

puede dar lugar a otra hemorragia. Además, el protector digital relleno con la esponja de goma es muy fácil de introducir en la fosa nasal, porque la esponja de goma se reduce mucho con la posición de la pinza bastante más que la gasa o el algodón.

En resumen, señores, el taponamiento nasal con la esponja de goma revestido del protector digital de goma delgada reúne las ventajas de la esponja escueta, y las del baloncito de caucho hinchado de aire, sin los inconvenientes de la una y del otro. Este taponamiento, más eficaz que el clásico con la gasa, es de operación muy fácil, no dando lugar a nueva hemorragia al proceder a su ablación.

Ayer mismo, señores, este taponamiento mostré sus excelencias en un enfermo que operé de septotomía doble. Se trataba de un enorme espesamiento crestiforme bilateral del tabique, que ocluía casi totalmente ambas fosas nasales. De antemano temía yo una copiosa rinorragia, dado el sitio y las dimensiones de los bloques de cartílago y hueso que había que suprimir, y dado también que allí se encontraba una de las mayores ramitas de la arteria de Kiesselbach o de la epistaxis, procedente, como sabéis, de la rama interna de la eseno-palatina.

Así, en efecto, aconteció; seccionados por su base los dos engrosamientos del séptum nasal, sobrevino en el acto una hemorragia poco menos que formidable. Colocados *in continenti* los dos tapones que os acabo de mostrar, paró instantáneamente el flujo sanguíneo.

Desde ayer, o sea, luego de haber transcurrido más de 36 horas de la operación, no ha salido por la nariz de este paciente ni una sola gota de sangre. Sin embargo de llevar puestas los tapones durante tantas horas, no sufrió este enfermo la menor molestia, el más ligero dolor, aparte, naturalmente, de la imposibilidad de respirar temporalmente por las fosas nasales, cosa a la cual el paciente estaba acostumbrado, puesto que hacía cerca de veinticinco años que apenas podía respirar por la nariz.

Añadiré, para terminar, que el taponamiento nasal elástico con la esponja de goma, revestida o no del protector digital, molesta bastante a veces y hasta duele, si no se toma la precaución de tabicarlo en la justa medida. En efecto, si es demasiado delgado no impide la repetición de la epistaxis, y si, para asegurar el cierre, lo hacemos demasiado grueso, origina el tapón un dolor nasal irradiado a la frente y a la cara, que llega a ser intolerable, obligándonos el enfermo a extraer el taponamiento a fin de proporcionarle alivio.

La experiencia de algunos tanteos nos permitirá hallar la medida de las dimensiones del tapón.

Bueno es, antes de extraer este tapón, inyectar un poco de vaselina líquida con una perita de goma por entre la entrada de la nariz y la superficie externa del protector.

Estos tapones pueden permanecer en las fosas nasales 24, 48 y aun 72 horas, sin inconveniente alguno, esto es, sin que sobrevenga la menor complicación por parte de los senos de la cara y del aparato auditivo. Hay más: por causas independientes de mi voluntad he tenido que dejar el taponamiento nasal cuatro o más días (hasta nueve días en una enferma que así lo quiso); sin embargo de ello, no ocurrió nada de particular. No obstante, los tapones deben quitarse a los dos o tres días.

El Doctor Botey pasa, finalmente, a mostrar a los señores Académicos la preparación de estos tapones nasales, fácil y rápidamente improvisables en algunos segundos.

Neumatocele laríngeo doble (laringocele) en un niño de 6 años

Por los DOCTORES J. GUERRA ESTAPÉ y L. SUÑÉ MEDÁN

Académicos de número

DOCTOR GUERRA Y ESTAPÉ.—Tengo el honor de presentar, a la consideración de los señores Académicos, el siguiente caso de *neumatocele laríngeo*, por considerarlo digno de publicidad, por cuanto no deja de ser un proceso patológico extraordinariamente raro, aunque no sea una novedad científica:

José M.^a G. y B., de 6 años, natural de Barcelona, habitante en el Masnou.

