

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIODICO

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TOMO XXXVII

MEXICO, 1º DE OCTUBRE DE 1900.

NÚMERO 19.

CLINICA EXTERNA.

Algunas observaciones acerca de la faringolaringitis seca.

Al mediados del mes de Junio de 1894 fui solicitado urgentemente de una vivienda interior de la Calle de las "Rejas de Balvanera" para ver á un enfermo que, según me informaron, se estaba asfixiando, y se le iba á practicar la traqueotomía con el objeto de librarlo de la asfixia que amenazaba inmediata y seriamente su vida. Una vez que hube llegado á la cabecera del enfermo, supe que este era un hombre de 45 años, alcohólico, portador de una cirrosis hepática, en grado avanzado y sufriendo, en consecuencia, y gravemente, del aparato digestivo desde hacía algunos meses. Supe también que el paciente, en el curso de su cirrosis vulgar, había comenzado á sentir ronquera principalmente en las mañanas desde hacía algunos meses; que dicha ronquera había ido aumentando en duración é intensidad, hasta llegar á una afonía que se acompañó de dispnea que, primero intermitente, se había hecho continua en los últimos días. Me informaron también de que el enfermo tocía con alguna frecuencia procurando desalojar por este medio el estorbo que sentía en la garganta y que, según él, era la causa de su mal; pero estos esfuerzos resultaron siempre inútiles, porque jamás llegó á arrojar sino muy escasas mucosidades secas y duras.

La dispnea de que era víctima el enfermo en aquellos momentos, tenía algo de particular, porque ni la inspiración ni la expiración presentaban caracteres que indicaran dificultad en la penetración ó la expulsión del aire, no recuerdo el número de respiraciones por minuto;

pero sí conservo un dato que me impresionó vivamente y es algo relativo al estado de la circulación. No había la más ligera cianosis tanto en los labios como en las extremidades; y el pulso, si bien es cierto que era frecuente y débil, más podían atribuirse estas modificaciones al estado general del enfermo que á la angustia respiratoria.

Por el examen del enfermo supe lo siguiente: la faringe estaba roja uniformemente, seca, brillante, con la pared posterior cubierta de escasas mucosidades de color rojo oscuro, perfectamente adheridas sobre todo al nivel de la línea media de dicha pared posterior. La lengua y los labios estaban también particularmente secos, debido á la respiración bucal que era amplia y frecuente, pues el enfermo temía asfixiarse de un momento á otro.

Las fosas nasales, no tenían más particularidad que el estar cubiertas de mucosidades concretas y adherentes sobre todo al tabique y á la hendidura olfativa, mucosidades que también tapizaban la bóveda de la faringe, según pudo verse por la rinoscapía posterior, fácil de ejecutar debido á la amplitud de la rino-faringe en el enfermo á que me vengo refiriendo,

La epiglotis normal; las bandas ventriculares ligeramente rojas, no edematosas, y con su movilidad fisiológica. Los ventrículos de Morgagni, rojos en la parte visible, y las cuerdas vocales rojas, secas, con los bordes ligeramente papilomatosos y cubiertos de mucosidades adherentes, concretas y de color oscuro, presentaban una movilidad casi normal, pues la aducción era incompleta debido al engruesamiento de la región interantitemoidea. La región subglótica nada presentaba de anormal y se veían muy bien los primeros anillos de la traquea. Con estos datos, el diagnóstico de faringolaringitis seca era fácil de fundar y, por lo mismo, era innecesario practicar la traqueotomía. Con un tratamiento sintomático apropiado la falsa asfixia cesó inmediatamente y el enfermo, aunque con voz velada, pudo hablar algo.

El enfermo vivió algunas semanas aliviado de los síntomas más molestos de su aficción faringolaríngea; pero la cirrosis hepática acabó con su vida debido á una diarrea profusa é incoercible.

