

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**De la laringoscopia y traqueo-bronquioscopia directas en
los casos de cuerpos extraños en las vías aéreas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José Irueste Roda

Madrid, 2015

DE LA LARINGOSCOPIA Y TRAQUEO-
BRONQUIOSCOPIA, DIRECTAS, EN
LOS CASOS DE CUERPOS EXTRAÑOS
EN LAS VIAS AEREAS. 8888888888



MEMORIA DOCTORAL, QUE PRESENTA
JOSE IRUESTE Y RODA, NACIDO EN
GRANADA EL 26 DE ABRIL DE 1883



A MIS MAESTROS.

SEÑORES :



La OTO-RINO-LARINGOLOGIA es, según sabemos, la especialidad médico-quirúrgica más reciente.

Dedicado á ella, por afición y por fortuitas circunstancias, era natural que en dicha especialidad buscara el tema para mi MEMORIA doctoral.

Mas, habiendo de ser ésta, reglamentariamente, un trabajo de investigación propia, y no pudiendo, por mi escasa práctica profesional, acopiar gran número de casos clínicos nuevos, relativos al tema elegido, he de limitarme principalmente, á extraer, clasificar y discutir los descriptos en las obras y revistas respectivas; procurando, si, algo de originalidad en la forma, ya que no en el fondo de mi Trabajo.

Al elegir como tema de mi MEMORIA el título que la encabeza, me ha guiado, ante todo, el deseo de ser útil á mi Patria:

El haber podido observar y experimentar en la Clínica laringológica de mi amado Maestro, el Dr. Tapia, las positivas ventajas de la TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA como método moderno y de elección en el diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños de las vías aéreas, y el tener la certeza de saber que por lo menos se ha hecho aún en España, fuera de los trabajos de Tapia, por la divulgación y enseñanza de un método tan fácil, expedito é inocuo, han sido motivos suficientes para determinarme á llenar tal vacío, rompiendo una lanza por la vulgarización de un método, tan racional é insustituible, que ya tarda en hacerse de uso corriente en la práctica médico-quirúrgica.

Para terminar, Sres., como mis limitadas facultades psíquicas no me permitirán hacer un trabajo perfecto, me acojo

- III -

á vuestra reconocida benevolencia, á la que debo indudablemente haber terminado mi carrera sin una mala nota, ya que no siempre los frutos de mi memoria y de mi entendimiento han secundado los deseos de mi voluntad.

Madrid 26 de abril de 1907.

VALOR DE LA LARINGOSCOPIA Y DE LA
TRAQUEO - BRONQUIOSCOPIA DIRECTAS
EN LOS CASOS DE CUERPOS EXTRAÑOS
EN LAS VIAS AEREAS. ○○○○○○○○○○○○



I - SINONIMIA E HISTORIA.

La laringo tráqueo-bronquioscopia es, según nos dice la etimología, la endoscopia de la laringe, tráquea y bronquios; ó sea, la visión distinta del interior de estos conductos.

Si, para ver tales órganos, nos servimos de espejos ú otros medios reflectores, la laringo-traqueo-bronquioscopia será indirecta. Si, valiéndonos de modernos métodos de técnica, ya no es una imagen del órgano sino éste mismo el que alcanzamos á ver, dicha endoscopia será directa.

La primera precedió á la segunda, y fué posible, gracias

á la feliz invención de nuestro ilustre compatriota Manuel García.

La segunda, que sólo cuenta poco más de un par de lustros de edad, es admitida definitivamente como método usual, en la práctica de la especialidad oto-rino-laringológica, merced á las intrépidas investigaciones y experiencias de Killian.

Visión refleja; visión directa. He aquí las dos grandes etapas en que podemos dividir, desde luego, la historia de la laringo-traqueo-bronquioscopia.

Mas, para no perder de vista el objeto de nuestro trabajo, el cual es, principalmente, la exposición y crítica del valor de la visión directa, en los casos de cuerpos extraños en las vías aéreas, dividiremos esta primera parte - histórica - de nuestra Memoria, en los siguientes periodos.

A) - Primer periodo = Del diagnóstico y tratamiento de los

casos de cuerpos extraños en las vías aéreas, antes de la era de la traqueo-bronquioscopia directa.

En este primer periodo, estudiaremos someramente todos los procedimientos médico-quirúrgicos usados, desde la antigüedad hasta nuestros días, para diagnosticar y extraer los cuerpos extraños de las vías respiratorias.

B) - Segundo periodo = Invención de la laringoscopia y de la traqueo-bronquioscopia directas.

En este segundo y último periodo, haremos la historia de la laringoscopia y de la traqueo-bronquioscopia directas, desde los primeros intentos y ensayos más ó menos audaces, hasta los trabajos anatómico-clínicos de Kiljian, que con su saber y su audacia creó, y convirtió en realidad clínica, un método exploratorio jamás soñado por la imaginación quirúrgica más atrevida.

A) - PRIMER PERIODO. La introducción de un cuerpo extraño en las vías respiratorias no es muy frecuente, por fortuna, pero tampoco es de una rareza suma. Casos de aspiración de cuerpos extraños han ocurrido en todas las épocas, pues ya Hipócrates dá reglas para hacer el cateterismo de la laringe, como diagnóstico y tratamiento de aquéllos. Sin embargo, en vista de lo inútil que resultaba el cateterismo, la mayor parte de las veces, el tratamiento de elección quedó reducido al empleo de vomitivos, en espera de que el cuerpo saliera expulsado espontáneamente; cuando esto no tenía lugar, que solía ser casi siempre, se recurría á la suspensión del enfermo, de modo que tuviese la cabeza más baja que los pies, á fin de que el cuerpo extraño cayera por su peso al exterior; tratamiento irracional, que podía producir la asfixia por espasmo laríngeo, en el caso de que el cuerpo se aproximara á la glotis.