Antecedentes hereditarios: los padres son jóvenes, bien constituidos y sin ningún estigma alcohólico, tuberculoso ni sifilítico. No hay referencia alguna que pueda aportar ningún dato apreciable acerca de los ascendientes y colaterales. La madre ha tenido un solo parto normal, sin ningún aborto.

Antecedentes personales: hijo único, nacido a término, bien desarrollado, sin ninguna anomalía orgánica ni funcional aparentes.

Criado por su madre, que lo amamantó hasta cumplir un año, ayudada, desde los cinco meses, por algún biberón de leche de vaca y más tarde con algunas harinas.

Durante la lactancia tuvo algunos desarreglos digestivos, y a los 14 meses sufrió una infección intestinal que le duró unas tres semanas.

Desde esta última infección hasta los 3 años, no tuvo ninguna enfermedad distinta de trastornos gastrointestinales frecuentes y bronquitis repetidas todos los inviernos. Estas bronquitis fueron calificadas de gripales por el médico de la familia.

A los tres años adquirió la tos ferina.

Según dicen los padres, la tos ferina fué muy intensa y duradera, pues empleando diversos tratamientos no desapareció hasta después de nueve meses haciendo una cura de aguas en Tona.

Después de la tos ferina, o sea desde la edad de los 4 años hasta la fecha, lo que más ha molestado al niño han sido ligeros y frecuentes procesos catarrales de sus vías respiratorias y una dispepsia continuada por atonía de su aparato digestivo. Este último, y su estado general, mejoran en seguida que se somete al niño a un tratamiento oportuno y a un régimen apropiado a sus fuerzas digestivas, aumentando pronto el peso y adquiriendo buen color de piel y mucosas.

En febrero de 1922 el enfermito vino a mi consulta particular con las manifestaciones morbosas antes indicadas, hallándole además adenopatía tráqueobronquial y varios ganglios abultados en ambos lados del cuello en su parte cervical posterior: cutirreacción y Wassermann negativos.

En diciembre del mismo año, o sea cinco meses atrás, sufrió una laringo-traqueítis, con fiebre elevada y accesos de tos muy fuertes y repetidos, que le duró cinco o seis días. Al terminar esta última enfermedad, la madre observó que cuando el niño hacía un esfuerzo para toser, gritar o hablar con vehemencia, se le abultaba la piel de la parte lateral del cuello, de tal modo, según expresión exacta de la madre, que el abultamiento de la piel del cuello era igual al que se produce en las mejillas cuando se quiere soplar.

Estado actual.—Niño bien conformado, rubio y piel fina, de 1.04 metro de altura, 15 kgs. 300 grs. de peso. Circunferencia torácica, 0.53 metro.

Niño dócil, juguetón y muy inteligente, como sus padres.

Respecto al estado de sus vías digestivas, tendría que repetir, ahora, lo anteriormente expuesto y sobre el aparato respiratorio, dejando a un lado lo que luego manifestaré, cabe decir que la adenopatía traqueobronquial, así como los ganglios cervicales, han mejorado extraordinariamente desde que le vi por primera vez (febrero de 1922), habiendo disminuído todos de volumen, y muchos han adquirido ya el tamaño normal desapareciendo a la observación.

Nada de anormal en los demás aparatos y funciones.

La lesión motivo de esta historia clínica, es fácil de apreciar cuando se examina al niño en el momento en que da un grito o haciéndole hablar deprisa, y entonces se observa cómo se le abulta la piel del cuello en la parte de ella comprendida entre el borde interno del esterno-mastoideo y la línea media del cuello, al mismo nivel de la articulación crico-tiroidea. Este fenómeno se produce sin que el niño sufra ningún dolor ni molestia alguna, antes al contrario toma a broma y se ríe del experimento.

En el lado derecho del cuello el abultamiento tiene el volumen de medio huevo de gallina partido por su eje mayor y en el izquierdo como el de una almendra.

