

LARINGOLOGIA.

DOS CASOS DE LARINGO-ESTENOSIS.

El 20 de Abril del año 1896, se presentó á mi consulta la señorita N., natural de Apam, con el fin de que la atendiese de una afonía que venía padeciendo desde hace unos ocho meses próximamente. La observación que consta en mi libro de consulta, puede reducirse á lo siguiente:

La enferma, de quince años de edad, está afónica desde hace ocho meses; ignora la causa cierta de su enfermedad, y sólo supone que un catarro que sufrió un poco antes de que se sintiera áfona, puede ser la causa de su mal. No hay ningún antecedente hereditario. Como antecedentes personales, refiere que ha tenido catarros naso-faríngeos, pero ni tan intensos ni tan frecuentes que sean dignos de mención especial. Hace ocho años tuvo viruelas confluentes, de las que presenta abundantes y visibles huellas. Tuvo algunas afecciones pulmonares, que ella califica de *neumonías*.

La respiración por la nariz no siempre es fácil, y con frecuencia es bucal, sobre todo durante las noches. La voz, en un principio un poco velada; después, perdida. Tose una que otra vez, y la expectoración es gris concreta y escasa unas veces, y otras abundante, más fluida y verdosa.

Deglución, olfato y gusto, normales.

A la rinoscopia anterior se encuentran los signos de un catarro hipertrófico ligero, y una vegetación en la extremidad anterior del cornete inferior derecho. La rinoscopia posterior no revela mas que un catarro seco del *cávum*.

La pared posterior de la faringe está roja, seca, con granulaciones y alguna que otra mucosidad gris, seca y adherente.

EXAMEN LARINGOSCÓPICO. Muy difícil de practicar por intolerancia de la enferma. Después de varias tentativas prudentes y cortas, no se consigue ver la laringe sino en su comisura posterior, que está roja. Se aplaza el examen para otra vez, prescribiéndole

unas pulverizaciones laríngeas ligeramente antisépticas, con una pequeña cantidad de clorhidrato de cocaína, con el fin de hacer más fácil la exploración. Se le prescribió, además, el tratamiento adecuado para corregir su afección laringo-nasal.

Unos quince días después del primer examen, volvió la enferma y la sujeté á una segunda exploración, que fué completa y fácil, notando desde luego una mejoría en su afección de la faringe y de la nariz.

El examen laringoscópico nos suministró lo siguiente: Epiglotis, repliegues ariteno-epiglóticos y falsas cuerdas vocales en estado normal. Comisura posterior, muchísimo menos roja que como estaba al primer examen. Comisura anterior, substituída por una gruesa membrana cicatricial, resultante de la soldadura de las cuerdas vocales inferiores, en una extensión correspondiente á casi la mitad anterior, como lo muestra la figura adjunta.

En la mitad posterior, las cuerdas vocales están rojas y gruesas; los cartílagos aritenoides y la glotis intercartilaginosa están normales.

Durante la inspiración, la glotis no se ensancha sino en límites muy restringidos, debido á la adherencia de las cuerdas, y, por lo mismo, no se puede juzgar de la movilidad de los cartílagos aritenoides. Las articulaciones crico-aritenoideas, no estando aumentadas de volumen, es probable que no estén afectadas.

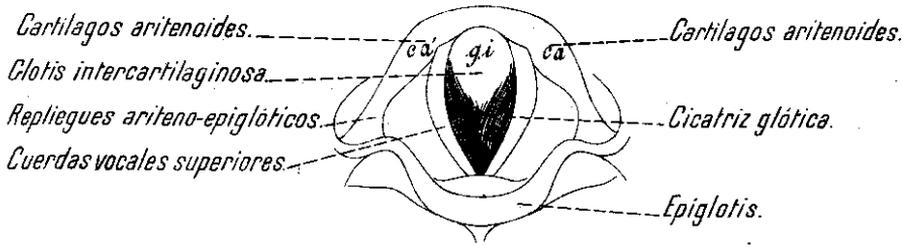
Como la soldadura de las cuerdas vocales no puede verificarse sino á consecuencia de una lesión destructiva que hubiese cicatrizado espontáneamente, completamos nuestro interrogatorio buscando la causa de las úlceras que debieron existir en la laringe.

No encontramos en nuestra enferma ninguna huella de escrofulosis, de tuberculosis, y muchísimo menos de lepra ó de sífilis. Sin embargo, como las úlceras sifilíticas son las que más comunmente producen esta clase de estenosis, examinamos cuidadosamente á los padres de la enferma, y no encontramos absolutamente algo que pudiera hacernos pensar en un caso de heredosífilis.

La enferma está robusta, de muy buen color; todas sus funciones en perfecto estado; y si hacemos excepción de la dificultad respirativa, ocasionada por la estenosis de la laringe, podemos decir que su estado general no puede ser mejor.