En el último siglo, antes de Jesucristo, Asclepiades de Bítinia practicó la abertura quirúrgica de la tráquea, salvando la vida de varios sujetos, según testimonio de Celio Aureliano. En el siglo segundo de la Era cristiana, Antyllus volvió á efectuar la traqueotomía con este objeto, sólo que, influido por Areteo, que proscribió la sección de los anillos traqueales, cortaba transversalmente la tráquea, entre el tercero y cuarto anillo, y la mantenía abierta con erinas, cuando era preciso.

En el siglo XVI, Fabricio de Aquapendente preconizaba los efectos salvadores de la traqueotomía, en casos de cuerpo extraño, ó de moco viscoso - decía -, y recomendaba la incisión vertical, que había de empezar por debajo del tercer anillo, para huir del cuerpo tiroides, así como la colocación de una cánula de plata, en sustitución de las erinas de Antyllus; pero no está demostrado que él la practicara. Habicot, en París, á princi-

plos del siglo XVII, fué el primero de los cirujanos modernos que la practicó en esa forma.

Pero, hay que llegar á Bretonneau (1825) para que la traqueotomía tome carta de naturaleza, en la cirugía de urgencia, en todo estado asfíctico, y especialmente en el tratamiento de los cuerpos aspirados.

La antisepsia, la hemostasia y la anestesia hicieron lo demás, para generalizar tal intervención, que desde aquella fecha, queda erigida en tratamiento de los cuerpos extraños de las vías respiratorias.

A fines del siglo XIX, época de furor operatorio, y bajo la guía, más ó menos segura, de radiogramas previos, llégase á abordar la tráquea y los bronquios, para buscar los cuerpos extraños, por traqueotomía y bronquiectomía transmediastinal, anterior y posterior, y hasta no se duda en efectuar verdade-

ras neumotomías. Pero, bien pronto hubieronse de abandonar tales atrevimientos quirúrgicos que según Lermoyez produjeron una mortalidad de 100 %.

Retrocédese á la salvadora traqueotomía, la cual vuelve á ser forzosamente el método preferido en el tratamiento de los cuerpos extraños de las vías respiratorias. El procedimiento consistía en provocar accesos de tos, que expulsaran el cuerpo extraño de las vías inferiores, á fin de cogerle al llegar á la tráquea, si es que no salía al exterior espontáneamente. Cuando ni uno ni otro caso sucedía, el cirujano limitábase á dejar abierta la tráquea, en espera de la expulsión, espontánea ó provocada en nueva tentativa; esto sí, por fortuna para el enfermo, el operador no se decidía á buscar el cuerpo extraño, introduciendo ciegamente una pinza ó un gancho por la herida traqueal.

Parece mentira que en tales casos no se le ocurriera al

operador intentar la extracción del cuerpo extraño bajo el dominio de la vista. Y si embargo, hasta los últimos años del pasado siglo á nadie se le había ocurrido cosa tan sencilla y factible.

B) - SEGUNDO PERIODO. El primer cirujano á quien se le ocurrió tal idea, y que la puso en práctica, fué PIENIAZEK (de Cracovia), hacia 1884 (1). Al principio fueron ensayos tímidos, con tubos estrechos y cortos - de 4 á 5 centms -, y uretroscopios de 10 á 12 centms; más tarde, estos ensayos se erigieron en tratamiento sistemático, de tal modo que en 1896 - un año antes de la publicación de Killian -, Pieniazek escribió un artículo (2), donde exponía la utilidad y empleo de la traqueoscopia directa, á través de la herida traqueal en los casos de cuerpo extraño en las vías aéreas, citando nueve observaciones

propias, de extracción de otros tantos cuerpos, á favor de una pinza y bajo la guía de la vista.

Pero á KILLIAN es, á quien debemos todo cuanto vale hoy día la traqueo-bronquioscopia directa, pues sin sus estudios anatomo-clínicos, y sin su investigadora audacia, quizá fueran todavía, durante muchos años, la terapéutica y el diagnóstico de los cuerpos extraños de las vías aéreas, tan pobres como veníanlo siendo hasta él.

Como preliminar indispensable á la exposición de los trabajos de Killian sobre traqueo-bronquioscopia directa, exponemos las fuentes donde tomara éste la idea de explorar, y aun manipular, en los bronquios de segundo y tercer orden.

Hélas á continuación, en riguroso turno de antigüedad:

EN 1859, el doctor ELFINGER, al observar, para dibujarla, la laringe de Czermak vió, con gran sorpresa, reflejada en el

laringoscopio, la bifurcación traqueal y el nacimiento de los bronquios (3).

Por la misma época, el Dr. SEMELEDER vió la bifurcación "accidentalmente, en una exploración hecha en un niño, que, teniendo en cuello rígido, había inclinado la cabeza hacia adelante, de modo que el ojo del observador se encontraba más bajo que la barbilla del enfermito,, (4).

Pero á STÖRK es, á quien debemos la divulgación de tal procedimiento de traqueoscopia indirecta, pues él fué quien verdaderamente preconizó y erigió como método preferente, para explorar la cara posterior de la laringe y de la tráquea y la bifurcación traqueal, el que accidentalmente permitió á Semeleder y á Elfinger observarlas. Dicho método debe pues llamarse de SEMELEDER-STÖRK, y no de Killian, como Strubing injustamente le denomina (5).

En 1861, pudo TURK, mediante tal procedimiento, llegar á ver lo que hasta entonces ningun observador había visto: los SEIS PRIMEROS ANILLOS DE LOS BRONQUIOS y aún más. "Yo he logrado explorar, decía, el bronquio derecho entero (*). Para esto es preciso hacer girar el espejillo, de modo que la bifurcación de la tráquea se encuentre, no en medio de la imagen, sino en uno de sus bordes,, (6). Turk fué pues el descubridor y fundador de la BRONQUIOSCOPIA INDIRECTA, así como Semeleder lo fué de la TRAQUEOSCOPIA INDIRECTA.