Sin ejercer presión alguna y sólo cesando de hablar o de gritar, es decir, poniendo la laringe en reposo, desaparecen rápidamente los dos abultamientos, sin dejar rastro ni señal alguna en el sitio de su producción.

Si se repite el experimento haciendo que el niño hable despacio y sin gritar, nada se observa y pidiéndole que vuelva la cara hacia un lado, poniendo el cuello en extensión forzada en el opuesto, el abultamiento no se produce en el lado que está en extensión aunque el niño dé grandes gritos: igual fenómeno se observa haciendo una presión adecuada con la yema y punta del dedo medio sobre el sitio en el que supongo la lesión.

Cuando se ausculta, con el estetoscopio, al nivel del abultamiento mayor, o sea el derecho, se percibe claramente un soplido rudo, tanto al hincharse como al deshincharse la bolsa aérea.

La exploración de la laringe no ha permitido observar ninguna lesión interna. Además debe anotarse que la respiración y la fonación son normales, siendo la voz clara y bien timbrada, con el tono que corresponde a la edad del niño.

En 8 de marzo último tenía un ligero estado catarral de la mucosa de la laringe y tráquea, que en 10 de abril había desaparecido completamente, lo mismo que la tos.

Debo añadir que entre las dos fechas que acabo de citar, o sea en el espacio de un mes, he podido comprobar una disminución, casi de una mitad, de los dos abultamientos descritos, de suerte que tan

sólo adquieren el volumen primitivo cuando el niño da gritos muy agudos, lo que, a nuestro juicio, indica que los orificios laríngeos, que producen las hernias gaseosas, deben ser muy pequeños.

Después de exploraciones minuciosas del enfermito, y en vista de que se imponía el diagnóstico de neumatocele laríngeo doble (o mal llamado *laringocele*), cuyos orificios de producción radican al nivel de la membrana crico-tiroidea, puesto que no se podía confundir con ninguna otra enfermedad del cuello y dada la enorme rareza del caso, tuve intención de darle publicidad, por lo cual quise asociar a la observación a otro profesor que por sus conocimientos y competencia reconocida, pudiese comprobarla.

Al efecto, pedí el concurso de mi estimado amigo y compañero de Academia doctor Suñé Medán, para que viese al enfermito y apreciase todo cuanto acabo de exponer.

He sometido al niño a un plan tónico general, he procurado, dentro de lo que es posible, que el enfermito esté cuidado de modo que se eviten los gritos y vehemencias propios de su edad y aconsejando un medio contentivo que substituya a lo que hace la naturaleza cuando el niño pone el cuello en extensión forzada.

Ahora no añadiré ni una palabra más, dejando que el doctor Suñé Medán haga las consideraciones que tenga por conveniente, que de antemano suscribo gustoso, porque están perfectamente de acuerdo con mi manera de pensar sobre este caso curioso que, dentro de la literatura médica, puedo calificar de rarísimo, puesto que buscando y rebuscando, junto con mi amigo, sólo hemos podido hallar publicados cinco o seis casos de neumatocele laríngeo en niños de ambos sexos y un total, entre niños y adultos, de 36.

Debiendo poner de relieve que se trata de 36 observaciones recogidas y publicadas, en el espacio de un siglo, como tendrá ocasión de decir el doctor Suñé Medán.

CONSIDERACIONES

Por el DOCTOR LUIS SUÑÉ MEDÁN

RAREZA — RESUMEN HISTÓRICO

Según acaba de manifestar mi distinguido compañero doctor Guerra Estapé, se trata de una deformación sumamente rara. En efecto, teniendo en cuenta los miles de miles de enfermos de laringe que los más eminentes especialistas representan haber visto en el espacio de cien años, el hallazgo de 36 observaciones publicadas referentes al aereocele de la laringe, denota la infrecuencia extraordinaria del hecho en cuestión. El propio Garel, de Lyon, decía en 1919 (a la edad de 67 años) y por lo tanto después de largos años de práctica, que no había visto hasta entonces un solo caso de laringocele *externo* (por curiosa coincidencia había observado un caso de *interno* en 1904). Su discípula, la señorita Sonia Glückberg, en su tesis de 1904, logró reunir 26 casos, consultando diversas publicaciones, y desde entonces sólo se conocen 7 casos (en 19 años).