En el año de 1895 atendí á la Señora de D. quien sufría desde hacía ocho meses de una laringitis seca, bastante molesta para sugerirle en ocasiones la idea del suicidio. Dicha Señora me refirió que después de haber tenido un fuerte catarro nasal, que se le constipó,

comenzó a sentir garraspera, tos matinal y sequedad en la garganta y en la nariz; que la sequedad fué aumentando hasta el grado de que hacía más de cuatro meses que no dormía sino algunas horas, porque además de lo seco de la garganta sentía ahogarse á cada momento, lo cual la obligaba á pasar las noches sentada, sin dormir, y tomando tragos de agua con que mitigaba un poco sus sufrimientos.

La ronquera, apreciable en las mañanas y las tardes, se presentó algún tiempo después de haber comenzado su enfermedad; pero nunca duró sin interrupción todo un día, ni llegó hasta velar completamente la voz. La enferma respiraba por la boca, porque le parecía insuficiente la respiración nasal. El olfato persistía, y no había mal olor en la nariz.

El examen demostró las fosas nasales sin alteración ó modificación de ninguna especie: la rinoscopía posterior me permitió ver la rinofaringe y la faringe bucal, cubierta de mucosidades secas, adherentes, de color rojo oscuro, como sanguinolentas, lo cual producía en estas partes una modificación tal, que, más que de una porción de la faringe, parecía tratarse de un fragmento de carne quemada. Las mucosidades desaparecían al nivel de la faringolaringe que estaba congestionada y seca.

Las cuerdas vocales, habían perdido su color blanco mate, y estaban rojas, tendiendo á tomar una forma cilíndrica. La región interaritenoides ligeramente roja. El resto del órgano fonador estaba perfectamente normal.

Haciendo investigaciones respecto al estado general de la enferma, pude averiguar que alguna vez tuvo albuminuria con motivo de un embarazo. Mandé hacer el análisis de la orina que se encontró normal. No se hizo el análisis del esputo, porque no me pareció necesario á pesar del enflaquecimiento de la enferma, y además, porque la tos era muy rara y no había sino expulsión de mucosidades secas, que parecían provenir de la faringe.

Un tratamiento local, sostenido por dos meses, produjo la completa curación de la enferma,

Algunos meses más tarde, el año de 1896, por recomendación de la enferma á que me acabo de referir, ví á la Señora de A. quien sufría de una laringitis seca desde hacía un poco más de un año. Dicha Señora, de unos 35 años de edad, me refirió que había comenzado por

estar ronca en las mañanas sin motivo alguno ó bien durante el día cuando hablaba en alta voz por algún tiempo. Esta ronquera se acompañaba de tos seca, ó con expectoración escasa de color gris. Al mismo tiempo notaba que no le era bastante la respiración nasal, porque las fosas nasales le parecían estrechas ú obstruídas, teniendo que respirar por la boca, pues sentía asfixiarse sufriendo en ocasiones, durante el sueño, de accesos de sofocación que la obligaban á despertar con frecuencia.

Como antecedentes personales encontré, como digno de tenerse en cuenta, que la enferma había tenido varias veces dolores reumatismales en las articulaciones de los hombros y de los puños, jaquecas y algo de dispepsia. Nunca había sufrido de catarros que por su frecuencia ó duración sean dignos de mencionarse. La orina no presentó de anormal, sino un ligero exceso de ácido úrico y de uratos. Al examen físico encontré: fosas nasales un poco amplias debido á una ligera atrofia de los cornetes inferiores; las mucosidades incoloras como clara de huevo, escasas y formando filamentos sobre la mucosa. El olfato era normal y no había mal olor. La rinofaringe con pequeños restos de vegetaciones adenoides y cubierta de un moco gris amarillento algo concreto y adherente. La pared posterior de la faringe presentaba en algunos lugares placas rojas, irregulares, salientes, rodeadas, ó más bien, separadas por intervalos de mucosa atrofiada. Las amígdalas palatinas estaban atrofiadas casi totalmente.