De donde deducimos que, en conjunto, la traqueo-bronquioscopia INDIRECTA veniase practicando ya, há larga fecha. Como medio de diagnóstico presta excelentes servicios, pero como método operatorio es poco menos que inútil, dada la violenta actitud

(*) - Indudablemente se referia Turk á su porción extra-pulmonar, pues el resto tiene ciertas curvas que ocultan su visión.

en que ha de estar colocado el operador respecto al paciente, para que la visión traqueo-brónquica sea posible; aparte de que no es factible en todos los casos y con todos los sujetos. Killian suele practicarla, como avance explorador, antes de hacer traqueo ó bronquioscopia directa; con dicho fin, "hace tomar al sujeto de exámen una actitud envarada, rígida, militar, la barbilla algo aproximada al esternón con una ligera inclinación de cabeza hacia delante. Colocado el espejillo en el velo del paladar, se ve la bifurcación traqueal y la porción inicial de los gruesos bronquios; basta entonces comunicar una ligera rotación á la derecha ó á la izquierda, á la cabeza del paciente, para llegar á ver hasta la primera división de cada bronquio.

La traqueo-bronquioscopia refleja es un gran paso, pero no nos hace adelantar mucho en el tratamiento de las afecciones de las vías aéreas. Si la visión directa del árbol respiratorio,

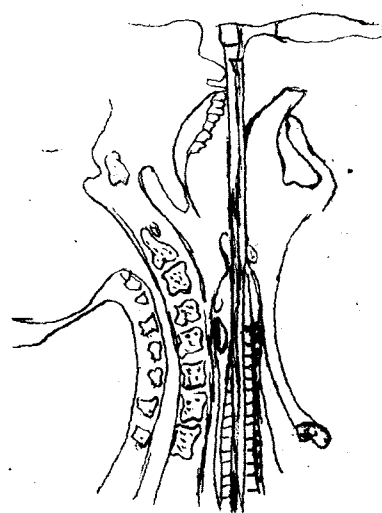
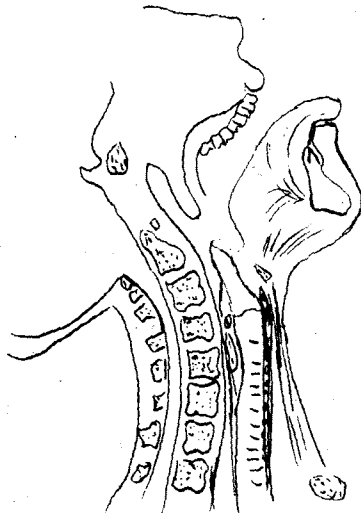
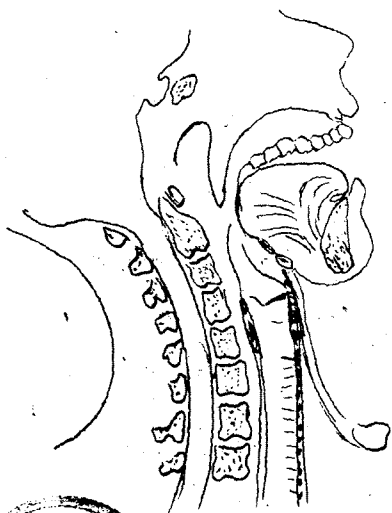


FIG. I



fuera posible!

Para que lo fuera, sería preciso que los conductos respiratorio y buco-faríngeo se continuasen en línea recta. Es esto fácil ? (V. fig. I).

El ángulo, casi recto, que forman las vías aereo-digestivas superiores, con la cavidad buco-faríngea, se hace cada vez más obtuso, á medida que se acentúa la extensión de la cabeza, de tal modo, que puede llegar á ser de 180° . La visión directa sería posible entonces, si no fuera por la lengua, cuya carnosa base hace prominencia, y oculta la visión directa de los órganos situados por debajo. Para vencer este obstáculo, era preciso introducir un tubo rígido que rechazase hacia adelante la lengua y la epiglotis, borrando, así, todo ángulo, y permitiendo por tanto la iluminación y exploración de los mencionados órganos.

Y, aquí nos encontramos ya con el comienzo de la historia

de la TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA, POR VIA NATURAL. La cual habia sido precedida en muchos años - unos treinta - por la ESOFAGOSCOPIA del mismo nombre.

En efecto, en 1868, KUSSMAUL (de Fribourg-en-Brisgau), intentó, por via de ensayo, la esofagoscopia, sirviendose del uretroscopio de Desormeaux, que ya contaba trece años de antigüedad. A favor de tal aparato, logró inspeccionar las paredes esofágicas del paciente y hacer el diagnóstico exacto de " carcinoma " que vió perfectamente en la parte media del esófago. Tal éxito, dióle ánimos para repetir el procedimiento, el cual perfeccionó, construyendo un aparato adecuado á la longitud y latitud esofágicas; un verdadero esofagoscopio.

En un "tragador de sables", el mismo Kussmaul demostraba, al poco tiempo, que era posible introducir en el esófago 43 onzas de tubo rígido, llegar al cárdias y aun penetrar en el estómago; to-

do esto si necesidad de herida alguna, y sin la más mínima lesión ulterior.

Los resultados obtenidos fueron expuestos á la Sociedad naturalista de Fribourg el 21 de julio de 1868.

Estos trabajos fueron continuados por el Dr Muller, quien sentó de un modo categórico el principio de que en todos los individuos de conformación normal, la introducción de un tubo recto en el esófago, á través de la boca, era siempre factible. (7).

Pero la iluminación era muy deficiente, y el procedimiento quedó abandonado, por el pronto, por no resultar práctico.

Doce años despues, MIKULICZ, le prohibió y en su memorable trabajo "Uber Gastroskopie und Esophagoskopie," publicado en 1881 (8) relata cómo, despues de sendos experimentos en el cadaver, hizo esofagoscopia directa en el vivo: primero, en un tragador de sa- bles y despues en varios pacientes cuyas observaciones cita. (*).

Sirvióse de tubos rígidos, rectos, especiales, que mandó construir á Leiter, y que, con muy pocas variaciones, son los que hoy se emplean, tanto en esofagoscopia como en traqueoscopia.

