la desaparicion completa y espontánea de esta aфонia. Estas circunstancias no dejan duda de que fue un fenómeno de perturbacion nerviosa. Pero este, ¿era independiente de la enfermedad que vino despues ó bien era el primer síntoma de ella? El exámen laringoscópico hecho en aquella época hubiera solamente decidido esta cuestion, que es importante; mas á falta de él me inclino hácia esta última opinion y hé aqui por qué: Türk ha observado que pólipos ú otras producciones patológicas que se desarrollan á una distancia mas ó menos grande de la glótis y que por consiguiente no obstruyen mecánicamente esta abertura, pueden ocasionar la aфонia por parálisis de las cuerdas vocales. Por otra parte, debemos considerar que la erupcion papilomatosa no es como las exantemáticas, que pueden producirse y completarse en uno ó dos dias, sino que se forman lenta y sucesivamente: en estas, en efecto, hay congestion (sarampion, escarlatina) ó *desorganizacion* (viruelas) mientras que en aquella hay *organizacion* de las vegetaciones. Asi pues, no sería extraño que papilomas formados lentamente en la laringe á distancia de la glótis hayan producido, por el movimiento ó *processus* patológico de su generacion, una parálisis pasagera de las cuerdas, ó bien, dicho *processus* haya obrado solo como causa predisponente y la afeccion moral como determinante. Propagada en seguida á la mucosa de las cuerdas la alteracion del resto, vino el segundo ataque de aфонia que marchó lentamente y persiste hasta el dia. La movilidad de que gozan hoy las cuerdas es una prueba de que es mecánica y no vital la causa de este síntoma.

En cuanto á la naturaleza de la alteracion anatómica de la mucosa, no obstante el respeto que tengo á la opinion

de las inteligentes personas que he citado, confieso que no he participado de su idea respecto al carácter sífilítico del mal. La ausencia completa de síntomas de aquellas diátesis, la falta de la coloración que, aunque no constante si es muy frecuente en las afecciones sífilíticas de las mucosas, y la persistencia del mal á pesar del empleo que de los mercuriales se había hecho anteriormente, sirven de apoyo á mi opinion: y la confirma el no haberse modificado en nada el mal en los 26 dias que pude observar á la enferma y en que esta siguió de una manera metódica el tratamiento iodo-hidrargírico que le prescribió el Dr. Fauvel.

Otro punto que resalta de la observacion anterior es que los toques con la tintura de iodo pura, pueden determinar síntomas de inflamacion aguda en la laringe que molesten notablemente al enfermo. La señora á que se refiere la observacion tuvo en efecto dolor laríngeo, dificultad para deglutir y tos bastante frecuente y molesta para causarle insomnio, y aunque estos síntomas cedieron con facilidad no fue sino despues de sufrírselos por 6 ó 7 dias. Convendria pues en mi concepto, antes de emplear la tintura de iodo pura, tantear la susceptibilidad del sugeto empleándola primero debilitada.

IGLESIAS.

OBSERVACION XII.

(25.º de Mackenzie.)

Contraccion del repliegue glosó-epiglótico izquierdo producido por la cicatriz de una úlcera. — Disfagia extrema. — Curacion por la division de la brida.

Carlota D., casada, de edad de 24 años, me fue enviada por M. Shillitoe el 18 Junio de 1864. Dice que desde

el mes de Noviembre de 1863 no habia podido tragar ninguna partícula de alimentos sólidos y se sostenia solo con líquidos; el pan bien mojado en leche era la única sustancia sólida que á veces podia pasar. Una parte de los líquidos que procuraba tragar seguia una falsa direccion; así es que no obstante hacerlo poco á poco le sobrevinían violentos y prolongados accesos de tos. Todos estos síntomas datan de un ataque de afeccion ulcerosa de la garganta que tuvo el mes de Octubre. Cinco años antes habia padecido accidentes sífilíticos primitivos y despues síntomas secundarios.

Examinando su garganta se veian numerosas cicatrices blancas en la pared posterior de la faringe, y por medio del laringoscópio se percibia el lado izquierdo de la epiglótis retraido hácia arriba, adelante (hácia la lengua) y ligeramente adentro, hácia la línea mediana. Pensé al principio que el repliegue ari-epiglótico izquierdo estaba adherente á la faringe, pero una segunda exploracion me convenció de que no habia nada de esto. El repliegue glosó-epiglótico izquierdo estaba considerablemente grueso, blanco, saliente y acortado, siendo evidente que era la causa principal de la disfagia. La brida rígida tenia una longitud de cerca de un cuarto de pulgada y podia alcanzarse con el dedo. Una bugia se pudo introducir facilmente hasta el estómago, lo que ponía fuera de duda que la dificultad de la degluticion dependia solamente de que la epiglótis no cubria exactamente la laringe.

Tuve la fortuna de oír la opinion del Dr. Smyly (de Dublin) sobre este caso raro y difícil. Al principio habia yo decidido dividir la cicatriz, pero su situacion segun el diámetro antero-posterior de la laringe era un obstáculo para el empleo de la lanceta. Por medio de tijeras laríngeas y en dos operaciones conseguí al fin dividirla. Hubo poca he-

morragia y algunas semanas despues la enferma, que parecia tragar con facilidad, se quejaba sin embargo de una ligera molestia. No he vuelto á ver á esta enferma hace muchos meses, pero no me sorprenderia verla volver con sus síntomas antiguos. Haré notar que la epiglótis no ha recobrado enteramente su posicion normal y que en lugar de tener una posicion oblicua arriba de la abertura laringea, el borde libre de aquel opérculo tiene una direccion casi horizontal.

Desde que observé este caso, he modificado mi lanceta de tal manera que su borde cortante pueda colocarse á voluntad en una direccion antero-posterior ó en el sentido del diámetro lateral. Para dividir los tumores ó estrechamientos situados en la primera de estas direcciones se obra de una manera mas poderosa con las tijeras.

OBSERVACION XIII.

Afeccion herpética de la laringe, faringe y amígdalas. — Tenacidad del mal. — Alternativas de él.

J. Dornette, de 22 años, talla elevada, constitucion robusta, temperamento sanguíneo. Es fabricante de quincalla y tiene que manejar ácidos fuertes cuyos vapores le molestan á veces la garganta; fuma mucho, es muy aficionado á cantar y lo hace con frecuencia. No ha padecido enfermedad grave y en su familia no ha habido enfermedades diatésicas ni él ha tenido la sífilis. De tiempo en tiempo tiene comezons vivas en el cuerpo y con frecuencia le salen numerosos botones de acnea.

Hace tres años que empezó á padecer de la garganta,

siendo el primer síntoma la dificultad que experimentaba para cantar; llegando á cierta nota (el *mi*) sentia una cosa que le subia á la laringe, le hacia trinar involuntariamente y luego se apagaba el sonido y no podia seguir cantando. Se ponía con frecuencia ronco y se acatarraba con facilidad. No tenia dolor gutural, dificultad para tragar ni mas síntoma que una ligera tos.

No obstante haberse puesto en curacion nada ha adelantado en estos tres años; ha tenido solo algunos alivios ligeros, pero los síntomas han vuelto despues sin nuevo motivo.

De pocos dias á esta parte, ha notado que su mal ha avanzado, está mas ronco, tiene algun dolor al tragar y la tos es mas frecuente.

Hoy presenta ronquera no fuerte, tos seca, sensacion molesta en la garganta, pero no dolor ni aun comprimiendo la laringe.

Examinando la garganta se ve que la faringe y las amígdalas presentan una afeccion herpética de las mas caracterizadas. Numerosas placas blanquecinas é irregulares cubren la mucosa, que está seca. Por la laringoscopia se encuentra las cuerdas vocales de un color rosado vivo uniforme y el repliegue glosopiglótico de color rojo, ligeramente hinchado y presentando dos ó tres placas poco marcadas.

Se prescribieron á este enfermo chorros y aspiraciones sulfurosas, dos baños de vapor por semana y el uso del agua de alquitran á pasto.

Desgraciadamente el enfermo no volvió á la clinica, desanimado sin duda porque se le dijo que su enfermedad era muy larga. Este motivo me impidió seguir la observacion que presenta de notable lo característico de la erupcion herpética, la tenacidad del mal, sus alternativas en lo

general inexplicables y la coexistencia de las comezones y de la erupcion de acnea.

IGLESIAS.

OBSERVACION XIV.

Laringitis tuberculosa. — Exacerbacion pasajera del mal. — Buen efecto de las aplicaciones tópicas del láudano.

M^{lle} Clementina Estival, de 21 años, de temperamento linfático y constitucion mediana, se ocupa en vender paraguas. No hay antecedentes de enfermedad de pecho en su familia. Ella ha sido sana y solo propensa á catarros brónquicos; desde hace ocho años le dan con mas frecuencia y hace dos que tuvo una bronquitis aguda que le duró un mes. Nunca ha esputado sangre ni habia padecido de la garganta.

Hace dos meses que sin motivo conocido tuvo un nuevo catarro que la puso ronca; poco á poco su voz se fue apagando mas y ha permanecido hasta hoy bastante opaca. En este tiempo ha tenido tambien tos que aumenta por la noche, á cuya hora y á la madrugada se apaga mas la voz. Tambien por la noche suda del pecho y se siente fatigada. En la region de la laringe no hay mas que una molestia; solamente al tragar, sobre todo los líquidos, siente algun dolor que se comunica al oido derecho y de pocos dias acá tambien al izquierdo.

Hoy (22 Octubre 1867) la enferma no está afona, pero su voz es bastante apagada; la tos es poco molesta; no hay dolor á la presion de la laringe; no hay calentura. El examen cuidadoso del pecho por la auscultacion y percusion no hace descubrir fenómenos de tuberculizacion.

Exámen laringoscópico. Hinchazon y rubicundez de la mucosa laringea y especialmente de la inter-aritenoidea, en la que hay algunos pequeños botones salientes y cónicos.

Diagnóstico: Laringitis tuberculosa.

Tratamiento: Tisana de líquen mediado con leche. Dos cucharadas en el dia de aceite de hígado de bacalao; reposo de la voz.

Octubre 26. La enferma refiere que desde el dia 22 está peor de sus males, lo que atribuye á que fue examinada largo tiempo por tres de los médicos que asistian á la clínica. Tiene dolor en la laringe y una gran dificultad para tragar los alimentos sólidos y mas los líquidos, al punto de que en estos cinco dias no ha podido tomar mas que algunas cucharadas de tapioca. Ha tenido calentura y callosfrios.

