

Los signos objetivos se obtienen por medio de la laringoscopia indirecta, la directa, y por la inspección de la fístula traqueal, siendo completados los datos obtenidos por todos estos medios, con los que suministre la aplicación de catéteres especiales. Dedicaré aun algunas líneas más á estas exploraciones, por el interés que ofrecen.

Por regla general, es fácil en los adultos hacer la laringoscopia común ó indirecta. Así, en estos, quienes más á menudo deben á la sífilis sus sufrimientos, suele encontrarse la epiglottis más ó menos destruida, y el vestíbulo de la glotis, aparecer entonces como un esfinter de forma elíptica, con diversas eminencias que corresponden por una parte á los restos de epiglottis, (cuando esta ha sufrido lesiones de consideración,) y por otra, á los cartílagos de Santorini y á los de Wrisberg. En el centro se vé una endidura ó pequeña abertura que algo se ensancha cuando el enfermo hace esfuerzos de fonación. Los dilatadores de Schroetter aún de regular calibre pueden franquearlo, y aún pasar la glotis sin que por este se logre observar ni un momento después que el aire, (previa oclusión momentánea de la cánula,) pase por la laringe ni con esfuerzo para la respiración.

Como dije antes, la fonación no siempre está muy alterada, haciendo esto contraste con la imposibilidad absoluta del paso del aire en la respiración en ambos movimientos respiratorios; este hecho observado claramente en los dos casos á cuya historia me referiré después, y en los que había sido destruida la armazón cartilaginosa de este apéndice, los músculos ari-epiglóticos y los haces superiores de los músculos tiro aritenoides (haces tiro membranosos) forman un anillo muscular que tiende á obstruir el vestíbulo de la laringe circunstancia favorable en el momento de la deglución, desfavorable para el paso del aire en la respiración, pero cuya acción probablemente es denominada por los músculos tensores de la glotis durante á la fonación.

La laringoscopia directa, por otro nombre autoscopia, se usa en los casos en los que no puede aplicarse la laringoscopia indirecta, cosa frecuente en los niños, ó bien para completar los datos obtenidos por ésta. En efecto, los instrumentos para practicarla, insinuándose entre los repliegues ari-epiglóticos, dejan ver paso á paso los diversos detalles de la endolaringe, hasta llegar al cricoides, en donde generalmente tiene su asiento, ó predomina la estenosis, la cual, de vista, puede ser franqueada por un estilete especial que dará la noción de su grado, maniobra que también debe hacerse para comprobar los datos de la laringoscopia indirecta, usándose, en tal caso, los dilatadores de Schroetter.

La laringoscopia directa se practica sea con los llamados "tubos espátulas," como el de Brünings, por ejemplo, sea con el tubo bivalvo de Killiam, previa anestesia por la cocaino-adrenalina.

La exploración de la fístula traqueal se practica también previa anestesia local, por medio de instrumentos especiales, tales como el