Introducía los tubos en el esófago con ayuda de un mandrin, que retiraba, una vez colocado el tubo, y que reemplazaba por un largo y delgado tallo metálico que llevaba en su extremo, de modo adecuado, un asa de platino, la cual ponía candente, dentro de una bomba de cristal; medio de iluminación asaz defectuoso, que no tardó en sustituir por las lámparas de Mignon, y más tarde por el pan-electroscopio de Leiter. Así pudo hacer exploraciones, tan admirables, que sus investigaciones acerca de la anatomía y fisiología del esófago, en el vivo, rectificaron muchos hechos, tenidos por inconcusos en la mayoría de los Tratados de Anatomía; así dió realidad clínica á una intervención, que casi estaba llamada á desaparecer de la terapéu-

tica quirúrgica.

Mas, á pesar de sus publicaciones y conferencias demostrativas, á pesar del entusiasmo de sus discipulos, Gottstein, von Hacker y Stoerk, - el último de los cuales da un gran paso en la facilitación de la técnica, haciendo la coainización previa de la via faringo esofágica -, á pesar de los sorprendentes diagnósticos, y á pesar de todo esfuerzo de divulgación la esofagoscopia no llegó á transponer los umbrales de Viena. Necesitóse el decurso de los años para que tan sencillísima é inocua intervención tomara carta de naturaleza en la terapéutica quirúrgica. A Rosenheim, á Kirstein, y sobre todo á Killian, débese gran parte de su adaptación al medio.

Ahora bien: en la práctica de la esofagoscopia surgió un hecho inesperado, que ha constituido el primer pilar en que después se basó la traqueo-bronquioscopia directa por via na-

tural. Examinaba HACKER un paciente de carcinoma esofágico, y al introducir el tubo esofagoscópico, deslizósele insensiblemente, en dirección de la laringe, hasta la tráquea; su sorpresa no tuvo límites; la posibilidad de introducir tubos rígidos en la tráquea estaba demostrada, y apresurose á comunicar el suceso á la Sociedad de Médicos de Junsbruck, el 14 de diciembre de 1891, (9).

Poco después, ocurrióles á Rosenheim y á von Eicken un hecho análogo, (10). Pero la verdad es que ninguno supo sacar partido de tal hecho.

Fué KIRSTEIN -1895- quien, vislumbrando el valor del examen directo de las vías respiratorias, emprendió una serie de trabajos que dieron por resultado la LARINGOSCOPIA DIRECTA, ó sea, lo que él llama con gran incorrección de lenguaje AUTOSCOPIA. Estos trabajos él mismo los resume en dos fases:

Primera fase. Introducía un tubo en el esófago y, acto continuo, otro en la laringe, con el que vió en el primer ensayo la tráquea y su bifurcación. En los siguientes experimentos suprimió el tubo previo esofágico, por que llegó á convencerse de su inutilidad. Pero, en todos estos ensayos, jamás pasó de la región glótica; asustóle lo atrevido de la exploración según él mismo confiesa: " me asustó la vecindad de la aorta, el ritmico latido de las paredes traqueales y la ignorancia de su resistencia „ (11).

Segunda fase. Kirstein abandona los tubos y adopta las espátulas, tomando por modelo la espátula pre-laríngea que Reichert habia fabricado, trece años antes, fundado en el principio de que la presión hacia adelante, sobre la base de la lengua, eleva la epiglotis, y permite la visión directa de la glotis. Kirstein modifica esta espátula varias veces, y déja-

la reducida definitivamente á un simple depresor lingual alargado y ligeramente curvo en su extremo laríngeo, que denomina Universalspatel.

He aquí su técnica, (12):

El enfermo ha de estar sentado, con el cuerpo algo inclinado hacia delante, la columna vertebral rígida, la cabeza en extensión forzada. Si se trata de un niño, se le colocará en decúbito dorsal, con la cabeza pendiente del borde de la mesa, y sostenido por un ayudante, - posición Rose -.

Es indispensable hacer anestesia local intensa, de la base de la lengua, velo del paladar, pilares epiglotis y vestibulo de la laringe, sin cuya condición suelen fracasar todas las tentativas. En los niños, se impone la anestesia con el cloroformo además.

Llenadas estas indicaciones, se procede á la introducción

de la espátula, haciendo presión hacia delante en la base de la lengua, de modo que el pico de aquella venga á colocarse entre dicha base y la epiglotis; generalmente basta la espátula pre-laríngea para hacer la inspección de la laringe y de la tráquea, pero si no basta, introdúcese la misma, ú otra análoga, por detras de la epiglotis para hacer presión directamente sobre su cara posterior; si aún así no se logra ver claro, es suficiente hacer girar ligeramente la cabeza del paciente, de modo que la espátula venga á corresponder al nivel de los molares. Esta última es la que Kirstein llama AUTOSCOPIA LATERAL, nombre y apellido que no pueden ser mas impropios, dicho sea de paso.

Para iluminar el campo usaba Kirstein , primero el espejo frontal ordinario, de foco largo, y después el mango de Kasper. Para las intervenciones, utilizaba su lámpara de re-

flector, ó fotóforo frontal, que más adelante describiremos.

El empleo de la LARINGOSCOPIA de KIRSTEIN fué un gran paso en la terapéutica de las vías aéreas. Pero, la mayor parte de los enfermos aceptaban de muy mala gana este exámen, según palabras del mismo Kirstein, á causa de lo molestisima que es la presión de la espátula y lo enfadoso de los movimientos reflejos que se producen, imposibles de evitar en totalidad, á pesar de la cocaina, que no puede llegar á anestesiar los tejidos profundos de la base de la lengua. Esto, unido á la afirmación del propio Kirstein que asegura "no ser posible la laringoscopia directa sino en un 50 % de los sujetos, y aun de este 50 % tan sólo en la mitad se puede practicar con perfección,, hace insustituible, en la práctica diaria, el sensillo método de Manuel Garcia.

No obstante la laringoscopia directa es muy ventajosa en

algunas ocasiones, sobre todo en los niños, en los que á menudo es muy difícil ver la laringe por via refleja á causa de su indocilidad y de la posición caída de la epiglotis.

Resumiendo: en lo que pudieramos llamar la proto-historia de la laringo-traqueo-bronquioscopia directa por via natural, hay que considerar dos hechos distintos, uno empirico y otro racional, que, en feliz combinación, diéronla origen.