Se le examinó de nuevo la laringe y se vió que habia en efecto una hinchazon mucho mas notable de toda la mucosa.

Se le ordenó la aplicacion en el brazo de un vegigatorio, del que se mantendria la supuracion; continuar la tisana de líquen y tomar en el dia agua de cebada mezclada con miel; permanecer en su casa y no hablar.

Noviembre 2. El tratamiento anterior la ha aliviado notablemente; el mismo dia que se aplicó el vegigatorio empezó á tragar con menos dificultad y á los dos dias lo hacia ya fácilmente. Los escalofrios y la calentura desaparecieron: la tós ha disminuido. Se la aconseja continuar el aceite de bacalao, la tisana de líquen y mantener la supuracion del vegigatorio por bastante tiempo.

Noviembre 5. Continúa el alivio. Su laringe está mucho menos hinchada y roja; se la toca con láudano de Sydenham puro.

Noviembre 25. El alivio se ha ido marcando cada vez mas. La tos casi ha desaparecido; ya no hay dolor en la laringe ni oídos; la deglución se hace perfectamente; la voz ha aclarado mucho. En este intervalo ha continuado su método y se la ha tocado con el láudano cinco veces. Según dice la enferma, los toques la alivian mucho y no le causan dolor. Todo anunciaba una pronta curación.

Mi salida de París para España me impidió terminar esta observación; pero á mi vuelta el Dr. Fauvel me informó que el alivio habia continuado marcándose y que la enferma considerándose sin duda buena no habia vuelto á presentarse á la clínica.

IGLESIAS.

OBSERVACION XV.

Laringitis tuberculosa.

M. Texier, de 42 años, sastre, de buena constitución, de talla poco elevada y pecho bien desarrollado. Su padre murió de enfermedad extraña al pecho; su madre es asmática pero no tuberculosa. Texier tiene un hijo de 15 años robusto y que tampoco ha padecido del pecho. Él ha sido propenso á catarros en los que su voz se ponía muy ronca, pero al cabo de tres ó cuatros días volvía á aclarar. Nunca ha esputado sangre ni ha tenido calosfríos ni calenturas nocturnas así como tampoco sudores.

Hace cinco meses, sin causa manifiesta, su voz se puso ronca, y despues se fue perdiendo muy poco á poco y así ha quedado hasta el día. En este tiempo ha tenido tambien tos seca, que le molesta sobre todo al acostarse y al levantarse. Por lo demás duerme bien; la deglución es normal; no tiene

dolor en la garganta ni oídos ni ningún otro fenómeno morboso.

Noviembre 2. Examinado el pecho se encuentra: en el pulmón izquierdo respiración áspera en la parte superior y sobre todo durante la inspiración y algunos estertores húmedos en la base. Pulmón derecho: expiración prolongada en la mitad superior y particularmente en la cúspide.

Exámen laringoscópico: Granulaciones grises numerosas é irregulares en la mucosa inter-aritenoidea que está ligeramente roja.

Diagnóstico: Laringitis tuberculosa.

Tratamiento: Vejigatorio volante al lado derecho del pecho. Tisana de yedra terrestre con jarabe de capilaria. Reposo de la voz. Una cucharada de aceite de bacalao en cada comida.

Noviembre 9. Continúa en el mismo estado. Se le toca con la tintura de iodo mezclada con láudano en partes iguales.

Noviembre 16. El enfermo siente alivio; la tos lo molesta poco y la voz en algunos momentos es menos apagada. El estado local ha mejorado; la rubicundez es menos viva. Continúan los toques.

Noviembre 26. Un catarro que tuvo el enfermo lo ha hecho atrasar en su alivio; la tos está mas molesta y la voz mas ronca. En el estado local de la laringe se nota un poco mas hinchada la mucosa aritenoidea. Se suspenden los toques.

Diciembre 3. Ha cesado el catarro y mejorado los síntomas. Se empiezan de nuevo los toques y se aconseja aumentar el aceite de bacalao.

Diciembre 10. El enfermo sigue en el mismo estado.

Diciembre 14. La tos ha aumentado un poco. El enfermo está muy desanimado porque su alivio no es tan rá-

pido como deseara. Quizá por esto no volvió á presentarse en la clínica.

IGLESIAS.

OBSERVACION XVI.

Ulceraciones laringeas en un individuo tuberculoso.

Etienne Olivier, de 25 años, carnicero, de constitucion débil, talla elevada y temperamento linfático. No ha podido dar razon de si ha habido en su familia enfermos del pecho. Asegura no haber padecido nunca de la sífilis.

Há dos años, bajo la influencia de un enfriamiento, le vino una angina tonsilar y extincion de la voz, pero esta volvía á aclarar algunos ratos cuando tomaba tisanas calientes el enfermo. Curado de la angina, la voz se fue perdiendo poco á poco hasta quedar apagada como está hoy. Nunca ha esputado sangre, no obstante que padecē bastante tos. En la noche tiene traspiracion abundante y fétida. No hay calosfrios, pero se siente enardecido por las tardes. El enfermo se ha enflaquecido.

Diciembre 26. El exámen del pecho dió : expiracion prolongada y sub-matitez en la cima del pulmon izquierdo, y algunos estertores secos en este punto : á la derecha, nada particular se nota.

Exámen laringoscópico. Las cuerdas vocales están sanas : la mucosa aritenoidea é inter-aritenoidea está fuertemente inyectada y algo hinchada, y presenta pequeñas ulceraciones irregulares, blanquizcas y poco profundas.

Mi ausencia de Paris me impidió seguir la marcha de esta enfermedad.

IGLESIAS.

OBSERVACION XVII.

Pólipo único situado entre las cuerdas inferiores y causando síntomas muy molestos. — Cesacion de estos por el arrancamiento de una parte de aquel. Dificultad de extraer el resto.

M. Derveaux, de 33 años, natural de Tours, de pequeña talla y temperamento sanguíneo, está empleado de vigilante en su ciudad natal, y tiene que sufrir las intemperies.

Ha gozado siempre de una salud escelente. Sus catarros nunca le han caido al pecho, y su voz no se habia puesto ronca jamás.

Hace 18 meses que sin mas motivo que haber gritado y haber tenido frios los pies mucho tiempo, repentinamente su voz se enronqueció, y así ha permanecido hasta el dia sin experimentar ninguna alternativa. Al mismo tiempo que se alteraba su voz, sentia alguna cosa que le cosquilleaba la garganta y le provocaba accesos de tos tenaces, que no lo dejaban dormir, que congestionaban su cabeza y á veces les hacian desgarrar sangre. Estos accesos se repetian hasta 20 veces en el dia ; sentia tambien un dolor, á veces fuerte, en el lado izquierdo de la laringe y algunas ocasiones como un cuerpo extraño que lo ahogaba. Por lo demás hablaba y tragaba sin dificultad y no sentia dolor en los oidos.

Quince dias despues de haber tenido estos accidentes, consultó á M. Fauvel, quien encontró en la laringe un pólipo alargado de color rosado y semi-transparente que se presentaba entre las cuerdas vocales inferiores y era la causa de los accidentes.

Introdujo inmediatamente sus pinzas para arrancarlo,

pido como deseara. Quizá por esto no volvió á presentarse en la clínica.

IGLESIAS.

OBSERVACION XVI.

Ulceraciones laringeas en un individuo tuberculoso.

Etienne Olivier, de 25 años, carnicero, de constitucion débil, talla elevada y temperamento linfático. No ha podido dar razon de si ha habido en su familia enfermos del pecho. Asegura no haber padecido nunca de la sífilis.

Há dos años, bajo la influencia de un enfriamiento, le vino una angina tonsilar y extincion de la voz, pero esta volvía á aclarar algunos ratos cuando tomaba tisanas calientes el enfermo. Curado de la angina, la voz se fue perdiendo poco á poco hasta quedar apagada como está hoy. Nunca ha esputado sangre, no obstante que padecē bastante tos. En la noche tiene traspiracion abundante y fétida. No hay calosfrios, pero se siente enardecido por las tardes. El enfermo se ha enflaquecido.

Diciembre 26. El exámen del pecho dió : espiracion prolongada y sub-matitez en la cima del pulmon izquierdo, y algunos estertores secos en este punto : á la derecha, nada particular se nota.

Exámen laringoscópico. Las cuerdas vocales están sanas : la mucosa aritenoidea é inter-aritenoidea está fuertemente inyectada y algo hinchada, y presenta pequeñas ulceraciones irregulares, blanquizcas y poco profundas.

Mi ausencia de Paris me impidió seguir la marcha de esta enfermedad.

IGLESIAS.

OBSERVACION XVII.

Pólipo único situado entre las cuerdas inferiores y causando síntomas muy molestos. — Cesacion de estos por el arrancamiento de una parte de aquel. Dificultad de extraer el resto.

M. Derveaux, de 33 años, natural de Tours, de pequeña talla y temperamento sanguíneo, está empleado de vigilante en su ciudad natal, y tiene que sufrir las intemperies.

Ha gozado siempre de una salud escelente. Sus catarros nunca le han caido al pecho, y su voz no se habia puesto ronca jamás.

Hace 18 meses que sin mas motivo que haber gritado y haber tenido frios los pies mucho tiempo, repentinamente su voz se enronqueció, y así ha permanecido hasta el dia sin experimentar ninguna alternativa. Al mismo tiempo que se alteraba su voz, sentia alguna cosa que le cosquilleaba la garganta y le provocaba accesos de tos tenaces, que no lo dejaban dormir, que congestionaban su cabeza y á veces les hacian desgarrar sangre. Estos accesos se repetian hasta 20 veces en el dia ; sentia tambien un dolor, á veces fuerte, en el lado izquierdo de la laringe y algunas ocasiones como un cuerpo extraño que lo ahogaba. Por lo demás hablaba y tragaba sin dificultad y no sentia dolor en los oidos.

Quince dias despues de haber tenido estos accidentes, consultó á M. Fauvel, quien encontró en la laringe un pólipo alargado de color rosado y semi-transparente que se presentaba entre las cuerdas vocales inferiores y era la causa de los accidentes.

