

traqueoscopio fenestrado de Sargnón, la espécula de bivalva de Egidi, ó la que tengo el honor de presentar á Uds. la cual es una modificación de esta. Con cualquiera de estos instrumentos, y la luz de un espejo de Clar, se conocerá el modo de ser del espolón supracular, y si se considera posible llevar más allá la exploración, las espéculas, dichas, sirven para abrir paso al espejillo de Pieniaseck, ó á periscopio, en cuyo caso se obtiene una iluminación ventajosa introduciendo por la boca á la laringe la lamparilla especial que también tengo el honor de mostrar á Uds. La exploración debe ser completa por la introducción á través de la fístula de una sonda flexible especial de Sargnón, que es muy semejante á las uretrales de Beniqué.

Así se puede obtener una noción exacta ó bastante aproximada de las alteraciones de la laringe, é inferir la indicación de la laringotomía.

Naturalmente que el tratamiento, después de la operación propiamente dicha, cuando se trata de lesiones que no son estenosis cicatriciales ó inodulares, debe variar en relación con aquellas, pero tratándose de estas últimas, ese tratamiento también metodizado por *Killiam* en Alemania, seguido por *Sargnón*, *Rabort* y por *Barlatier* de Lyon en Francia, y por *Botell* en Barcelona, está dividido en los siguientes tiempos: (1)

1º Laringostomía, ó la ringofisura.

2º Dilatación y curaciones.

3º Autoplastia.

4º Vigilancia con orificio traqueal de seguridad, no permanente.

1º LARINGOSTOMIA.—(1) “Es la división completa desde la fístula canular hasta el extremo superior del ángulo que forman las dos láminas del cartílago tiroides. Cuando se deja un puente traqueal ó cricoideo arriba de dicha fístula, se practica una laringofisura.”

“Precauciones previas. La experiencia adquirida en estos pocos años ha puesto de relieve ante todo la necesidad de operar á los enfermos completamente en frío, ó sea fuera de todo brote febril, del menor proceso bronco pulmonar, aparte de la inevitable traqueitis producida por la cánula.”

“Debe operarse asépticamente para evitar la bronconeumonía, para lo cual la posición de Rosé combinada con la de Trendelenburg poco acentuada, no dejarán sangre ni otros productos en las vías aéreas inferiores.”

El operador se colocará á la cabeza del enfermo ó á su lado derecho sentándose sobre un taburete alto. Un ayudante cuidará de la hemostasia otro de la anestesia y de la cánula.

(1) Encontrando que la descripción de esta operación está perfectamente bien hecha, aún con lujo de detalles, en el notable trabajo que sobre el particular ha escrito el distinguido laringólogo de Barcelona, Dr. D. Ricardo Botell, considero interesante transcribirla en sus puntos principales. (Revista de Medicina y Cirujía Prácticas. Año 33.—Pág. 345.)