El primero, causal, que demostró la posibilidad de introducir tubos rígidos y rectos en la tráquea, por via bucal, fué la falsa maniobra esofagoscópica de von Hacker.

El otro, científico, audazmente intentado y repetido por Kirstein, dió por resultado la conquista, palmo á palmo, de la laringo-traqueoscopia directa.

Una vez en el buen camino, no habia que hacer sino seguir avanzando; el último y definitivo paso diólo, -sin temor alguno

hacia todo aquello que habia hecho detener á Kirstein en sus investigaciones traqueoscópicas, - KILLIAN (de Fribourg, como aquel otro maestro fundador de la esofagoscopia directa: Kusmaul), introduciendo á traves de la glotis, previamente anestesiada, un tubo recto, que deslizó por la tráquea todo lo que permitió la longitud del mismo; mediante el cual vió claramente la bifurcación traqueal, la porción inicial de los gruesos bronquios, é inclinando ligeramente la parte exterior del tubo hacia la comisura bucal, izquierda ó derecha, respectivamente, logró ver el bronquio derecho ó izquierdo, en gran parte de su extensión. Pero, no satisfecho lo bastante su insaciable espíritu investigador, intentó ir más allá.

Los bronquios emergen de la tráquea, el derecho en un ángulo de 25° y el izquierdo en uno de 45°; además presentan normalmente ciertas curvas. Era preciso que tanto aquéllos como éstas

desaparecieran, para que la visión brónquica fuera factible; ¿y esto, era posible?. ¿No sería una locura intentar la rectificación ó enderezamiento de las distintas y tortuosas ramificaciones del árbol aéreo?.

Este problema logró preocupar á Killian, pero las nociones que adquirió, con el estudio de una buena preparación anatómica del árbol bronquial, diéronle ánimo para resolverlo de plano. En primer lugar, el espesor, la dureza, la solidez de las paredes cartilaginosas de los bronquios, mucho más resistentes que las paredes del esófago, y aun que las de la misma tráquea; en segundo lugar, la gran facilidad con que se desplazan durante la respiración, debido á que sólo están fijos por su extremo superior, puesto que sus ramificaciones en el blando tejido pulmonar les consiente amplitud de movimientos, eran condiciones abonadas para que la bronquioscopia profunda pudiera llegar á ser

un hecho. Después de repetidos ensayos en el cadáver, Killian adquirió el convencimiento de su posibilidad práctica.

Y en efecto, EL 27 DE MARZO DE 1897, fecha memorable en los fastos de la ciencia laringológica, el infatigable maestro logró extraer, por traqueo-bronquioscopia estomatodial, un cuerpo extraño alojado en el bronquio principal derecho de una mujer de 63 años de edad, que soportó admirablemente la intervención, hecha sin dificultades ni protestas de ninguna clase, y que al siguiente día se puso en camino para volver á su casa. (13)

La exploración directa por vía bucal ~~de los distintos segmentos del árbol respiratorio~~ de los distintos segmentos del árbol respiratorio, quedó, desde este momento, como intervención regulada y posible, dentro del campo de la terapéutica operatoria. La traqueo-bronquioscopia directa, por vía natural, estaba fundada; era un hecho.

Mezcla de admiración y duda suscitó, en el mundo médico,

tal descubrimiento; sin embargo, todo él rindióse ante la evidencia; y bien pronto Schrotter, Pieniaseck, von Eiken, Lermoyez, Guisez y Moure, se encargaron de dar viabilidad y divulgar por el orbe científico el nuevo método. Hoy día se cuentan por cientos las traqueo-bronquioscopias hechas por diferentes motivos; por cuerpos extraños, en las vías aéreas, la mayoría de ellas. En la parte de esta Memoria en que tratamos de estadística encuéntranse los casos que he podido recoger, por estar publicados.

Como veremos, la traqueo-bronquioscopia ha venido á llenar un gran vacío en la terapéutica operatoria de las vías aéreas, sobre todo en casos de cuerpo extraño, donde ha sustituido, afortunadamente, á toda maniobra ciega, y donde ha evitado muchas traqueotomías, quizá algunas broncotomías, y con seguridad bastantes defunciones. ¡ Quién sabe si en el porvenir será el pro-

cedimiento de elección en el diagnóstico y tratamiento de gran número de afecciones, tanto médicas como quirúrgicas, de las vías respiratorias !.

No queremos dar á entender con esto que siempre y en todas ocasiones, debe sustituir la traqueo-bronquioscopia, á toda otra intervención reconocida como buena, ó indicada en determinados casos, v.gr. la traqueotomía; lejos de eso, somos ecléticos, y creemos que muchas veces, en lugar de contraindicarse se completan ambos métodos: Antes de que se pudiera concebir siquiera que fuese posible la traqueoscopia por vía natural, ya Pieniazeck (') hacia traqueoscopias, á traves de la herida traqueal, en los traqueotomizados. Es verdad que fueron ensayos muy tímidos, según ya expusimos en su lugar, pero despues del

(') V. - pag. 8.

descubrimiento de Killian, Pieniaseck no dudó en llegar hasta la bronquioscopia de segundo y tercer orden, pasando los tubos bronquioscópicos de Killian á través de la herida traqueal.

La traqueobronquioscopia directa, puede hacerse pues, siguiendo dos caminos:

- a) - Por via natural ó bucal.
- b) - Por via artificial ó traqueal.

A la primera forma de traqueo-bronquioscopia se la denominó superior, y á la segunda, por contraposición, inferior.

Mi querido Maestro el Dr. Don A. G. Tapia, propuso, hace años, con gran acierto, las palabras estomatodíal (de stoma, boca) y traumatodíal (de trauma, herida y odos, via), para sustituir á las incorrectas de superior é inferior con que se apellida el procedimiento traqueo-bronquioscópico respectivo. De la misma manera, propone la denominación de bronquioscopia en

vez de broncoscopia. (14)

De modo que en vez de decir como algunos:

Broncoscopia superior é inferior, debe decirse bronquioscopia estomatodíal y traumatodíal, respectivamente.