Introdujo inmediatamente sus pinzas para arrancarlo,

pero no pudo salir entero sino solo una parte de él del volúmen de una lenteja y bastante duro.

No obstante, el enfermo sintió un alivio inmediato, la tos desapareció, y hasta hoy no se ha vuelto á presentar. Su voz se puso tambien menos ronca.

Desde entonces hasta el dia (Diciembre de 1867), M. Fauvel ha intentado muchas veces extraer la parte que queda sin poderlo lograr por las dificultades que presenta, principalmente en virtud de su situacion. Se halla entre las dos cuerdas, un poco arriba de la insercion de ellas, en su parte anterior y oculto en parte por la base de la epiglótis. Es de un color blanquizco, de forma arredondada, asemejándose á un pequeño escroto colocado entre las piernas, simuladas por las cuerdas inferiores.

IGLESIAS.

OBSERVACION XVIII.

*Pólipos papilares de base ancha, uno en cada cuerda vocal.—
Dificultades de su arrancamiento.*

M. Chavardel, de 25 años de edad, peluquero, de estatura pequeña, buena constitucion y temperamento sanguíneo. No hay antecedentes de familia. No ha padecido sífilis ni mas enfermedad que una sarna que tuvo hace años y le duró mucho tiempo. Ha cantado bastante por aficion, pero no lo ha hecho con esceso, y su ejercicio no exige el uso forzado de la voz. Ha tenido facilidad para acatarrarse y para ponerse ronco, y su voz se apagaba siempre que cantaba mucho ó que, en las reuniones con sus amigos, bebia un poco mas que de ordinario. Nunca ha esputado sangre ni ha tenido tos ni dolor en la garganta; un poco de molestia es lo único que siente en ella.

Desde setiembre de 1866, y sin motivo ninguno, notó que su voz se hacia de dia en dia mas débil y en ciertos momentos se perdía totalmente. Esto le obligó á consultar á algunos médicos, que lo medicaron sin fruto; por el contrario, su voz quedó enteramente apagada, y así ha permanecido hasta el dia.

En Setiembre de 1867, consultó á M. Fauvel quien examinándolo con el laringoscópio, encontró que sobre cada una de las cuerdas vocales inferiores habia un pólipo papilar. El del lado derecho es mas grande, poco saliente, ocupa el medio de la cuerda y abraza la cara anterior y borde interno de ella, y aun parece reflejarse hácia su cara posterior, se asemeja á un pedazo de terciopelo grueso que se hubiera pegado en la cuerda abrazándola. El otro, que es mucho mas pequeño, está situado en la otra cuerda en frente y arriba del primero é inclinado al borde interno de la cuerda, de manera que en los movimientos de fonacion se acercan y tocan uno con otro, y sirven de obstáculo, por consiguiente, á la aproximacion completa de las cuerdas. Ambos son de color rosado; el resto de la mucosa no tiene alteracion.

Ahora la voz está ronca y débil, pero no apagada.

La poca saliente de estos tumores, principalmente del segundo, y lo ancho de la base del primero, constituyen una dificultad para su arrancamiento. Era preferible la cauterizacion, y en efecto, por ella comenzó Mr Fauvel el tratamiento: cada 5 ó 6 dias lo tocaba con la piedra infernal.

Así continuó hasta el 12 de Octubre en que viendo que los progresos eran lentos, determinó unir el arrancamiento á la cauterizacion. En efecto, introduciendo unas largas pinzas *sin puntas*, logró estraer un pedazo como un chícharo.

Abril 6 (1868). Estas operaciones las ha repetido diver-

sas ocasiones alternándolas con los toques del nitrato de plata con lo que se adelanta en la curacion. Mas como esta no es tan rápida como el profesor y el enfermo lo desean, piensa M. Fauvel aplicar la cauterizacion galvánica próximamente.

IGLESIAS.

OBSERVACION XIX.

(Mackenzie.)

Ronquera que databa de siete años, producida por un pólipo que nació inmediatamente arriba de la insercion anterior de las cuerdas vocales. — Arrancamiento con las pinzas. — Restablecimiento de la voz.

Morris B., de 41 años, actualmente zapatero y antes cantor, vino el 20 de Agosto de 1865 al hospital de enfermedades de garganta. Cuenta que habia estado ronco durante siete años, pero que nunca le habia faltado enteramente la voz. A la edad de 16 años habia tenido accidentes sifilíticos primitivos. Un médico le habia cortado la úvula, pero esto no habia hecho aclarar la voz. El exámen laringoscópico manifestó que existia un tumor de color amarillento y del grueso de una haba pequeña, inmediatamente arriba de la insercion superior de las cuerdas vocales. Era móvil (probablemente pediculado), pero su base estaba oculta por el tumor y, por consiguiente, era difícil determinar su punto de insercion con exactitud. En la oclusion de la glótis, el tumor apoyaba sobre la estremidad de las dos cuerdas vocales; á veces apoyaba mas sobre una que sobre otra, ya á la derecha ó á la izquierda.

21 de Agosto. Tuve una consulta con el Doctor Johnson y con M. Mason quienes confirmaron mi diagnóstico.

24 de Agosto. En presencia de estos dos señores, estraje el tumor con mis pinzas. Felizmente el tumor se tomó desde la primera tentativa y con escepcion de una pequeña porcion de su base, fue arrancado el resto. Despues de la operacion, examinamos al enfermo con el espejo, pero la sangre nos impidió ver distintamente la base del tumor. Yo estaba dispuesto á quitar el fragmento que quedaba, mas despues de un maduro exámen creimos que seria mejor dejarlo con la esperanza de que se marchitaria. Inmediatamente despues de la operacion, el Dr. Johnson notó una mejoría en la voz.

26 de Agosto. Extraje con las pinzas la pequeña porcion que quedaba de la base del tumor. La curacion fue completa, y al cabo de quince dias, el hombre hablaba perfectamente bien.

« El tumor, segun el Dr. Andren Clark, estaba formado de tres ó cuatro pequeñas partículas, sin forma determinada, de color amarillo, estriado de rojo y de una consistencia córnea. Su estructura era difícil de determinar á causa de su dureza. La superficie libre estaba formada de muchas capas delgadas, formadas por un epitelio escamoso que presentaba algunos nucléolos entre sus elementos. Si no fuera por la ausencia de la colessterina, se habria podido tomar el elemento celular por un colesteatoma. Abajo de la cubierta epitelial, habia pequeños focos sanguíneos y masas amorfas de un compuesto de proteina coagulada. » Aunque no hubiese en este caso fibras en el compuesto de proteina, el Dr. Clark lo consideraba sin embargo como un caso de tumor fibro-epitelial en vía de desarrollo.

OBSERVACION XX

(7.^a de Causit tomada de Mackenzie.)

Afonia congénita. — Notable error de diagnóstico. — Autopsia de la laringe.

El enfermo, niño de 3 á 4 años no pudo ser examinado con el laringoscópio á causa principalmente de la forma y situacion de la epiglótis. El gran interés de este hecho consiste en que la afonia era congénita ó habia sobrevenido poco despues del nacimiento.

El niño, segun decia la madre, no habia emitido nunca ningun sonido; cuando queria gritar se le veian llenársele los ojos de lágrimas *pero no se oia ningun grito*. Introduciendo la mano en la laringe durante la vida se sentia un tumor duro redondo abajo de la epiglótis; parecia cartilagenoso ó huesoso, y se creia que provenia del cartilago tiroides. Nadie ponía en duda la naturaleza de este tumor y habiendo visto al enfermito muchos médicos y cirujanos de los hospitales en una sociedad á que fué presentado, todos formaron el mismo diagnóstico. El niño murió de un ataque de epilepsia: en lugar de un tumor cartilagenoso, se descubrieron *vegetaciones* en el interior de la laringe.

Algunas de ellas pequeñas, de las que, la mas gruesa tenia el volúmen de una lenteja, ocupaban la cuerda vocal izquierda; abajo de las dos cuerdas vocales la membrana mucosa presentaba un aspecto berrugoso ó granuloso.

Era muy interesante el cerciorarse como pudo cometerse semejante error de diagnóstico: el Dr. Mackenzie cree, que lo que el dedo introducido en la boca habia

tocado no era otra cosa sino el hueso hioides sentido al través de la epiglótis.

Aunque estos casos sean raros, añade M. Mackenzie, y que el error no sea posible sino despues del completo desarrollo de los cuernos del hueso hioides, este caso no deja de tener algun interés bajo el punto de vista de la práctica, tanto mas cuanto que no se habia fijado la atencion sobre esta causa de error.

OBSERVACION XXI

(Mackenzie, tomada de Durrham.)

Quiste laringeo. — Puncion. — Curacion.

Practicando el exámen laringoscópico en una persona que presentaba padecimientos de la garganta se encontró que la epiglótis no tenia su forma normal. Se veia un tumor ancho, redondo, tenso, que se dirigia atrás y abajo y cubria completamente la glótis. De un lado y atrás se distinguia una parte de los repliegues ari-epiglóticos que estaban muy rojos y edematosos. Se podia tocar el tumor con el dedo. M. Durham, seguro de que contenia un líquido y ayudado por el Dr. Wilko, lo puncionó con un bisturí muy agudo, largo, encorvado y cubierto de tela aglutinante hasta cerca de su punta. La incision produjo la salida de un líquido mucoso y espeso al que estaban mezclados en pequeña cantidad pús y sangre. Este líquido fue despues examinado atentamente y se encontró que era perfectamente semejante al que contiene la ranilla (*grenouillette*) cuando comienza á supurar. El enfermo sintió inmediatamente alivio y por la tarde se le encontró cantando en su cama. Al cabo de algunos dias ya estaba bueno. Se practicó de

tiempo en tiempo el exámen laringoscópico y se observó con interés la disminucion gradual del edema y el retorno de las partes á su estado normal. Cuatro meses despues de la operacion, no habia ya ninguna traza del quiste (pues tal era evidentemente este tumor) y apenas se distinguia la cicatriz situada en la parte inferior de la cara laringea de la epiglótis.

OBSERVACION XXII

Fibroma de la laringe. — Asfixia inminente. — Traqueotomia. — Arrancamiento del tumor. — Reproduccion. — Reduccion muy notable de él y apertura de un espacio para el paso del aire por la cauterizacion galvanica.