El estudio de dichos tumores aéreos, iniciado por Felix Plater y por J. P. Frank (1792), fué más tarde seguido de las observaciones de Larrey (1829), quien hallándose en Egipto pudo notar que empleaban los ciegos para cantar los versículos del Corán, durante día y noche, desde lo alto de los minaretes, y que al cabo de muchos años de dicho ejercicio fonético repetidó, se les formaba un abultamiento de contenido aéreo a cada lado del cuello, que comprimían mediante unos collares especiales de cartón cubiertos de tela, a fin de evitar las alteraciones o pérdidas vocales.

En 1861, Hutchinson describe un caso debido a una perforación tuberculosa de la laringe. En 1863, Virchow estudia esta suerte de quistes aéreos bajo el nombre de *laringocele ventricular*, reputándole como una deformación que semeja las bolsas laríngeas de los antropoides. Siguen después los trabajos de varios autores (Bennet, Wenzel, Grüber, Lushka, Rudinger) acerca la relación del laringocele con el desarrollo excesivo o anómalo del cuerno anterior del ventrículo de Morgagni, del cual hablaremos luego, hasta llegar a las observaciones de Solis-Cohen (1872), Tervaert (1872), Eldridge (1879), Ledderhose (1885), Parker (1886), Medelung (1889), Moure y Beausoleil (1893), Fränkel, Raugé (1897), Benda y Boschire (1897), Pantaloni (1897), Schroeter (1898), Petit (1899), Broenke, Hansemann, Pelletier (1900), Alexander (1901), Meyer (1901), Loevi (1902), Garel (1904), Sonia Glückberg (1904), Scheven (1904), Harold-Altona (1904), Labarre (1905), Avellis (1907), Gougenheim (1910) y Garel (1919), siendo éste el último de los publicados, según nuestras investigaciones bibliográficas.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Los neumatoceles laríngeos pueden desarrollarse en condiciones anatómicas normales, sin *substratum* morboso, influyendo en estos casos una causa determinante, de ordinario de índole profesional, cuya base es un esfuerzo exagerado al nivel del órgano fonatorio. Así, se han formado a consecuencia de gritos agudos (Frank); de esfuerzos de voz y del canto (en los egipcios vistos por Larrey); aumento en la presión del aire espirado, casos de Harold (en un tocador de clarinete), de Gougenheim (de oboe), Pantaloni (de trompeta de pistón), de Menzel (soplador de vidrio); esfuerzos musculares, grandes pesos (Gluckberg, Pantaloni); esfuerzos de vómito y del trabajo del parto. (J. P. Franck (1792) denominó a dichos tumores *tirofima enfisematozo*.)

Por otra parte, ciertos síntomas o procesos del árbol respiratorio capaces de producir intensas sacudidas del tubo laríngeo, o lesiones destructivas y también obstruyentes del mismo, son susceptibles de dar lugar al laringocele. Entre dichas causas se incluyen la tos violenta, quintosa, duradera (Beausoleil, Labarre, Garel y otros), coqueluche; los procesos ulcerativos, infiltraciones, perforaciones (Pelletier, Madelung, Fischer, Beclère), tuberculosis; (Hutchinson), sífilis; (Raugé) y tumores endolaríngeos (caso de Garel). Se citan además casos de origen traumático, como el de Broca (falsa vía seguida por el tubo en la intubación) y el de Scheven (ducha aérea de Politzer).