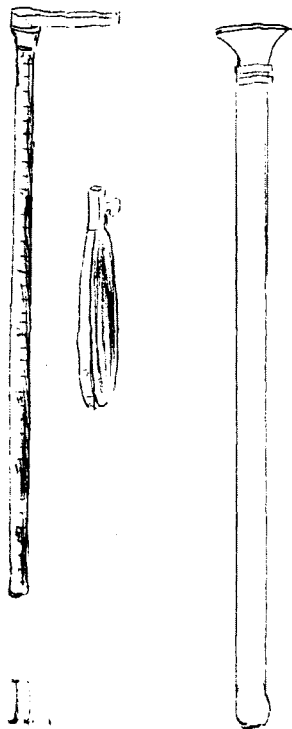
Tambien pudiera decirse bronquioscopia bucal y cervical, pero esto es muy poco correcto; nos parecen más propias las denominaciones propuestas por Tapia.

De acuerdo con la manera de pensar de nuestro maestro, no emplearemos en el decurso de nuestra Memoria, otras palabras que las de estomatodíal y traumatodíal, que ya han tenido feliz éxito, entre la mayoría de los laringólogos del orbe (15).

II - INSTRUMENTAL.

Nacida de la esofagoscopia, y cuando ésta se encontraba ya en pleno desarrollo, la traqueobronquioscopia no tuvo necesidad de seguir, paso á paso, la serie de transiciones por las que pasaron, tanto los tubos esofagoscópicos como los aparatos de iluminación: todo se lo encontró hecho. Porque en efecto, con ligerísimas variantes referentes, mas que á nada á su calibre y longitud, los que se emplean en traqueo-bronquioscopia son los mismos tubos, rígidos y rectos, que definitivamente veníanse empleando en la esofagoscopia; en cuanto á las fuentes de iluminación tambien son las mismas.

Hablaremos primeramente de los tubos, trataremos despues de los aparatos de iluminación.



Figs II.

A) - TUBOS TRAQUEO-BRONQUIOSCOPICOS. - Los modelos aceptados en la práctica, distintos en nimios detalles, son, en cuanto al principio fundamental, ligeras modificaciones del tubo esofagoscópico de Mikulicz: todos son metálicos - de metal blanco -, rectos, cilíndricos, de paredes delgadas y lisas, de las cuales la exterior, bruñida para facilitar el deslizamiento, lleva grabada una escala numerada en centímetros, á partir de su extremo inferior. (Fig. II).

Los tubos de MIKULICZ, cilíndrico-circulares, tienen su extremo inferior cortado en bisel, y el superior algo ensanchado en forma de embudo. El interior está barnizado de negro. Para adaptar el aparato iluminador -mango de Casper-, construyó Mikulicz una pieza intermedia metálica, que añadió al electroscopio de Casper, y que enchufa, á bayoneta, en un rodete de

caucho, que lleva á su vez el extremo superior del tubo esofagoscópico.

Los tubos de VON HACKER sólo difieren de los de Mikulicz en que su extremo inferior no está cortado en pico de flauta, sino en sección ortogonal; el objeto de esta modificación, según su autor, es evitar la escasa iluminación de las superficies oblicuas, pero la verdadera ventaja es la de no lesionar las paredes tráqueales - ó esofágicas - con el pico del bisel, poco visible á ciertas profundidades. El extremo superior carece de la pieza intermedia de Mikulicz, y en su lugar tiene un sencillo mecanismo para adaptar el pan-electroscopio de Leiter.

La longitud que da á los tubos es de 19, 30, 45 y 50 cmts. y el calibre de 9 á 14 mm. de diametro.

Tubos de KILLIAN. - Son circulares tambien, niquelados in-

terior y exteriormente; su extremidad inferior, de sección recta, es roma y de bordes ligeramente doblados hacia dentro. Su extremidad superior lleva soldada una pieza cilíndrica, en forma de cubeta, y de calibre un poco superior al del tubo, de la cual arranca perpendicularmente un vástago metálico en forma de estrecho diapasón - de 5 mm de ancho, por 50 mm de largo - que sirve para enchufar el mango iluminador de Casper, ó el ad hoc construido por Killian para los casos en que se ilumina el campo con la lámpara frontal de Kirstein.

Longitud de los tubos: 20, 25, 30, 35, 40, 45 y 50 cms.

Calibre: Para niños, de 5 á 9 mm; para adultos, de 9 á 14 mm de diámetro.

Los tubos modernos, de una longitud mayor de 35 cms. van fenestrados desde dicho centímetro, á contar de la extremidad superior; á fin de no impedir la hematosiis de un pulmon mien-

tras se está haciendo la bronquioscopia del otro.

Con el objeto de hacer un exámen previo, rápido, fácil y cómodo, de las vías aéreas superiores, tiene también Killian tubos espátulas, cortos, de calibre vario, á propósito para las distintas edades, algunos de ellos desarticulables, á fin de que puedan servir de conductores á otros tubos más largos - y naturalmente más estrechos - colocados los cuales, pueden retirarse aquéllos, separando las dos valvas laterales de que constan tubo y mango.

Tubos de STARK. - En vez de ser cilindrico-circulares como todos los expuestos hasta ahora, son cilindrico-ovales (de sección recta oval), lo cual tiene la ventaja de aumentar el campo visual sin ensanchar el área de su calibre.

El diámetro transversal mayor de tales tubos es de 12, 13, 14, 15, 16 y 17 mm.

Tienen tambien la particularidad de tener los números de la escala grabados al revés, de modo que puedan ser leídos por el mismo operador.

Tubos de GUISEZ. - Característicos, tienen una dilatación ampular en su extremidad inferior, á 3 mm. de su borde, que á su vez se encuentra redoblado hacia dentro; de este modo se deslizan mejor, sobre la glotis en particular, sin que por esto disminuya en nada el campo visual. La extremidad superior está ensanchada en forma de embudo, de un diámetro máximo de 3 á 4 cmts. "para recoger bien los rayos luminosos nacidos del aparato iluminador, y dirigibles así hacia el interior del tubo,, (1). Para que el embudo no refleje la luz hacia los ojos del observador, está pintado de negro mate, pero la superficie interior del tubo propiamente dicho está cuidadosamente pulimentado.