M. Dummont de 62 años, maestro de obras en Lille su pais natal, estatura elevada, delgado, de constitucion mediana y temperamento nervioso sanguíneo; es casado y tiene dos hijos perfectamente sanos; en su familia no ha habido enfermedades diatésicas. Él no ha tenido mas que la sarna hace 30 años y un chancro hace 20: este curó facilmente y ninguna otra manifestacion sifilitica ha venido despues.

Hace poco mas de cinco años que despues de haber trabajado mucho y estando caliente recibió una corriente de aire frio. Esto le produjo una laringo-traqueitis bastante ligera para no hacerle caso. Pero la ronquera que sobrevino entonces ya nó volvió á desaparecer, por el contrario, fue aumentando de dia en dia al grado de que desde hace un año perdió enteramente la voz. No ha padecido tos sino una que otra vez al principio de los inviernos y duraba pocos dias. Dos ó tres veces que han venido accesos

fuertes de ella ha arrojado con el esputo unos rasguitos de sangre, pero fuera de esto no ha habido hemotisis. No tenia dolor en la laringe ni en ninguna otra parte, podia tragar bien y en los primeros tiempos la respiracion se hacia facilmente.

En el mes de Abril de este año (1867) sin motivo alguno su respiracion empezó á dificultarse lo mismo que su deglucion. El embarazo de estas dos funciones y principalmente de la primera se hacia de dia en dia mayor y en vista de esto se decidió á venir á Paris adonde consultó á M. Fournié¹, quien examinándolo con el laringoscópio encontró: « un tumor voluminoso que formaba literalmente un tapon en la cavidad laringea; apenas se distinguia hácia el centro del tumor una abertura lineal de 8 á 10 milím. de largo al través de la cual el aire entraba y salia con la mayor dificultad. Para apreciar mejor cuál pudiera ser la naturaleza de este tumor cuya superficie era desigual y ondulada, la toqué con un estilete curvo; pero el mas ligero contacto determinó un violento acceso de tos y una ligera hemorragia. Preferí suspender mi juicio y esperar circunstancias mas favorables para un segundo exámen. »

Al dia siguiente de esto al despertar, notó el enfermo que su respiracion era mas difícil y esta disnea fue aumentando por momentos en el dia, de manera que fue necesario llamar á un médico y en las horas que tardó en llegar

¹ Este señor ha publicado en la *Gaceta de los Hospitales de Paris* (nº 79 del 6 de Julio) la observacion de esta enfermedad, que creyó terminada despues de la operacion que practicó. Habiendo yo visto posteriormente al enfermo y continuado su observacion, la doy aqui mas estensa, tomando de lo publicado por el Dr. Fournié algunos pasajes relativos al diagnóstico y á la operacion que hizo.

M. Maisonneuve, la asfixia estaba tan avanzada que el enfermo casi estaba en la agonía. Viendo este estado el distinguido cirujano hizo inmediatamente la traqueotomía en un solo tiempo, valiéndose del ingenioso instrumento de su invención destinado á este efecto, y el enfermo respiró y salvó la vida.

A los cuatro días de esta operación, el Dr. Fournié hizo una nueva exploración con el laringoscópio y cerciorado de la forma y disposición del tumor, determinó extirparlo. Hé aquí las consideraciones en que entró este médico respecto del procedimiento operatorio mas conveniente; dice así: « Desde los trabajos de Erhmann de Estrasburgo, los cirujanos preconizaban en semejante caso la ablación del tumor por una vía artificial, por la laringotomía ó por cualquiera otra abertura de las vías aéreas. Solo desde que se introdujo el laringoscópio en la práctica médica es cuando se ha ensayado el hacer este género de operaciones por las vías naturales, es decir, por la boca. Hasta ahora estas tentativas no habian sido coronadas de éxito. Secundado por circunstancias quizá mas favorables, yo he sido mas feliz que mis predecesores, y voy á decir, en pocas palabras, los motivos que me obligaron á escojer el procedimiento operatorio que he empleado.

« El primer procedimiento que se presentaba seductor por su sencillez, consistía en prolongar hácia arriba la abertura de la tráquea y dividir el tiroide; pero en un sugeto de 62 años, á cuya edad los cartílagos están ya osificados, la separación del tiroide no se hace sino con grandes dificultades, sobre todo cuando un tumor está implantado, como en este caso, sobre su cara posterior.

« Por otra parte, en esta operación se interesan siempre mas ó menos las cintas vocales y la voz queda comprome-

tida definitivamente. Motivos no menos serios me hicieron desechar la laringotomía tiro-hioidea.

« Dí la preferencia pues, al procedimiento mas sencillo, mas natural y menos peligroso para el enfermo: la extirpación del tumor por la boca.

« Con ayuda del laringoscópio, la dificultad no consistía precisamente en tomar el tumor con las pinzas y arrancarlo; pero habia que temer, al obrar así, una hemorragia abundante porque el tumor daba sangre al menor contacto. Esta consideración me trajo la idea de abrazar el tumor en el asa metálica de un cierra-nudo de tallo encorvado. Construido este instrumento con arreglo á mis indicaciones por los señores Robert y Collin, fue ensayado y desechado al momento á causa de la dificultad insuperable que experimenté en colocar el asa alrededor del tumor.

« Era de toda necesidad arrancarlo con pinzas curvas. Preocupado siempre (aunque sin razón) de la eventualidad posible de una hemorragia, hice construir una cánula traqueal cuya cubierta exterior presentase un gran orificio frente de la cavidad laringea, mientras que la cánula exterior no tenia ninguna solución de continuidad. Mi intención era taponar la parte inferior de la laringe introduciendo un pedazo de esponja preparada al través del orificio de la cánula exterior y mantener este taponamiento por el solo hecho de la colocación de la cánula interior. Estando dispuestas así las cosas introduje las pinzas curvas de que me sirvo habitualmente; el tumor fue tomado, pero estaba tan duro que los dientes de la pinza resbalaron sobre él y yo no saqué mas que algunos pedazos ablandados de la periferia.

« Los señores Robert y Collin fabricaron para este caso un nuevo sistema de pinzas, y esta vez, casi seguro del éxito, cité á M. Monnié para que hiciésemos la operación.

En efecto ha hecho esta operacion en nuestra presencia mas de treinta veces desde Setiembre hasta hoy 28 de Diciembre, habiendo logrado así destruir casi todo el lado izquierdo (lugar de implantacion) del tumor y abriendo un amplio camino al aire, que pasa perfectamente por la abertura cuando se tapa la cánula de traqueotomia que aun conserva el enfermo.

La fuente de electricidad de que se ha valido M. Fauvel, ha sido una fuerte pila de Grenet, cuyos reóforos se fijaban á un mango aislador y en la estremidad de este habia unas varillas metálicas largas y encorvadas en cuyo extremo se hallaban los hilos de platina que se enrojecian por la corriente. Un boton del mango permitia establecer ó suspender esta á voluntad.

Encontrando M. Fauvel pesados los reóforos de la pila que usaba y voluminoso y pesado el mango, y habiendo visto en la esposicion instrumentos de esta clase mas ligeros y cómodos presentados por el Dr. Voltolini de Breslau encargó á este laringoscopista (quien se apresuró á mandárselos) una caja de estos instrumentos y con ellos hizo las siguientes cauterizaciones.

Estas las hacia con intervalo de 3 á 5 dias. Colocado el instrumento en el punto que se deseaba cauterizar, hacia pasar la corriente: el humo que se desprendia de la garganta, el ruido y el olor de carne quemada no dejaban duda de que se habia logrado el objeto. El laringoscópio aplicado despues hacia ver el punto cauterizado. El enfermo no sufría ningun dolor en estas operaciones, á las que no solo se prestaba con voluntad sino que muchas veces, cuando creía que la cauterizacion no habia sido profunda, pedia se repitiera; la presencia de los instrumentos en la laringe y los vapores era lo que le molestaba: sin esto la cauterizacion hubiera podido prolongarse mucho tiempo.

Hoy la abertura que da paso al aire es alargada en el sentido de la glótis y ocupa una longitud casi igual á ella: su ancho es de 1 $\frac{1}{2}$ á 2 líneas en sus dos tercios superiores y de 3 $\frac{1}{2}$ en el tercio inferior, en el fondo del cual se empieza á ver una parte de la cuerda vocal derecha.

Es de esperar que continuando la cauterizacion se destruya completamente el tumor y si este no se reprodujera la curacion seria completa. Aun cuando esto sucediera mas tarde, no se puede negar que el resultado obtenido es muy importante, puesto que habiendo paso para el aire, si el enfermo se quitara la cánula respiraria por la laringe. La voz no ha vuelto, ni me parece fácil que vuelva.

IGLESIAS.

OBSERVACION XXII BIS

Fibroma de la epiglótis. — Tentativas infructuosas de arrancamiento y escision. — Extirpacion por medio de la galvanocáustica. — Curacion.

L. Gerard, de 45 años, conductor de diligencias, pequeño, fuerte, sanguíneo. Ha sido siempre sano, no habiendo tenido mas enfermedad que unos chancros en 1840, á los que siguió una erupcion de botones en todo el cuerpo; todo lo cual se quitó en poco tiempo con unas pildoras y jarabe del cocinero que le ordenó un farmacéutico á quien consultó.

Hace cinco años tuvo un catarro que lo puso ronco, y esta alteracion de la voz, en vez de disminuir, fue al contrario aumentando hasta quedar casi afono. Tosia poco, una que otra vez sentia ligero dolor en la garganta y solia tener alguna dificultad para respirar y para deglutir. Jamás

ha esputado sangre ni padecido ulceraciones en la garganta.

Hace dos años, continuando su mal, tuvo necesidad de suspender su trabajo para curarse; pero á pesar de haberse medicinado bastante tiempo no sentia alivio.

En Diciembre de 1866 consultó á M. Fauvel, quien encontró una laringitis crónica que creyó sostenida por el virus sífilítico; y en efecto, por un tratamiento iodo-hidrar-girico y toques en la laringe con la tintura de iodo, el enfermo se alivió y volvió á recobrar la voz.

Hace cuatro meses, sin que encuentre motivo para ello, el enfermo empezó á tener disnea, que aumentaba al grado de que en ciertas ocasiones sentia que se ahogaba, y su voz volvió á perderse. Eran estos los únicos síntomas que tenia; pues por lo demás tragaba con facilidad, no habia dolor, tós ni ningun otro fenómeno de los que son frecuentes en casos semejantes.