En general ha de admitirse que para engendrarse el laringocele tienen que existir ciertas anomalías congénitas predisponentes, siendo el punto de partida más frecuente la excesiva prolongación o dilatación de la extremidad anterior del ventrículo de Morgagni, o en forma de divertículos producidos a expensas de esta cavidad (Morgagni, 1723), prolongaciones señaladas también por Virchow en su *Tratado sobre los tumores* (1883), quien añade que en virtud de disposiciones anatómicas *congénitas* especiales, pueden llegar aquéllas al nivel del borde superior del cartilago tiroideos y hasta el hueso hioides, instalándose en la membrana tirohioidea (comprobaciones de Bennet, Gruber, Wenzel), y también hasta la base de la lengua, según Sappey y Testut, Lushka, Rudinger, etc.

A la expresada predisposición anatómica de origen congénito, debe adicionarse en calidad de influyente una debilidad anormal de las paredes laríngeas, que si recae en un individuo sobre el cual obra alguna de las causas antes anotadas, facilita en gran manera la formación de la *hernia* laríngea, la cual no se hace ostensible en ciertos casos hasta al cabo de largo tiempo (Beausoleil vió su aparición después de 18 meses de tos pertinaz y violenta).

La expresada debilidad *congénita* de las paredes laríngeas ha servido de base a Pelletier para dividir los laringoceles según dicha condición, y según sean provocados por lesiones *adquiridas* tuberculosas o sifilíticas. Garel los divide, según su situación, en *superiores* (al nivel de la membrana tirohioidea y ventrículo de Morgagni) e *inferiores* (membrana crico-tiroidea) y los primeros en *externos* si la bolsa aérea se forma exclusivamente debajo de la piel del cuello, *internos* si son tan sólo endolaríngeos y *mixtos*, si se comunican ambos en forma de reloj de arena, siendo el saco externo el de mayor volumen. La mayor parte de los observados son externos; entre los mixtos hay los casos de Raugé, Ledderhose y Avellis, y entre los internos los de Cohen, Bennet, Musehold, Schroeter, Alexander, Garel (1904), Labarre, Fränkel, Broenke, Hansemann, etc.

Los aereoceles superiores se producen a consecuencia de una contracción o cierre forzado de las bandas ventriculares (infiltraciones, tumores) que dirigen la corriente del aire espirado hacia el orificio del seno ventricular, o cuando existe hipertensión aérea en las cavidades laríngeas (origen funcional o profesional, instrumentos musicales de viento, sopladores de vidrio).

Los inferiores se desarrollan a causa de grandes esfuerzos de tos y espasmos laríngeos que aumentan la presión infraglótica. Aquí el ventrículo no interviene y la expansión herniaria se forma en la parte baja del cuello, al nivel de la membrana crico-tiroidea (como en nuestro caso) o por debajo de la misma; en el primer caso se trata de *laringocele* (o *aerocele subglótico*), en el segundo de *traqueocele* (Garel).

En los producidos por pólipo laríngeo (Garel, 1904) la presión del aire aumenta al nivel de los ventrículos, que si ofrecen cierta flojedad parietal llegan a hundirse hasta formar una tumoración aérea, con uno o varios lóbulos, dentro de la laringe. La prueba evidente de esta patogenia, es la desaparición total del laringocele en cuanto se extirpa el pólipo originario del obstáculo mencionado.

Cuando se trata de perforaciones patológicas (sífilis, tuberculosis) el aire al desgarrar las paredes del ventrículo, friables por la lesión destructiva, se extiende debajo de la piel del cuello formando un tumor gaseoso. Según Garel, estas formas patológicas, aunque no tienen pared propia, no llegan, sin embargo, a producir un enfisema difuso del tejido celular, porque el aire no puede desparramarse a causa de las adherencias de la aponeurosis media a los planos subyacentes.

En el caso objeto de nuestra comunicación, debemos recordar que dicho niño tuvo a los 3 años la tos ferina que revistió gran intensidad y duración (9 meses), siendo el período espasmódico de unos cinco meses. Además, con cierta frecuencia sufrió fuertes catarrros con tos ronca, crupal (laringitis hipoglótica) y espasmos nocturnos. Todo ello ha podido determinar, sin duda, al coincidir con una predisposición anatómica congénita de las paredes laríngeas, a formar el aerocele infraglótico referido.