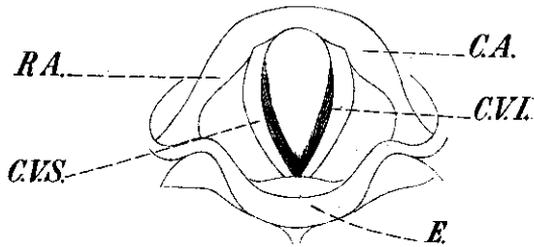
En frente de esta dificultad, insistimos en averiguar cómo se ma-

Fig. N^o 1.



Antes de la operación.

Fig. N^o 2.



Después de la operación.

nifestó el mal desde un principio, y obtuvimos los siguientes datos:

Hace ocho años que la enferma tuvo víruela confluyente, y su estado llegó á ser alarmante. Durante esta enfermedad sufrió mucho de la garganta, sin que hayamos podido saber en qué consistió esta afección; pero lo que sí recuerda la enferma, y lo confirman sus padres, es que después de las viruelas ya no recobró el timbre de su voz; que desde entonces al establecimiento de la afonía se ha puesto ronca muchas veces por el más ligero pretexto.

Resumiendo la anterior, diremos: que una enferma con soldadura cicatricial de las cuerdas vocales inferiores, que no tiene ni ha tenido ninguna de las enfermedades que ocasionan ulceraciones laringeas, pero que sí ha tenido la viruela confluyente grave, con manifestaciones ó síntomas laringeos de alguna importancia, no es muy aventurado suponer que en este caso pudo tratarse de una manifestación variolosa en la laringe, que fué la causa determinante de la ulceración que produjo la soldadura de las cuerdas.

Como quiera que sea, y viendo que la laringo-estenosis era incurable por otros medios que los quirúrgicos, y teniendo en cuenta el peligro que amenazaba la vida de la enferma, propuse una intervención quirúrgica, que no fué aceptada sino hasta el mes de Diciembre último, después que la enferma había tenido dos accesos graves de asfixia.

Ayudado por mis compañeros y amigos, los Doctores Rafael Norma y Zeferino Páramo Rangel, procedí el cuatro de Diciembre á hacer la traqueotomía previa, pues lo avanzado de la estenosis me obligó á no practicar desde luego la debridación de la cicatriz.

La traqueotomía se hizo rápidamente y sin contratiempo de ninguna especie, tanto durante la operación como después.

Diez y siete días después de la traqueotomía, es decir, el 21 de Diciembre, le hice, previa cocainización de la laringe, la debridación de la cicatriz por la vía bucal. El 22 le apliqué á la herida laringea unos toques con solución al 5% de cloruro de zinc; usé los toques cada tercer día por espacio de unas tres semanas, época en que la glotis tenía un aspecto normal.

A mediados de Enero del corriente año sometí á la enferma á sesiones de dilatación glótica, sirviéndome primero de los dilatadores de Schötter, y después del dilatador de Brown. Bastaron unas cuantas sesiones de dilatación para que las cuerdas adquirieran su

movilidad habitual. Quité la cánula el día 31 de Enero, y la enferma pudo desde luego respirar con absoluta libertad, y hablar por primera vez después de más de año y medio.

La enferma vino á mi consulta otras tres veces más: en la última vez la fístula traqueal había cicatrizado, y la voz era mejor timbrada. Desde entonces no veo más á la enferma; pero por carta de ocho de Julio de este año, que me escribió su padre, sé que ella está perfectamente, y la voz no ha vuelto á velarse ni la respiración á ser difícil.

La segunda observación, incompleta, se refiere á una enferma de treinta y ocho años, multipara, sífilítica, y haciendo provenir su ronquera desde el período secundario de la sífilis.

Sometí á esta enferma á un tratamiento antisifilítico enérgico, y á la segunda vez que me consultó (Febrero de 1896), le hice el examen laringoscópico, y observé la soldadura de las cuerdas vocales casi en toda la extensión de la glotis ligamentosa.

Como á pesar del tratamiento, la dispnea era constante y se presentaban frecuentes accesos de sofocación, hice la traqueotomía previa el día 20 de Marzo de 1896. Las consecuencias de la operación fueron felices.

En el mes de Mayo del mismo año le hice la debridación de la cicatriz; le apliqué toques de sulfato de cobre al 4% y le practiqué después algunas sesiones de dilatación. Cité la enferma al consultorio de la fábrica de San Fernando, de Tlalpam, para quitarle la cánula; pero debido á la indolencia propia de los individuos de nuestro pueblo bajo, no volvió más á verme ni he sabido si conserva ó nó la cánula.

Estas dos observaciones me parecen importantes de hacer conocer, porque se refieren á un accidente muy raro; porque en la enferma que pude observar se obtuvo una curación completa, y porque tal vez sean las primeras observaciones de esta especie que se registran en la literatura médica de nuestro país.

México, Julio 21 de 1897.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.