Examinado con el laringoscópio se vió que tenia sobre la epiglótis un tumor del volúmen de una castaña, poco rojo, liso y de apariencia fibrosa. Aun sin necesidad de aquel instrumento y solo haciendo abrir al enfermo la boca y deprimiendo la lengua, se veia en el fondo el tumor referido. Tocándolo se notaba que estaba duro y que era indolente, aunque provocaba accesos de tos y náuseas. Viendo M. Fauvel que seria imposible, á causa de su dureza y lo ancho de su base, arrancarlo con las pinzas, trató de separarlo por medio de la constriccion lineal. Abrazó en efecto el tumor en su base con la cadena del constrictor, pero al cerrar el asa de ella y comprimir el tumor que estaba muy duro, el enfermo no pudo dominarse, se levantó y tomó con fuerza el instrumento, impidiendo continuar la maniobra y obligando á aflojar y sacar la cadena, lo que no pudo hacerse sin dificultad.

Considerando M. Fauvel inútil hacer una nueva tentativa de este género, que traeria los mismos resultados, pensó hacer otro dia la escision del tumor por medio de unas fuertes tijeras. M. Mathieu, que concurrió á la operacion, construyó á este efecto, valiéndose de un mecanismo ingenioso, un instrumento en que estaban reunidas á la vez la pinza y la tijera. Las ramas de la primera, provistas de ganchos y colocadas arriba de las de la segunda, se cerraban antes que ella y fijaban el tumor que cortaban despues abajo estas últimas.

Se aplicó este instrumento, pero el tumor, que era muy duro, resbaló y solo se pudo cortar un pedazo pequeño de él. Esta operacion fue seguida de alguna hemorragia. Temiendo que esta fuera abundante si se repetia la operacion y se cortaba el tumor en su base, decidió M. Fauvel usar la electricidad para ligarlo y dividirlo.

En efecto, el 21 de Abril (1868), dispuesta una fuerte pila de Grenet y un cierra-nudo de hilo de platina, se abrazó con este la base del tumor y haciendo entonces enrojecer el hilo por el paso de la corriente eléctrica y estrechando á la vez el asa que formaba, se cortó perfectamente y en pocos segundos el tumor, sin que hubiera habido hemorragia alguna.

En el tumor, que se dió á examinar al micrógrafo del Sr. Ordoñez, se veia la cicatriz de la parte que se habia cortado con las tijeras. Era duro, liso é igual y con toda la apariencia de un fibroma.

El 25 se examinó de nuevo al enfermo y se vió que la superficie de la seccion se iba cicatrizando rápidamente. La incomodidad que habia sentido el enfermo despues de la operacion, fue tan ligera que no le impidió comer, y la disnea ha desaparecido.

OBSERVACION XXIII.

Abceso retro-faríngeo que obstruía la entrada del esófago y la glótis. — Disfagia extrema. — Dificultades cada vez mayores del cateterismo esofágico. — Se facilita este por el empleo del laringoscópio. — Fluctuacion. — Incision del abceso. — Cesacion rápida de los accidentes. — Curacion.

La señora A. Boyer, de 46 años, viuda, natural de Colmard (Alsacia), de constitucion regular, temperamento sanguíneo-linfático; ha sido siempre sana, no hay antecedentes escrofulosos ni sifilíticos. Hace dos años desaparecieron sus reglas que habian estado siempre en corriente.

Hace quince meses, á consecuencia de un enfriamiento, fue atacada de dolores en los hombros y en la region cervical de la espina, y poco tiempo despues sobrevinieron igualmente dolores bastante vivos en la garganta acompañados de punzadas. Estos calmaron con el empleo de algunos purgantes, la aplicacion de un vejigatorio y otros medios, pero quedó siempre una sensacion molesta en la garganta y empezó á tener dificultad para tragar, sobre todo los alimentos sólidos. Con este motivo en el mes de Abril (1867) consultó á un médico, quien encontró un tumor duro del tamaño de un huevo de paloma situado en la parte posterior de la faringe.

Se diagnosticó un tumor gomoso sifilítico y se ordenó el ioduro de potasio.

A pesar de haber seguido por algun tiempo este tratamiento, la enferma no sentia alivio; por el contrario, la molestia continuaba y la dificultad de tragar aumentaba de dia en dia, de modo que no podia tomar mas que alimentos semi-líquidos. Mas tarde, aun la deglucion de estos

se dificultaba y fue necesario entonces recurrir á la sonda esofágica que se empleó por algun tiempo. Pero llegó un momento en que esta se detenía á la entrada del esófago sin poder pasar adelante y en que la respiracion se dificultaba. Recurrió entonces la enferma á M. Fauvel, quien encontró en efecto en la pared posterior de la faringe un tumor del volumen de un huevo de gallina, duro, cuya base tendria unos 5 ó 6 centímetros, y cuya parte anterior avanzaba sobre la laringe cubriendo una parte de ella y cerrando la entrada del esófago. La enferma estaba pálida y estenuada, pues llevaba dias de pasar con dificultad los alimentos líquidos.

Intentó M. Fauvel introducir en el esófago una sonda de bola de marfil, pero no pudo lograrlo, porque la estrechidad se detenía á la entrada y no podia avanzar. Se valió entonces del laringoscópio y viendo por él la disposicion del tumor pudo introducir la sonda.

Usando el mismo medio repitió por varios dias el cateterismo, empleando en cada vez una bola mas gruesa para dilatar el estrechamiento, y así consiguió que la enferma, que despues de estas operaciones tenia menos dificultad para tragar, mejorara un poco.

Pero el cateterismo volvía á dificultarse y la enferma se quejaba de dolores de cabeza frecuentes y mas notables en la region occipital.

El 21 de Setiembre el Dr. Libermann examinando el tumor por medio del dedo introducido en la boca, notó fluctuacion en él, é invitado por M. Fauvel para que le abriera, lo hizo así por medio del bisturí, que dió salida á medio vaso de pús espeso y verdoso. La enferma siente un alivio inmediato, respira con mas facilidad y ese mismo dia come con apetito.

Setiembre 24. El tumor está reducido á una cuarta parte

de su volúmen anterior y la mucosa conserva su color normal; ya no hay dolores y los gargarismos emolientes han facilitado el escurrimiento del pús. La presión de las vértebras cervicales es dolorosa, sobre todo al nivel de la cuarta.

Setiembre 28. Ha continuado la mejoría; la enferma sigue comiendo con facilidad; ya no sale pus; la herida del bisturi está casi cicatrizada y el tumor casi ha desaparecido; ya no hay dolores espontáneos y los de la columna cervical han disminuido notablemente.

Octubre 2. El tumor se empieza á formar de nuevo; la deglución es menos fácil, pero no hay dolores de cabeza ni dificultad para la respiración. Se hace una nueva incisión abajo de la primera y sale alguna cantidad de pús.

Octubre 9. El tumor y todos los demás síntomas han desaparecido á escepcion de un ligero dolor en la region cervical. La mucosa de la faringe parece normal. Se aconseja á la enferma el uso del aceite de bacalao.

Octubre 16. La faringe continúa en un estado satisfactorio. Ha cesado el dolor espontáneo de la region cervical, pero la presión sobre la cuarta vértebra es bastante dolorosa.

Octubre 23. Ha disminuido notablemente el dolor cervical y es poco sensible esta al comprimir los apófisis espinosas. La faringe continúa en estado normal y el estado general de la enferma ha mejorado visiblemente. Considerándose curada no ha vuelto ya á la clínica.

— IGLESIAS.

OBSERVACION XXIV.

(Türk)

Cancer de la laringe. — Ulceracion.

José J., de 58 años, agricultor, tuvo en el mes de Marzo de 1861 un dolor en el lado derecho del cuello en el momento de la deglución. Los dolores se hicieron cada vez mas vivos y se acompañaron de ronquera desde el mes de Diciembre.

Desde el mismo mes, partículas alimenticias y las bebidas penetraban á veces en la glótis y provocaban accesos de tos. El aliento se puso fétido. Al partir del mes de Abril la deglución de los líquidos se habia hecho muy penosa; por poco que se descuidara en tener precaucion el enfermo al tragar, las bebidas no dejaban de penetrar en la laringe. Sentia entonces una fuerte disnea que lo obligaba á hacer movimientos respiratorios violentos, durante los cuales la inspiración se acompañaba de un ruido análogo al silbido del croup y debido á la penetración del aire al través de un espacio estrecho.

Hacia el fin de 1861, una tumefacción dura y aplastada apareció cerca de la raíz del cuello, á la derecha.

Exámen laringoscópico hecho el 15 de Mayo de 1862: el borde libre de la epiglótis, á la derecha, estaba perforado por una úlcera en el contorno de la cual dicho órgano estaba inyectado. El forro mucoso del cartilago de Santorini y del aritenoides del mismo lado y aun los cartilagos mismos estaban ulcerados y en parte destruidos. Arriba de ellos se veía elevarse una producción cancerosa ondulada, blanda, rojiza, que se dirigia hácia adentro de manera

que ocultaba completamente el segmento posterior de la cuerda vocal inferior correspondiente. La mucosa de la faringe estaba igualmente ulcerada cerca del borde derecho de la epiglótis. La tos no era prolongada. El borde interno de la cuerda vocal inferior derecha estaba fijado muy cerca de la línea media y no se desalojaba sensiblemente durante los movimientos respiratorios ni aun durante la tos. La voz estaba ronca.

Al principio del mes de Julio el estado de las partes no se había modificado. La ulceracion había hecho progresos; la voz estaba mas ronca. El intervalo entre el cartilago tiroides y el hueso hioides era sensible á la presión del lado derecho. Los movimientos de la laringe que acompañan la deglucion se ejecutaban normalmente. Los movimientos pasivos de desalojamiento eran igualmente libres. Sobre el lado derecho del cuello, atrás del esternomastoideo y cerca de la clavícula, se encontraba un tumor del tamaño de una nuez, aplastado, resistente, un poco doloroso, inmóvil y no teniendo por otra parte ninguna conexión con la laringe.

OBSERVACION XXV.

(5^a de Mackenzie.)

Afonía que databa de cuatro años y medio, curada por la aplicacion repetida del galvanismo sobre las cuerdas vocales.