El examen de la laringe me proporcionó datos muy curiosos é interesantes: había excrecencias papilomasas en las dos comisuras, más grandes en la región interaritenoida; en el borde interno de las cuerdas vocales, presentaba también pequeñas salientes; pero lo más notable era que las mucosidades de un color blanco gris, secas y adherentes á los bordes del espacio glótico, parecían depósitos de nieve sobre las crestas irregulares de una montaña, tal fué la comparación que me sugirió la observación de la laringe de esta enferma; y las mucosidades estaban tan adherentes que no se desprendieron sino después de hacer varias inhalaciones emolientes y de repetir el escobilloneo de la laringe con un pincel embebido en aceite mentolado.

El diagnóstico de laringitis crónica seca, me pareció fundado, pero el tratamiento local y general continuado durante unos seis meses, no dió ningún resultado favorable y duradero. A esta enferma la

volví á ver dos años después en una casa donde atendía por ese tiempo una enferma; estaba lo mismo que yo la dejé, muy poco aliviada, á pesar de haberse puesto en manos de algún otro especialista, según me refirió.

Actualmente veo á una niña de Popotla, de once años de edad, quien sin otros padecimientos dignos de mencionarse, ha sufrido, desde hace como un año después de la gripa, de obstrucción nasal, tos, ronquera, y últimamente de espasmos de la glotis, de día y de noche. Como antecedentes hereditarios, no encuentro algo que me ilustre respecto á etiología, aunque no hice un examen de sus progenitores, en el sentido de alguna enfermedad trasmisible por herencia.

A la exploración encuentro: ligera rinitis hipertrófica bilateral, un poco más marcada al nivel de los cornetes inferiores, el moco es purulento, y no forma costras sino en la rinofaringe. El olfato es normal; no existe mal olor en la nariz, sino cuando por cualquier motivo no se hace por varios días el lavado nasal. La respiración por la nariz llega á ser imposible en algunas horas de la noche.

La faringe está roja en toda su extensión, seca y brillante, cubierta en la pared posterior de mucosidades secas y duras, no hay granulaciones aunque existen pequeños restos de vegetaciones adenoides.

La laringe presenta las cuerdas vocales rojas, un poco gruesas y brillantes; pero sus movimientos son normales.

Hasta hoy, el tratamiento local y general, sostenido desde hace dos meses, ha tenido por resultado hacer desaparecer los espasmos de la glotis, disminuir considerablemente la ronquera y facilitar el sueño; pero respecto á la sequedad de la porción superior de la faringe, todavía no se obtienen resultados favorables, aunque supongo fundamentalmente conseguirlos dentro de poco.

Por último, hace como unos ocho meses atiendo á una señorita, de treinta y cinco años de edad, la cual sufre de una afección de la garganta, desde hace tres años. El síntoma que más le molesta actualmente, es la sequedad de la garganta y la sensación de que se ahoga á cada momento, y esto último, al grado que, desde hace unos cuatro meses, casi no duerme sino unas dos ó tres horas todas las noches. La tos no es muy frecuente; es seca ó con escasa expectoración concreta. La enferma refiere que no ha padecido catarros frecuentes prolongados, sino que al contrario, era tan de buena salud en este

sentido que jamás se sonaba, que, en mi concepto, es un indicio de catarro crónico. Refiere que lo primero que le llamó la atención fué el tener seca la garganta, sobre todo en las mañanas sin motivo alguno, durante el día, cuando hablaba en alta voz por unos cuantos minutos ó bien cuando andaba al aire libre en la época de seca. La ronquera ha sido generalmente poco marcada; pero en algunas ocasiones lo ha sido tanto que ha estado áfona por varias horas; pero nunca todo un día.

Como siente que le es insuficiente la respiración nasal, dice que se ve obligada á respirar por la boca, lo que aumenta su principal molestia.

El olfato, aunque un poco disminuido, existe lo bastante para percibir los olores de un modo que pudiera considerarse como normal.