A favor de una doble garganta, escabava inmediatamente debajo del embudo supradicho, pueden fijarse los tubos por simple presión á un fuerte mango de triple abrazadera.

Tienen como Killian dos series de tubos: para niños y para adultos.

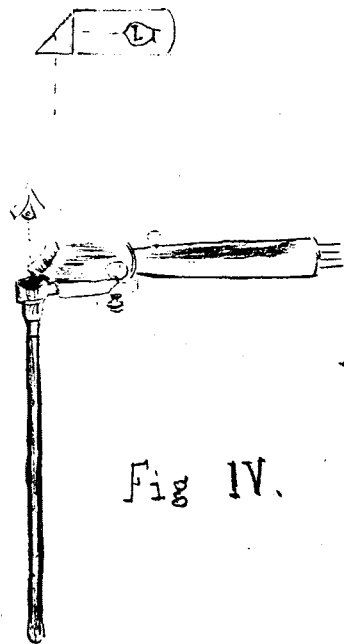
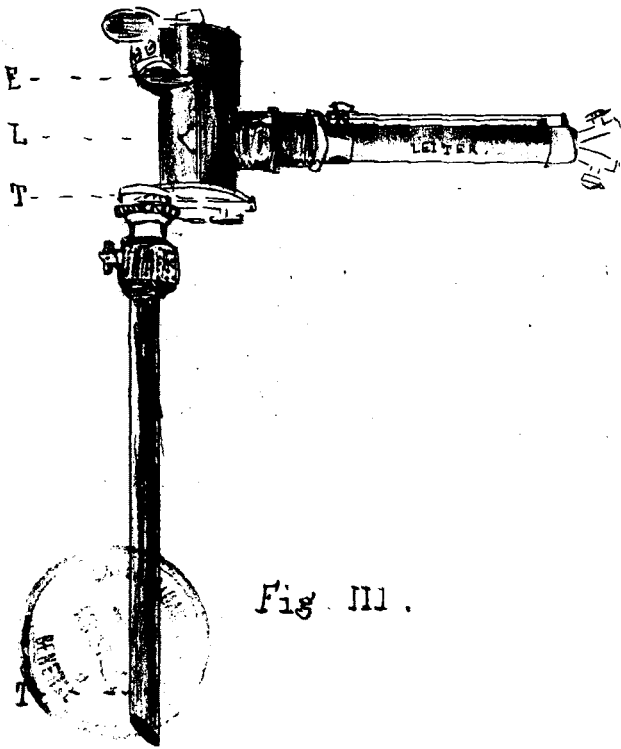
Los más cortos - de 10 á 20 cmts. - tienen su extremidad inferior cortada en bisel muy oblicuo, de modo que puedan servir de tubos-espátulas para la laringoscopia directa,

Los más largos - de 48 cmts. en adelante - presentan algunos centímetros antes de su extremo inferior, una ventana lateral de forma oval, que permite la respiración de la parte de pulmon hacia la cual está vuelta; y en caso de obstrucción completa de uno de los bronquios gruesos, por un cuerpo extraño, v.gr., deja al otro bronquio el cuidado de asegurar la respiración.

B) - APARATOS DE ILUMINACION. - Para que una iluminación, sea perfecta, se necesitan dos condiciones, además de un foco de suficiente intensidad: primera, que los rayos luminosos emerjan paralelos; sólo así un campo visual lejano puede estar bien iluminado; segunda, que los rayos luminosos y los visuales tengan la misma dirección.

Los rayos reflejados con cualquier espejo cóncavo, de los usuales en la práctica corriente - reflector frontal, espejo de Clar - no pueden servir para la iluminación lejana, por no llenar la primera condición: son convergentes.

Los aparatos de iluminación llamada directa, que van colocados en el fondo de los tubos endoscópicos, tampoco pueden servir gran cosa, porque no llenan la condición segunda: los rayos que parten del foco y van á iluminar el órgano, forman un ángu-



lo más ó menos agudo con los que parten del órgano y van al ojo del explorador; ángulo que justamente llama perjudicial Lermoyez.

Por el contrario, el pan-electroscopio de Leiter, el mango de Casper, la lámpara de Kirstein y el aparato de Guisez, reúnen las condiciones exigidas; de ahí su empleo en laringo-traqueo-bronquioscopia. Preferencias individuales y ocasionales han ido postergando ó ensalzando ya unas, ya otras fuentes de iluminación.

PAN-ELECTROSCOPIO DE LEITER (fig. III). - Una lamparita eléctrica L, envía sus rayos al espejo plano E, y éste los refleja en haz paralelo al aditamento tubular T destinado á ser enchufado al extremo superior del traqueoscopio.

MANGO DE CASPER (fig. IV). - Un prima, cuya sección es un triángulo rectángulo isosceles, se encarga de reflejar parale-

lamente entre sí, los rayos que procedentes de la lamparita L van á incidir sobre la hipotenusa en ángulo de 45°. El todo va dentro y en el extremo de un tubo opaco, que es el propio mango. Este mango se adapta al traqueoscopio, mediante mecanismos ya explicados, de modo que la cara descubierta del prisma mire hacia el interior del tubo; para que la intensidad luminosa sea suficiente, es preciso que el prisma ocupe la mitad de la luz del tubo traqueoscópico. Esto es un inconveniente, á veces, por disminuir así el campo operatorio; mas para fines de observación y diagnóstico, este aparato tiene realmente un valor positivo.

LAMPARA DE KIRSTEIN (fig. V). - Reune las ventajas del aparato de Casper, sin tener los inconvenientes de disminuir la luz del tubo, no mancharse con las mucosidades del árbol respiratorio; en cambio, requiere cierto hábito de mirar á

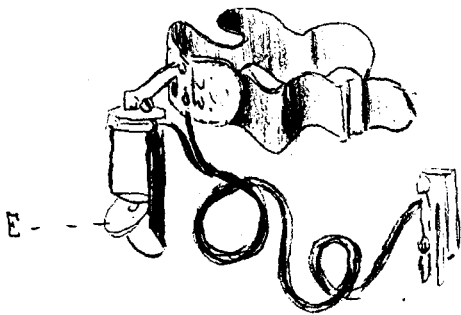


Fig V.