La Señorita D. (de Rainham, Kent), me consultó, el mes de Diciembre de 1864, para una afonía que llevaba cuatro años y medio de padecer. La enferma, de edad de 50 años, era grande, delgada y delicada; dice que siempre ha sido débil y que á cierta época sufrió una desvia-

cion ligera de la columna vertebral. Había consultado muchos médicos y los diversos tratamientos que se le habían ordenado en nada habían modificado su afonía. El Dr. Peinfeld (de Rainham),—quien me aseguró que nunca había observado accidentes de histéria en la enferma,—había hecho muchas y fuertes aplicaciones de electricidad en la parte anterior del cuello sin conseguir restablecer la voz. El laringoscópio demostró que había una parálisis completa de los aductores de las cuerdas vocales. Yo apliqué á estas la corriente eléctrica y despues de pocas aplicaciones la voz volvió. Al cabo de un mes la enferma hablaba con una voz clara y natural. He vuelto á ver á esta señorita en Diciembre de 1865 y he oido de su boca que su curacion había sido permanente.

OBSERVACION XXVI.

(7^a de Mackenzie.)

Afonía que databa de ocho años, curada por una sola aplicacion de galvanismo al interior.

La Señorita C., de edad de 44 años, natural de Battle, me consultó el 24 de Abril de 1865, por una afonía que databa de ocho años y que se había combatido sin resultado con un tratamiento local, general y sustitutivo. Estaba flaca, pálida y débil; decia no haber sido nunca histérica, y no presentaba tampoco ningun signo de esta afeccion.

El laringoscópio demostró la existencia de una parálisis de las cuerdas vocales. En las tentativas de vocalizacion quedaban enteramente en reposo. La aplicacion del galvanismo sobre las cuerdas vocales fue inmediatamente seguida del retorno de la voz, y la enferma se fue á su casa ha-

blando en un tono claro y natural. La semana siguiente, no obstante que la voz habia continuado bien, repetí la operacion. El 30 de Agosto recibí una carta en que me decian que la voz de la enferma continuaba siendo fuerte. La historia de este notable caso es conocido del Dr. Watts (de Battle).

OBSERVACION XXVII.

Parálisis de la cuerda vocal izquierda y del esófago. — Atonía y disfagia. — Ineficacia de la electrización. — Cateterismo esofagiano.

M. Salavy, de 45 años, estatura mediana, temperamento nervioso, su constitucion fue robusta, segun dice, pero hoy se encuentra debilitado por la enfermedad. Es empleado en una casa de comercio.

Hace 20 años tuvo una blenorragia y un chancro que curaron en poco tiempo, sin que desde esa época haya vuelto á aparecer sintoma alguno que indique la presencia de la diátesis sifilítica. Hace tres meses tuvo una hematuria que le duró diez días y vino acompañada de dolores en la region renal, que se disminuyeron sin quitarse enteramente, pues aun los conserva aunque ligeros.

Tuvo, hace un año, un dolor reumatismal en el hombro derecho, y un mes despues de esto, de un dia á otro, su voz se apagó y empezó á tener dificultad para deglutir. Desde entonces á la fecha la voz ha quedado perdida y la disfagia ha ido aumentando de dia en dia al grado de que lleva un mes de no poder pasar mas que un poco de caldo. Cuando intenta tomar algun alimento sólido, el bocado se detiene á la entrada del esófago sin poder avanzar ni re-

troceder hasta que con mucha dificultad lo arroja. Esto lo tiene consumido y débil.

Exámen laringoscópico de 26 de Noviembre de 1867. Hay en la laringe una rubicundez general de color oscuro, pero no hay hinchazon ni otra alteracion en la mucosa. Las cuerdas presentan su color normal, pero la izquierda esta inmóvil y relajada. En los esfuerzos de fonacion se ve perfectamente á la derecha sola avanzar hácia el medio de la glótis y moverse con facilidad.

Se diagnosticó una parálisis de la cuerda vocal izquierda y de la entrada del esófago.

Se examinaron con cuidado los pulmones y el corazon para ver si, como es frecuente, habia alguna lesion en estos órganos que explicara la parálisis del nervio recurrente, pero nada se encontró.

En vista de esto se resolvió M. Fauvel á electrizar directamente la cuerda paralizada. Se hizo así inmediatamente, y se repitió la operacion cada dos dias hasta el 7 de Diciembre, pero el mal no cedia, y el enfermo se sentia mas débil el dia de la operacion, y en la noche estaba agitado. Se suspendió la electrización y se hizo el cateterismo del esófago. El Dr. Liberman, que fue el encargado de esto, encontró en este canal dos estrechamientos: uno cerca de su entrada, y el otro abajo de este y cerca del piloro; en estos puntos la sonda se detenia y el enfermo sentia dolor.

Los 3 ó 4 primeros dias del cateterismo, el enfermo sintió algun alivio, pues pudo tomar un poco de pan, huevos y otros alimentos por este estilo; mas despues volvió la disfagia.

En estas circunstancias, como el enfermo se debilitaba y no podia andar, se resolvió á entrar al hospital de la Cari-

dad en el servicio de M. Bouillaud, á donde se encuentra hoy.

Este profesor hizo examinar al enfermo por el laringoscopista M. Monra, quien diagnosticó igualmente la parálisis de la cuerda vocal.

Sospechando M. Bouillaud, que el mal fuera de naturaleza sífilítica, sujetó al enfermo al uso de los mercuriales, haciéndosele todos los días el cateterismo.

Abril 6 (1868). A mi vuelta de España me he informado de este enfermo, y supe que despues de una corta permanencia en el hospital, adonde no notaba alivio, salió á atenderse en su casa en la que murió á poco tiempo. El Dr. Libermann solicitó el permiso para hacer la autopsia, pero le fué negado, lo que es muy de sentirse, pues esta hubiera revelado la causa de la enfermedad.

IGLESIAS.

APÉNDICE

RINOSCOPIA

La *rinoscopia* ó exploracion por la boca de la parte posterior de las fosas nasales, es un complemento de la laringoscopia. Se hace con los mismos aparatos é instrumentos que ella, y con reglas muy semejantes, pues basta que la cara reflejante del espejo en que se ve la laringe se dirija hácia arriba, y se le dé una inclinacion conveniente para que se vean las fosas nasales, ó mas bien, la cavidad faringo-nasal.

Quedaría pues incompleta esta pequeña obra, si no hablase en ella de la manera de aplicar la rinoscopia, y de reconocer el estado normal y el patológico del interior de la nariz, cuyo estudio presenta un interés no despreciable. Pero absorbido mi tiempo por el estudio aun mas importante de la laringoscopia, así como de algunos otros ramos de mi profesion, no he podido

dad en el servicio de M. Bouillaud, á donde se encuentra hoy.

Este profesor hizo examinar al enfermo por el laringoscopista M. Monra, quien diagnosticó igualmente la parálisis de la cuerda vocal.

Sospechando M. Bouillaud, que el mal fuera de naturaleza sífilítica, sujetó al enfermo al uso de los mercuriales, haciéndosele todos los días el cateterismo.

Abril 6 (1868). A mi vuelta de España me he informado de este enfermo, y supe que despues de una corta permanencia en el hospital, adonde no notaba alivio, salió á atenderse en su casa en la que murió á poco tiempo. El Dr. Libermann solicitó el permiso para hacer la autopsia, pero le fué negado, lo que es muy de sentirse, pues esta hubiera revelado la causa de la enfermedad.

IGLESIAS.

APÉNDICE

RINOSCOPIA

La *rinoscopia* ó exploracion por la boca de la parte posterior de las fosas nasales, es un complemento de la laringoscopia. Se hace con los mismos aparatos é instrumentos que ella, y con reglas muy semejantes, pues basta que la cara reflejante del espejo en que se ve la laringe se dirija hácia arriba, y se le dé una inclinacion conveniente para que se vean las fosas nasales, ó mas bien, la cavidad faringo-nasal.

Quedaría pues incompleta esta pequeña obra, si no hablase en ella de la manera de aplicar la rinoscopia, y de reconocer el estado normal y el patológico del interior de la nariz, cuyo estudio presenta un interés no despreciable. Pero absorbido mi tiempo por el estudio aun mas importante de la laringoscopia, así como de algunos otros ramos de mi profesion, no he podido

practicar la rinoscopia lo bastante para hablar de ella por mí mismo. Así es que me limitaré á traducir lo que sobre este ramo dice Morell-Mackenzie¹.

Afortunadamente tenemos en México al notable rinoscopista el Sr. Semeleder, quien podrá con ventaja llenar este vacío.

Historia. La idea de examinar la abertura posterior de las narices y las trompas de Eustaquio, colocando en el fondo de la boca un espejo cuya superficie reflejante esté dirigida oblicuamente hácia arriba, parece haberle ocurrido á Bozzini, Baumés, Wilde y probablemente otros muchos; pero la aplicacion práctica de este método de exámen es debida, sin duda alguna, al profesor Czermak. El arte de la rinoscopia data de una Memoria que publicó en el mes de Agosto de 1859. De entonces acá Semeleder, Stoerk, Voltolini, Wagner, etc., etc., han publicado trabajos sobre este asunto. Pero el primero de estos médicos es principalmente quien ha desarrollado, simplificado y probado el valor práctico de la rinoscopia.

Teoría. La rinoscopia se funda en un solo principio, el de la reflexion, y, como para la laringoscopia, es necesario iluminar las partes que se quiere examinar. Se coloca un espejo pequeño en el fondo de la gar-

¹ Obra citada, pág. 143 y siguientes.

ganta bajo un ángulo tal que los rayos luminosos que la hieran sean reflejados á las fosas nasales, y al mismo tiempo, la imágen formada sobre el espejo se hace visible al observador.

Práctica. Para examinar la parte posterior de las fosas nasales se necesita: 1º un espejo pequeño; 2º un reflector; 3º un abate-lengua; 4º un gancho palatino para levantar la úvula y llevarla hácia adelante. El espejo está construido lo mismo que el laringeo, pero su superficie reflectora no debe tener mas de cinco octavas de pulgada de diámetro, y conviene que esté formando ángulo recto con la varilla. El reflector es el mismo que el empleado en laringoscopia. El abatidor de lengua se construirá de manera que la parte introducida en la boca tenga una pulgada mas de longitud y forme con el mango un ángulo mas agudo que en el instrumento ordinario. El gancho palatino generalmente es de plata alemana; su longitud es de cuatro pulgadas, es estrecho hácia la estremidad que se fija al mango, y se ensancha gradualmente hácia la estremidad opuesta; esta se encorva en ángulo recto un cuarto de pulgada antes de su estremidad. Este instrumento, aunque aconsejado por Czermak, rara vez es útil. Este profesor aconseja tenerlo de tamaños y curvaturas diferentes, y dice tambien que, en ciertos casos, es conveniente tenerlos fenestrados.