Como antecedentes personales refiere que hace como cinco años padeció de gastro-enteritis crónica tan rebelde, que fué necesario un tratamiento enérgico y prolongado por dos años, poco más ó menos, para sentir alivio; de esto le quedan todavía algunos trastornos, pues padece de una dispepsia flatulenta y ácida muy molesta, y que, cuando su digestión está mal, la sequedad de la garganta está peor.

Actualmente la inspiración es ligeramente silbante, y la expiración silenciosa, tiene ronquera y tos seca no muy frecuente.

No hay mal olor en la nariz.

Al examen físico se encuentra: fosas nasales amplias, por atrofia de las cornetes inferiores, lo cual permite ver el pabellón de las trompas por rinoscopia anterior. Las fosas nasales en un principio estaban llenas de costras duras: hoy existen mucosidades escasas y viscosas. El Cavum presentaba también varias costras, hoy está limpio, aunque todavía seco. Las mucosidades que en un principio se veían adherentes á la pared posterior de la faringe casi han desaparecido: el resto de la pared posterior de la faringe, está rojo tiene venas dilatadas y flexuosas en gran número, lo mismo que el seno glosopiglótico. En la base de la lengua hay varices; pero la amígdala higual no presenta ninguna alteración.

Las cuerdas vocales presentan los signos de una inflamación crónica, pero no se observan en ellas ni papilomas ni mucosidades, El espacio inter-aritenoideo está normal.

La región subglótica está engruesada formando como un anillo-

concéntrico á la hendidura glótica. En dicha porción saliente se observan á veces mucosidades abundantes secas y concretas, que no se desprenden; y el resultado de un tratamiento de ocho meses, seguido con constancia y energía, no ha sido favorable; pues si bien es cierto que no ha vuelto á haber accesos de sofocación ó de asfixia, la sequedad está allí apenas mitigada por algunas horas, y haciendo insoporrible la vida de encierro y de molestias que á diario atormenta á esta enferma. Alguna vez, recurri á la infusión fuerte de jaborandi con yoduro de potasio, este último á la dosis diaria de cuatro gramos por más de una semana; pero no se produjo catarro nasal, se empeoró el estado de sus vías digestivas y tuvo necesidad, de suspender el medicamento.

Con la misma afección, aunque á un grado menor de intensidad, he visto á muchos enfermos, pues esta dolencia es tan frecuente entre nosotros que mis observaciones no tendrán por esto ninguna novedad; pero hay algo, sin embargo, sobre lo que quiero llamar la atención de esta Academia, y que me parece digno de mencionar.

Desde luego debo advertir que durante mi Práctica en las Clínicas de París, no recuerdo haber visto la misma afección á un grado de intensidad igual, ó mas bien dicho produciendo una sensación de falsa asfixia, que impusiera el pensar en la traqueotomía; pues si bien es cierto que en algunos enfermos de *ozena simple* se observan á veces perturbaciones respiratorias, esto se explica en algunos por la acumulación de una gran cantidad de costras de mocopus en las fosas nasales y en otros por la simple sequedad de dichas cavidades; pero las descripciones de los especialistas europeos sobre este particular, no cuadran exactamente con lo que aquí se observa, porque algunos apenas si hacen mención de la forma seca de la faringolaringitis, mientras que otros, y entre estos, algunos anatomopatologistas como Wirchow llegan hasta negar esta forma.

Por otra parte, muchísimas veces acontece observar faringitis y laringitis crónicas, que duran muchísimos años y nunca toman la forma seca, ya sean granulosas, hipertróficas ó nó; En muchos casos que yo he podido observar, la forma seca se caracteriza perfectamente desde el principio, pues muchos enfermos dicen que jamás necesitan de pañuelo, que para ellos es una prenda inútil, y que el estorbo ó sequedad que experimentan en la rinofaringe les provoca esfuerzos de expulsión y que

nunca arrojan sino una poca de saliva. De esto se infiere que la faringolaringitis seca, no es una manera de terminar de la forma crónica de la inflamación faringolaríngea; que es seca desde un principio en muchos casos, aunque en algunos otros puede ser precedida de un catarro agudo común ó de naturaleza gripal.

