

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 5 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 sentia 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.

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 convaleciente 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 1865. 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 dias 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 30 años, vino al hospital el 14 de Octubre de 1865 quejándose de dificultad en la degluticion y dolor en la garganta, síntomas que habian ido aumentando de intensidad hacia 15 dias. Una semana hacia que no podia

tragar alimentos sólidos y hacia 36 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 esplica 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.

(3^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 síntoma 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 vestíbulo 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