El exámen se practicará de la manera siguiente: estando colocada la lámpara en la misma posicion que

para la laringoscopia, el observador dirigirá con el reflector los rayos luminosos hácia la parte inferior de la garganta. El enfermo estará en pie, con la cabeza derecha ó ligeramente inclinada hácia adelante (como lo aconseja Moura-Bourouillon), para que la úvula cuelgue en este sentido; se aconseja entonces al enfermo que abra ámpliamente la boca y se comprime la lengua abajo y adelante con el abatidor; se introduce en seguida el espejo, y se le coloca en la parte posterior de la garganta (su borde superior un poco arriba de la úvula), de manera que su superficie reflectora forme con el horizonte un ángulo de 150°. Si la úvula está retraída arriba y atrás, se dice al enfermo que haga lentamente la espiración ó que emita algun sonido nasal. Es necesario evitar toda inspiración profunda y forzada. El práctico encontrará una gran ventaja en introducir primero el pequeño espejo entre el pilar anterior y la úvula, de un lado, y despues sacarlo é introducirlo de nuevo de la misma manera del lado opuesto. Por este medio examinará de una manera completa las narices posteriores, é inclinando el espejo de un lado y despues del otro, verá los orificios de las trompas de Eustaquio. Despues de haber introducido el espejo segun acabamos de indicar, el observador puede fijarlo apoyando sus dedos medio y anular sobre la mandíbula inferior del enfermo. Como lo he dicho ya, el profesor Czermak recomienda el empleo del gancho-palatino para levantar y llevar adelante la úvula.

Este procedimiento da buen resultado á veces cuando la sensibilidad de la faringe esta embotada y que la úvula es larga, pero muy rara vez me ha facilitado el exámen del orificio posterior de las fosas nasales. Cuando se emplea el gancho palatino, es necesario primero calentarlo y despues pasarlo detrás de la úvula, la cual se lleva en seguida suavemente hácia adelante.

Yo habia hecho construir un instrumento en el cual el espejo estaba fijado al abatidor de la lengua, pero he sabido despues que un rinoscópico semejante era empleado y muy recomendado por el Dr. Voltolini (de Breslau). Sobre la parte lingual del abate-lengua se encuentra una pequeña ranura, en la cual desliza el mango del espejo, el que puede así introducirse mas ó menos lejos en la faringe, siguiendo las dimensiones de la boca. Esta combinacion del abate-lengua y del espejo será realmente muy útil en los casos en que exista un gran espacio entre la úvula y la pared posterior de la faringe, y cuando el sugeto pueda soportar el gancho palatino.

Imagen nasal. La imagen rinoscópica, que da el espejo, es muy diferente del aspecto que presentan estas partes consideradas bajo el punto de vista de su composición huesosa. Por otro lado, como estas partes rara vez se hallan espuestas á la vista en las salas de diseccion, el principiante en el estudio de la rinoscopia tiene pocos datos con respecto á la apariencia de las narices vistas de atrás adelante. Con el espejo, rara vez

se vé toda la estension de las fosas nasales posteriores, porque la parte blanda del paladar oculta generalmente el tercio inferior de ellas.

En medio se ve el tabique de las fosas nasales. En esta parte, la membrana mucosa es estremadamente delgada y parece casi blanca á causa de la saliente del hueso colocado debajo.

Generalmente el tabique está inclinado de un lado comunmente á la izquierda; rara vez es simétrico.

Se ve de cada lado, desprendiéndose de la pared esterna de las fosas nasales y adelantándose adentro hácia el tabique, los cornetes medios, cubiertos de una membrana mucosa pálida (bajo de la cual se encuentran muchas veces algunas fibras musculares); se presentan bajo el aspecto de dos tumores oblongos que se asemejan mucho á los pólipos¹. Los cornetes superiores son poco distintos; se manifiestan bajo el aspecto de una saliente estrecha de forma triangular, cuya cima se dirige abajo, adentro y atrás. En la parte inferior de las fosas nasales se ven los cornetes inferiores que se asemejan á dos tumores sólidos arredondados de color pálido y que se adelantan mucho menos hácia

¹ Los cornetes medios se asemejan de tal manera á los pólipos, que no há mucho tiempo un cirujano, poco familiarizado con la rinoscopia me envió un enfermo en el que creyó haber descubierto un pólipo en cada nariz. Solo despues de haberle enseñado muchos casos semejantes fue cuando quedó convencido de que estos pretendidos pólipos no eran en realidad mas que los cornetes de la nariz en el estado normal.

el tabique que los cornetes medianos. Los meatos superiores son los mas anchos de los tres espacios vacios situados entre los cornetes; los meatos medios son mas distintos hácia la pared esterna de las fosas nasales, y los inferiores aparecen solamente bajo el aspecto de una estrecha línea negra. De cada lado de los cornetes inferiores, mas atrás y sobre otro plano se ven los orificios de las trompas de Eustaquio; se presentan bajo el aspecto de una abertura irregular volteada abajo y afuera. « El borde superior y posterior de la trompa de Eustaquio estando cortada en bisel, la superficie interna del labio anterior que penetra en la pared de la faringe, tiene un color mas claro que el de la mucosa que le rodea y presenta un tinte amarillo que le comunica el cartílago sub-yacente. » (Walker.)

Se ve tambien una cresta estendiéndose abajo y adentro del borde inferior de cada orificio de Eustaquio (producido por la saliente del músculo elevador del paladar de cada lado), y una depresion de la membrana mucosa sobre el borde superior de la abertura de Eustaquio, estendiéndose arriba y adentro. Abajo de las fosas nasales se encuentran la parte blanda del paladar, úvula, etc.

Dificultades especiales. Las principales dificultades de la rinoscopia residen en la longitud y la latitud de la úvula y en el poco espacio que existe entre los pilares anteriores del velo del paladar y la pared posterior de la faringe. El primer obstáculo puede vencerse

siguiendo las indicaciones que hemos dado ya; en cuanto al segundo, es insuperable. En algunos casos es imposible practicar la rinoscopia, y examinando la garganta es fácil ver si este espacio es suficiente para permitir una exploración de las fosas nasales posteriores.

Usos de la rinoscopia. Aunque de un uso comparativamente limitado y de una aplicación difícil, el arte de la rinoscopia es muy útil en la obliteración de las fosas nasales causada, sea por pólipos, sea por el engrosamiento de la membrana mucosa, en la ozena, y en las ulceraciones de diversa naturaleza de las partes blandas y duras de la parte posterior de la nariz. En los casos de sordera que depende de una obliteración de la trompa de Eustaquio, este medio de exploración permite al práctico establecer el diagnóstico y practicar el cateterismo de la trompa de Eustaquio con seguridad y precisión. Los médicos que se ocupan de las enfermedades del oído divergen de opinión sobre la importancia del tratamiento dirigido hacia las trompas de Eustaquio, pero yo creo que, cuando se adopta este medio de tratamiento, la utilidad del espejo está fuera de duda. Los doctores Gruber y Politzer (de Viena) emplean la rinoscopia en los casos de enfermedades de las trompas de Eustaquio. Las dos observaciones siguientes harán ver el valor de la rinoscopia, y llamamos la atención sobre el caso muy interesante de pólipo nasal publicado en Enero de 1864 en el

Medical circular, en el cual el Dr. Johnson empleó la rinoscopia con el mejor éxito.

OBSERVACION PRIMERA

Obliteración de la fosa nasal izquierda producida por el engruesamiento de la membrana mucosa que cubre el cornete medio izquierdo. Sensación constante de molestia en la nariz; imposibilidad de hacer pasar el aire por el lado izquierdo. — Curación por un tratamiento local.

M^o E., de 41 años de edad, me consultó en Junio de 1865. Se quejaba de una sensación constante de molestia y de una comezón desagradable en la nariz. Hacia tres años que sentía frío en la cabeza y que no había ninguna secreción mucosa en la nariz. Se veía constantemente obligada á sorber por el lado izquierdo de ella; había tomado numerosas purgas y aspirado alumbre, pero sin resultado. La conformación de las paredes era favorable á la exploración rinoscópica, y el espejo hizo ver que la membrana mucosa que envolvía el cornete medio estaba tan hinchada que obstruía completamente el espacio nasal izquierdo. Estaba además fuertemente enrojecida la mucosa. Con un pincel encorvado apliqué diversas soluciones cáusticas sobre las partes enfermas. Emplee por espacio de

muchas semanas soluciones de nitrato de plata, de sulfato de cobre y de iodo; este último medicamento produjo los mejores efectos. Al cabo de cuatro meses los síntomas subjetivos de la enfermedad habian cedido y la enferma se consideraba como curada. El estado inflamatorio habia desaparecido; pero la membrana mucosa estaba aun hinchada aunque sin congestión. Cuatro meses despues de la última aplicación medicamentosa la enferma estaba perfectamente curada.

OBSERVACION II

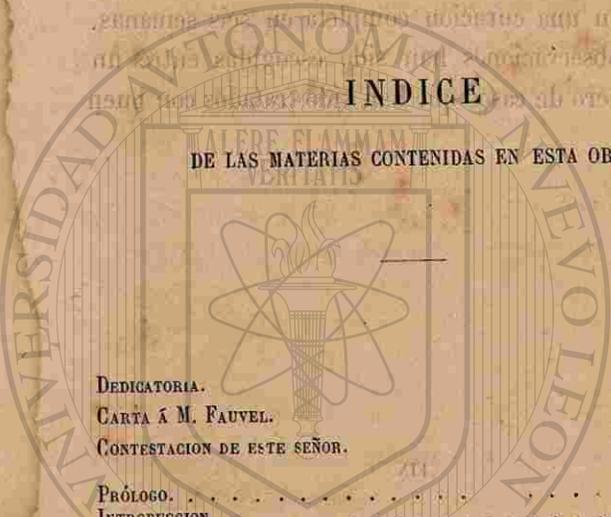
Ozena que databa de dos años, producido por ulceraciones situadas sobre el vómer y sobre el cornete medio derecho. Curacion por un tratamiento local.