Otro de los puntos importantes de señalar es el referente á la etiología. Algunos autores conceden gran importancia á ciertos estados constitucionales graves como la diabetes, la albuminuria etc. Desde este punto de vista hay que recordar que el sujeto de mi primera observación era alcohólico inveterado, y sufría, además, las consecuencias de la insuficiencia hepática; pero respecto á las otras, fuera de algunas manifestaciones del artritismo en algunas de las enfermas, no he podido encontrar la intervención de una causa general.

Lenox Browne, tiene muy en cuenta las perturbaciones gastro-intestinales, que encontramos especialmente en la enferma á que me he referido en último lugar. En ésta, así como en aquélla á que he hecho alusión en mi tercera observación, encontramos, como elemento etiológico señalado, la amplitud de las fosas nasales; pero en las otras no se encuentra esta disposición.

Se menciona también por todos los patologistas la respiración en medio de un aire cargado de polvos irritantes; de aquí la observación de Browne que se refiere á los que limpian las chimeneas, á los carboneros, canteros, etc., respecto de los cuales dice haber observado en la laringe los polvos contenidos en el aire en que vivían estos individuos. De los enfermos á que me he referido ninguno tenía una ocupación semejante, pues el primero era vendedor de pollos, y las enfermas no se ocupan sino de sus asuntos domésticos según se los permite su posición social.

Una observación que he podido recoger en mi práctica es la siguiente: A los enfermos que sufren de esta afección de la rinofaringe, sus accidentes se les exacerban en estos meses en que la atmósfera que respiramos todos los habitantes de la Capital, se parece á aquella que respiran los canteros, carboneros, etc., pues las corrientes de viento y el polvo que abunda en nuestras calles, nos favorecen con un aire respirable, rico en cuerpos extraños pequeños, é indudablemente irritantes. Y si á esto se agrega que los enfermos de faringolaringitis seca, respiran principalmente por la boca por parecerles insuficiente la respira-

ción por la nariz, se explica muy bien la agravación que experimentan en esta época y porqué se mejoran en la estación de las lluvias.

Ahora bien ¿porqué el moco que secretan las glándulas mucosas de esta porción del aparato respiratorio, se concreta apenas se ha formado? Yo no encuentro la explicación en ninguna parte. Algunos autores creen que en un período de la inflamación crónica de las mucosas, éstas se atrofian, sofocan las glándulas superficiales que producen un moco más fluido; y aquel que es proporcionado por las glándulas profundas se concreta en la superficie apenas aparece. Si esto fuera verdad habría que preguntar ¿porqué todas las inflamaciones crónicas no producen dicha atrofia y sus consecuencias? O bien ¿hay una forma especial anatomopatológica de esta afección que explique los resultados? Si esto es así ¿porqué esta diferencia con los catarros crónicos vulgares ó húmedos? Si en efecto hay una modalidad anatómica especial, puesto que, en algunos casos, el catarro es seco desde el principio ¿en dónde está la razón de ser de este extraño proceso anatomopatológico? ¿Radica en los diferentes elementos sobre que primero ejercen su acción las causas generadoras del mal? ¿Se trata, acaso, de la intervención de un germen especial que altera desde un principio la naturaleza de la secreción glandular? Cuestiones son estas que no pueden contestarse todavía con datos de anatomía patológica ó de bacteriología; mas por su importancia clínica y nosológica, merecen estudiarse detenidamente y así me propongo hacerlo en otra ocasión.

México, Mayo 9 de 1900.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.

CLÍNICA.

RESTAURACION DE LA VIDA POR MEDIO DE LAS TRACCIONES RITMICAS DE LA LENGUA.

La mejor aspiración que puede y debe tener un individuo, pero especialmente un médico, es la de prolongar la vida de sus semejantes, ó procurar por cuantos medios estén á su alcance, el que la recupere quien está en peligro inminente de perderla, y sólo bajo este punto de