SINTOMATOLOGÍA

En los laringoceles *externos* se aprecia al nivel del cuello un abultamiento redondeado, hemiesférico, de tamaño variable, desde el de un garbanzo al de una naranja, de consistencia blanda, elástica, semeñando la fluctuación de un quiste. Son reductibles por presión y espontáneamente en cuanto cesa el esfuerzo productor de la bolsa; ello indica la comunicación que existe entre ésta y la laringe. Por percusión, se nota cierta resonancia timpánica y la auscultación permite percibir, no siempre, un ruido especial debido al paso o frote del aire a través del orificio comunicante.

Los hay bilaterales (casos de Harold, Menzel, Larrey, Garel, Gougenheim y el nuestro), pero pocas veces son del todo simétricos.

Se presentan a diferentes edades, ordinariamente en individuos jóvenes, habiéndose observado algunos casos en niños: Schroeter, niño de 8 años; Rivière, de 4 años; Avellis en una niña de 4 años; Guyot en un niño de 2 años; un caso en un niño de 16 días; en el hoy relatado: niño de 6 años. Ello parece demostrar el origen congénito de esta anomalía, que si no se hace patente hasta llegar a edades mayores en otros casos, es porque su evolución es muy lenta, pudiendo pasar inadvertida su formación inicial por ausencia de síntomas especiales, hasta producir relieve bajo la piel a consecuencia de alguna de las causas influyentes ya anotadas.

Los aeroceles *internos*, según su volumen, pueden dar lugar a ronquera más o menos acentuada e intermitente, cierta molestia o estorbo, un poco de tos y a veces accesos de sofocación. Los trastornos respiratorios son, empero, muy raros, debiendo citarse a este propósito el caso de Boschert y Benda, en el cual la reducción del tumor fué imposible y el enfermo murió asfixiado por su laringocele.

La laringoscopia muestra la existencia de una neoformación redondeada uni o bilobulada por encima de las bandas ventriculares y que en ciertos casos ocupa gran parte del espacio supraglótico. Dicho tumor sólo se hace visible durante la fonación forzada o la espiración, pero desaparece de nuestra vista durante la inspiración. Ello es característico de la mayor parte de los laringoceles internos.

DIAGNÓSTICO

En un principio fueron confundidos los aeroceles laríngeos con el bocio y con otros tumores gaseosos del cuello (broncocele, traqueocele, tirocele), pero más tarde, el conocimiento más minucioso de su formación y las observaciones de los autores, esclarecieron su carácter clínico propio. El desarrollo más o menos brusco del abultamiento cervical en ciertos casos *saccadée*, en los momentos de los esfuerzos de la voz, de la tos, etc. y su desaparición en cuanto cesan dichos factores; su fácil reducción por simple presión o impidiendo ésta la distensión del saco aéreo, y el escaso o nulo cortejo sintomático, sin dolores ni molestia alguna, son hechos que afianzan pronto la orientación diagnóstica.

En cuanto al laringocele *interno*, aparece precisamente en el momento de la fonación y desaparece en la inspiración, fenómeno fácilmente comprobable mediante el examen laringoscópico. Sin embargo, en algunos casos puede dar lugar a ciertas dudas, como en el observado por Labarre, en que por no hallarse influido el laringocele por los movimientos respiratorios se diagnosticó de quiste del ligamento ariepiglótico, siendo ello debido al espesor adquirido, con el transcurso del tiempo, de las paredes del saco aerífero.

Los aeroceles internos deben pues sospecharse siempre que exista el abultamiento externo, y entonces la laringoscopia y la ejecución de un esfuerzo glótico durante la misma nos evidenciarán si hay o no participación endo-laríngea. En cambio las dudas serán mayores, de momento, si no existe el laringocele extra-laríngeo.