H. W., zapatero, de edad de 41 años, vino al hospital de enfermedades de la garganta en Enero de 1864. Se quejaba de un flujo nasal y de la garganta que llevaba un año de hacerle sufrir. La laringe estaba sana; pero se distinguia claramente una ulceracion que estaba situada en la parte superior del tabique y otra sobre el cornete medio derecho. Sondeando la úlcera del tabique con un estilete de aluminio convenientemente encorvado, se sentian muy bien las rugosidades del hueso. Dos años antes el enfermo habia

tenido la sífilis constitucional. El ioduro de potasio al interior y aplicaciones locales de nitrato de plata produjeron una curacion completa en seis semanas.

Estas observaciones han sido escogidas entre un gran número de casos que han sido tratados con buen éxito.

FIN.



INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTA OBRA

DEDICATORIA.
CARTA A M. FAUVEL.
CONTESTACION DE ESTE SEÑOR.

PRÓLOGO. 1
INTRODUCCION. 11
CAPÍTULO PRIMERO — De la laringoscopia. 19
ARTÍCULO PRIMERO. — Definición. Bosquejo histórico. Laringoscópio. 19
ART. II. — Luz natural. Luz artificial. Paralelo entre ellas.
Aparatos iluminadores. 24
Luz solar. 24
Luz artificial. 25
Luz eléctrica, luz del magnesio, luz Drummond. 25
Paralelo entre la luz natural y la artificial. 25
Aparatos iluminadores ó concentradores de la luz. 27
Reflector de Czermak. 27
Aparato de M. Moura. 29
Id. de M. Fauvel. 53
Id. de tubos del mismo. 53
Id. de M. Krishaber. 56
Id. de M. Mandl. 59
Id. de M. Morell-Mackenzie. 40
Aparato para la luz-Drummond. 41
Apreciación. 44
CAPÍTULO II. — Modo de aplicar el laringoscópio. 50

INDICE.

ARTÍCULO PRIMERO. — Preceptos generales. Observaciones. 50
Preceptos generales. 51
Observaciones. Fuente de luz. 55
Posición del enfermo. 55
Lengua. 56
Exámen de la faringe. 57
Aplicación del espejo laringeo. 58
ART. II. — Dificultades que presenta la aplicación del laringoscópio y modo de vencerlas. 61
Pusilanimidad. 61
Escitabilidad de la faringe. 62
Disposición desfavorable de la boca. 64
Sexo y edad del observado. 71
Naturaleza de las enfermedades. 72
CAPÍTULO III. — Auto-laringoscopia. 74
CAPÍTULO IV. — Laringoscopia infra-glótica. 78
CAPÍTULO V. — De la imagen laringoscópica. 80
Teoría de su formación. 80
Disposición de la imagen. 81
Descripción de la imagen. 82
Glótis cerrada. 84
Glótis abierta. 86
Epiglótis. 88
Cuerdas vocales. 90
Ventriculos de Morgagni. 91
Pliegues aritenopiglóticos. 91
Cartilagos aritenoides. 91
CAPÍTULO VI. — Aplicaciones de la laringoscopia á la fisiología. 93
Fenómenos de fonación. 93
Fenómenos de respiración. 97
Fenómenos diversos. 98
CAPÍTULO VII. — Aplicaciones de la laringoscopia á la patología. 102
ARTÍCULO PRIMERO. — Laringitis. 103
— de los fumadores. 109
— exantemáticas. 110
— falso-membranosa. 110
ART. II. — Ulceraciones de la laringe. 111
ART. III. — Pericondritis laringea. 115
ART. IV. — Sífilis laringea. 118
Roseola. 119
Laringitis. 119
Pericondritis. 120
Excrecencias. 121
Ulceras. 121
ART. V. — Afecciones herpéticas. 124



1030021190

ART. VI. — Afecciones tuberculosas de la laringe.	126
Laringitis.	127
Ulceraciones.	133
ART. VII. — Albuminuria.	134
ART. VIII. — Producciones accidentales en la laringe.	134
§ 1.º Pólipos.	150
§ 2.º Tumores diversos.	150
Fibromas.	151
Tumores melánicos.	151
ART. IX. — Estrechamiento de la laringe por tumores de la faringe.	151
ART. X. — Cáncer de la laringe.	152
— medular.	152
— epitelial.	154
ART. XI. — Parálisis de las cuerdas vocales inferiores.	162
ART. XII. — Afecciones de la base de la lengua.	163
ART. XIII. — Tratamiento de las afecciones laringeas.	163
Medicamentos pulverulentos.	164
— líquidos.	165
— chorros.	166
Líquidos pulverizados.	166
Pulverizadores de M. Luér.	167
— de M. Sales-Girons.	169
— de M. Mathieu.	171
Inhalaciones.	171
Inhalador de M. Lewin.	177
Toques.	179
Baños rusos.	179
Emisiones sanguíneas.	179
Reversivos.	179
CAPÍTULO VIII. — Aplicaciones de la laringoscopia á la medicina operatoria.	
ART. I. — Reglas generales.	181
ART. II. — Toques.	187
ART. III. — Aplicación de polvos.	188
ART. IV. — Incisiones, escarificaciones.	190
ART. V. — Operaciones que exigen los pólipos.	190
Arrancamiento.	195
Magullamiento.	195
Ligadura.	196
Cauterización.	197
ART. VI. — Aplicaciones eléctricas.	197
§ 1. Galvanismo.	199
§ 2. Cauterización galvánica.	204
ART. VII. — Laringotomía y traqueotomía.	208
OBSERVACIONES.	208
Observacion primera. — Inflamacion limitada á la cuerda infe-	

rrior izquierda. — Tenacidad del mal. — Eficacia de la medicacion tópica.	208
Obs. II. — Inflamacion edematosa de la laringe. — Estrechamiento de la glótis. — Gran disnea. — Verdadero edema de la glótis.	210
Obs. III. — Edema crónico de la banda ventricular derecha que produce una gran dificultad en la respiracion, ronquera y dolor. — Curacion por las escarificaciones.	211
Obs. IV. — Inflamacion edematosa de la epiglótis. — Escarificacion. — Curacion.	212
Obs. V. — Hinchazon de la epiglótis y las cuatro cuerdas vocales que hace visible el punto de insercion anterior de ellas. — Aproximacion anormal de las superiores durante la fonacion.	214
Obs. VI. — Laringitis falso-membranosa no reconocida por el examen directo ordinario. — Examen laringoscópico.	214
Obs. VII. — Falsas-membranas de la laringe y faringe siguiendo una marcha crónica. — Su reproduccion. — Examen microscópico.	217
Obs. VIII. — Laringitis ulcerosa consecutiva á una violenta inflamacion faringo-laringea determinada por la cauterizacion intempestiva con el nitrato de plata. — Edema supra-glótico. — Hipocondría. — Operacion simulada. — Laringoscopia.	218
Obs. IX. — Absceso en el lado izquierdo del cartilago cricoides. — Examen laringoscópico. — El absceso invade y estrecha la glótis. — Determina la muerte. — Autopsia.	226
Obs. X. — Laringitis y roseola sifilitica sobrevenida cuatro meses despues de un chanero indurado. — Examen laringoscópico. — Tratamiento mixto. — Curacion.	228
Obs. XI. — Excrecencias múltiples y de naturaleza dudosa en toda la mucosa laringea. — Ineficacia de los mercuriales. — Toques de tintura de iodo seguidos de fenómenos inflamatorios.	229
Obs. XII. — Contraccion del repliegue glosa-epiglótico izquierdo producido por la cicatriz de una úlcera. — Disfagia extrema. — Curacion por la division de la brida.	234
Obs. XIII. — Afeccion herpética de la laringe, faringe y amígdalas. — Tenacidad del mal. — Alternativas de él.	256
Obs. XIV. — Laringitis tuberculosa. — Exacerbacion pasagera del mal. — Buen efecto de las aplicaciones tópicas del láudano.	258
Obs. XV. — Laringitis tuberculosa.	240
Obs. XVI. — Ulceraciones laringeas en un individuo tuberculoso.	242
Obs. XVII. — Pólipo único situado entre las cuerdas inferiores y causando sintomas muy molestos. — Cesacion de éstos por el arrancamiento de una parte de aquel. — Dificultad de extraer el resto.	245

Obs. XVIII. — Pólipos papilares de base ancha, uno en cada cuerda vocal. — Dificultades de su arrancamiento.	244
Obs. XIX. — Ronquera que databa de siete años producida por un pólipo que nacía inmediatamente arriba de la inserción anterior de las cuerdas vocales. — Arrancamiento con las pinzas. — Restablecimiento de la voz.	246
Obs. XX. — Aфонía congénita. — Notable error de diagnóstico. — Autopsia de la laringe.	248
Obs. XXI. — Quiste laríngeo. — Punción. — Curación.	249
Obs. XXII. — Fibroma de la laringe. — Asfixia inminente. — Traqueotomía. — Arrancamiento del tumor. — Reproducción. — Reducción muy notable de él y apertura de un espacio para el paso del aire por la cauterización galvánica.	250
Obs. XXII bis. — Fibroma de la epiglótis. — Tentativas infructuosas de arrancamiento y escisión. — Extirpación por medio de la galvano-cáustica. — Curación.	257
Obs. XXIII. — Absceso retro-laríngeo que obstruía la entrada del esófago y la glótis. — Disfagia extrema. — Dificultades cada vez mayores del cateterismo esofágico. — Se facilita este por el empleo del laringoscópio. — Fluctuación. — Incisión del absceso. — Cesación rápida de los accidentes. — Curación.	260
Obs. XXIV. — Cáncer de la laringe. — Ulceración.	263
Obs. XXV. — Aфонía que databa de cuatro años y medio, curada por la aplicación repetida del galvanismo sobre las cuerdas vocales.	264
Obs. XXVI. — Aфонía que databa de ocho años, curada por una sola aplicación de galvanismo al interior.	265
Obs. XXVII. — Parálisis de la cuerda vocal izquierda y del esófago. — Aфонía y disfagia. — Ineficacia de la electrización. — Cateterismo esofágico.	266
APÉNDICE. — Rinoscopia.	269

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA

