

## OBSERVACION V.

(10<sup>a</sup> 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.

(3<sup>a</sup> 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<sup>o</sup> 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

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 volúmen 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 atencion sobre todo la estension de la falsa-membrana y la facilidad con la que se vé su imágen 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 apctito, 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 línea 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.

(5ª 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 estrema 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 ineficacia de este tratamiento activo se consulta á otro médico, quien aconseja el empleo de los mercuriales como sustitutivos. 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 examen laringoscópico y encuentra, segun dice el enfermo, un abultamiento al rededor 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 degluticion 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 crepitacion 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 microscopio, 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, Guer-sant, 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-aritenoidea.

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 <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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 laringoscópico, al contrario, permitió ver á todos la existencia de lesiones anatómicas importantes. IGLESIAS.

## 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, ligeramente 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 invadia 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 veia una mancha rugosa al nivel de la cual el cartilago tenia una infiltration tuberculosa. Las pleuras estaban tuberculosas.

Los síntomas 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 veia 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 síntomas, se podria concluir con certidumbre, segun creo, en la existencia de un abceso enquistado.