Es muy difícil por palpación hallar el orificio de comunicación de los aeroceles simplemente *externos*. Sólo en los mixtos, conociendo el punto intra-laríngeo donde aparecen, podremos orientarnos respecto del trayecto fistuloso comunicante. De todas maneras, en el caso observado por nosotros, la situación un poco baja del abultamiento parece indicar que la solución de continuidad está al nivel de la membrana crico-tiroidea.

TRATAMIENTO

Pocas palabras sobre el tratamiento. Es preferible, si los laringoceles no producen molestia alguna, o no son muy voluminosos, abstenerse de todo tratamiento. Puede intentarse, siempre que sea posible, alejar o suprimir las causas que contribuyen al aumento de la presión del aire espirado dentro de la laringe; en este sentido, se procurará que los niños afectos griten poco o nada, proscribiéndoles los excesos vocales y los juegos violentos o sportivos que requieren esfuerzos musculares. En caso del uso profesional de instrumentos de viento o de la acción del aire espirado en los obreros del vidrio, sería conveniente cambiar de profesión u oficio en los individuos portadores de dicha deformación.

Aparte de estos medios destinados a impedir el mayor desarrollo del aerocele y quizá a obtener la curación definitiva, el tratamiento que suele aconsejarse es el siguiente: en los laringoceles *externos*, es suficiente, la mayor parte de las veces, el uso de un vendaje algo compresivo (una pequeña pelota de algodón) para evitar su formación. En las formas en que el quiste aéreo no se reduce espontáneamente o sólo en parte, se hará primeramente la reducción por medio de los dedos. En general, esta suerte de vendajes no son muy tolerables y no siempre se consigue con ellos la oclusión del orificio comunicante con la laringe, siendo los resultados curativos mucho más evidentes en los laringoceles adquiridos que en los congénitos propiamente dichos.

Si, pues, con estos procedimientos no se obtiene efecto útil, y las bolsas aéreas tienden a crecer o producen aspecto antiestético, especialmente si recaen en el sexo femenino, entonces queda el recurso de extirpar la bolsa, pero según las observaciones de algunos autores, se trata de una intervención difícil por lo que se refiere a hallar el orificio fistuloso que aboca en la laringe, y en todo caso debe tenerse la precaución de no suturar la piel del cuello, pues de lo contrario nos expondríamos a provocar un enfisema difuso subcutáneo (Garel).

En los laringoceles *internos* deberán también suprimirse las causas influyentes; si existe un tumor laríngeo que altera las condiciones fisiológicas de la fonación y de la respiración, se hará la ablación con el asa fría o galvánica o con las curetas apropiadas. En algunos casos, la escisión más o menos ancha de la pared del saco aéreo a fin de impedir la dilatación ventricular, o la extirpación completa de aquél por medio del asa galvánica, puede dar lugar a la curación radical del aerocele. Se han aconsejado también las punciones galvánicas o con el bisturí (Moure). En cuanto a la tirotomía y la laringotomía que algunos han propuesto, creo que deberá recurrirse solamente en casos muy apurados.

En los laringoceles *mixtos* se puede verificar la resección de la porción extra-laríngea del saco como si fuese una hernia, utilizando el asa galvánica por vía endolaríngea para suprimir la tumoración interna.

BIBLIOGRAFÍA

- Larrey.—«Clinique Chirurgicale» (T. II. 1829).
 Petit.—«Revue de Chirurgie», 1899.
 Pelletier.—Tesis de París. 1900.
 Meyer.—Archiv f. Laryngologie (Berlín, 1901).
 Harold-Altona.—Deutsche medizinische Wochenschrift. (1904, n.º 44).
 Garel.—Laryngocèle ventriculaire (Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Otologie, de Lar. et de Rhin. Tomo XX, 2.ª parte, pág. III, 1914).
 Glückberg (Mlle. Sonia).—Contribution à l'étude des laryngocèles (Tesis de Lyon, 1904).
 Labarre.—Laryngocèle ventriculaire (Presse Oto-laryngologie belge, 1906, pág. 97).
 Avellis.—Laryngocele bei Menschen (Archiv für Laryngologie und Rhinologie. T. XIX. Fasc. 3. 1907. Pág. 466).
 Gougenheim.—Archiv für Laryngologie. 1910.
 Menzel.—(Wiener Rhinolaryngologische Gessellschaft. Sitzung vom 5 mai, 1913).
 Garel.—Sur un cas de laryngocèle externe (Congrès de la Soc. Française de Oto-rhino-laryngologie, mai, 1919. Revue du Docteur Moure, n.º 21, 1919. Pág. 594).
 Garel.—Tumeurs benignes du larynx.—Laryngocèles. (Traité pratique d'Oto-Rhino-Laryngologie, publié par Lannois, Lermoyez, Moure et Sebilleau. Larynx-Trachée. 1921, pág. 572).
 Testut.—Tratado de Anatomía humana. Tomo 4, pág. 470.)

RECTIFICACIÓN DEL DOCTOR SUÑÉ MEDÁN

A la pregunta que ha tenido por bien hacer el P. Pujiula, debo manifestar, después de agradecer su intervención en este debate, que los laringoceles externos comunican *siempre* con la laringe, y la prueba más palpable de ello es la reducción rápida del tumor aéreo en cuanto cesa la presión del aire laringeo que lo distiende.

Aprovecho este momento para poner en claro la denominación que hemos dado a dicha anomalía. La palabra *laringocele*, de *kele* tumor, sólo expresa una tumoración laríngea, pero no su naturaleza. Por lo tanto, si *hidrocele* significa tumor de agua y *hematocele* tumor de sangre, creo muy oportuno el empleo de la palabra *aerocèle*, añadiendo *laríngeo* para expresar su localización. Quizá sería aún preferible el vocablo *neumatocele*, siendo éste ya conocido, pues se emplea para designar ciertas formaciones aéreas de origen patológico al nivel de la frente, mastoides y occipucio, por caries y perforaciones de las paredes craneales en comunicación con la nariz, y que los esfuerzos de compresión de aire al sonarse con energía contribuyen a la distensión tumorácea de la piel que recubre las expresadas regiones.

Otra cuestión para terminar. Teníamos intención de presentar el caso descrito ante la Real Academia, pero a pesar de nuestras súplicas y por causas ajenas a nuestra voluntad no ha sido posible conseguir nuestro deseo. De todas maneras, si se ofrece propicia ocasión, esperamos poder cumplir la promesa de que dicho niño sea visto por los señores académicos.

Sesión del 26 de mayo de 1923

Presidencia del DOCTOR CARULLA

Un caso de queratitis hipopiónica seguido de panoftalmía por aplicación incorrecta del *rádium*

Por el DOCTOR MENACHO

N.º 132,560. Tomás S. y C., de 66 años, natural de Valencia, vecino de Barcelona. El día 8 del corriente mes de mayo viene a mi consulta y refiere que hace 3 años empezó a formársele un bultito en el centro del párpado inferior del ojo izquierdo, que fué creciendo lentamente hasta alcanzar el tamaño de media avellana. Los médicos a quienes consultó, le dijeron se trataba de un cáncer benigno (epitelioma).

Hace un año le extirparon un quiste que desde su infancia tenía en la región preauricular izquierda, y tres meses después le aconsejó un radiólogo muy competente que se tratara con el *rádium* el tumorcito del párpado, y finalmente se decidió a hacerlo y se procedió en la siguiente forma:

- 1.ª aplicación, durante 12 horas, en octubre de 1922. Poca reacción, mejora la lesión.
- 2.ª aplicación, durante 24 horas, en 9 de marzo de 1923. Poca reacción, mejora la lesión.
- 3.ª aplicación durante 40 horas, a principios de abril. Enorme reacción, curación casi completa.

Hay que advertir por lo que se refiere a esta última aplicación, que el radiólogo ordenó que la aplicación fuese de 36 horas, pero como el plazo terminaba a las tres de la madrugada y ni él ni la enfermera encargada de velarle tenían instrucciones, más concretas, y como empezaba a sentir comezón intole-