Fig VI.

traves de una perforación pequeña y con un solo ojo.

Se compone, en su esencia, de una lamparita eléctrica de 12 á 16 woltios encerrada en un tubo corto, ancho y opaco, en uno de cuyos extremos hay una lente que concentra los rayos de aquélla, y los dirige al espejo circular y plano E, que, á su vez, por estar inclinado 45° , envia los rayos al eje del tubo de exámen; un orificio central, que tiene el espejo, da paso á los rayos visuales. El todo se sujeta á la frente mediante una faja.

Como el aparatito se calentaba demasiado, modernamente le han hecho un revestimiento de amianto.

Aparato de GUISEZ (fig. VI). - Carece de reflector. Tres lamparitas eléctricas, de 8 woltios, estan fijadas en una placa circular, ennegrecida y provista en su centro de un orificio de 3 á 4 mm. de diámetro. Cada lámpara está encerrada en

un tubo opaco y circular, una de cuyas bases es la placa, y la otra va provista de una lente, que se puede aproximar ó alejar de modo que siempre caiga su foco sobre la lamparita respectiva, á fin de que los rayos emitidos salgan paralelos. Los tubos, á su vez, pueden converger ó separarse entre si, merced á una charnela y á un tornillo sin fin.

El aparato se fija á la cabeza del operador mediante un muelle metálico antero-posterior.

Quizés dice que su aparato no se calienta, gracias ál debil voltage de sus lámparas, ni fatiga el ojo del observador, por enviar directamente sus rayos en dirección opuesta al orificio de mira, y que es tan potente, como el de Kirstein.

Las lamparitas usadas en endoscopia, ofrecen una resistencia que varia entre 7 y 25 ohmios; necesitan una fuerza electro-

motriz de 7 á 12 voltios, con una intensidad de 0,5 á 1,5 amperios.

Que fuentes de electricidad debemos preferir para la endoscopia ?

Dejando aparte disquisiciones teóricas, he aquí un

CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIVERSAS FUENTES DE LUZ ENDOSCOPICA.

<u>V e n t a j a s .</u>	<u>I n c o n v e n i e n t e s .</u>
Pilas.....) Uso en poblaciones) donde no hay alum-) brado eléctrico.	(Polarización.-Limpieza molesta.Desgaste de zines y de liquido con aminoramiento proporcional de potencia. (Precio muy elevado.
Acumuladores) Se pueden transpor-) tar adonde no haya) alumbrado eléctrico.	(Peso extraordinario.-Se descargan en atmósfera húmeda.Hay que transportarlos para volverlos á cargar.-No se pueden usar en poblaciones distantes de donde haya fluido.-Sólo sirven para corriente continua, ó solo para alterna. (Precio muy elevado.
Cuadros para endoscopia.) Se adaptan á la corriente urbana.-) Siempre dispuestos á funcionar.- Luz constante.-Regulación perfecta:	(Dificilmente transportables.-No sirven donde no haya fluido. (Precio muy elevado.
Reostato de TAPIA.) Se adapta á cualquier lámpara del alumbrado.:Siempre dispuesto á funcionar.-Luz constante.) Regulación perfecta.) Transporte facilísimo.-Precio mucho menor que todos los demás.	(No sirve donde no haya fluido.

C) - INSTRUMENTAL ACCESORIO. - Puede decirse que cada caso requiere un instrumental accesorio adecuado.

Conviene tener ante todo una docena, ó dos, de estiletes largos y rectos de alambre fino, con paso de rosca en un extremo, para poderles fijar sólidamente torundas de algodón con que secar y limpiar el campo operatorio. Es necesario, muchas veces tambien la bomba aspirante de Killian, para dejar en seco un territorio bronquial lleno de moco-pus.

Y lo más principal, toda una colección de aparatos extractores, tales como erinas, pinzas, etc., que han de reunir las condiciones de ser muy delgados, á fin de no impedir la visión, muy resistentes para que no se rompan, y de longitud suficiente. Guisez ha fabricado un aparatito, con el que dice haber obtenido muchos éxitos, que él llama paraguas extractor, porque tiene la forma de un esqueleto invertido de paraguas cuan-

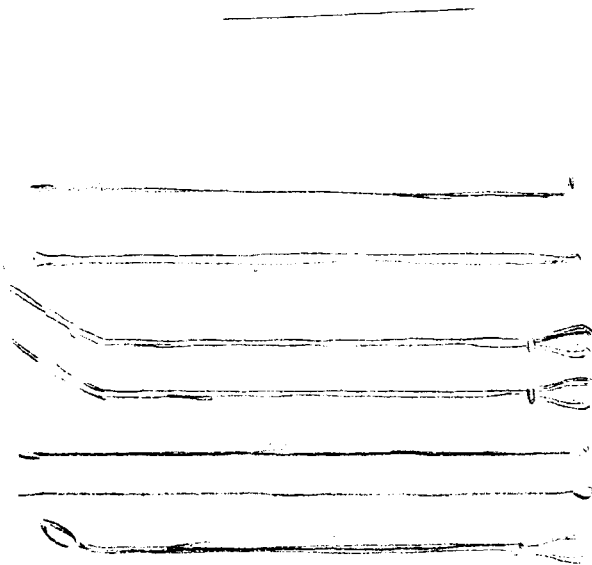
do sale, á voluntad del operador, del vástago delgado que lo encierra.

Stoerk, Kacker, Killian, Pieniazeck, Tapia, etc. todo autor de varias traqueo-bronquioscopias ó esofagoscopias, ha necesitado, en cada caso, determinado aparato extractor; los modelos son tantos por lo menos como los traqueo-esofagoscopistas.

Es conveniente tener preparado un asa galvanocautística de largo tallo, por si se necesitara, para seccionar un cuerpo extraño demasiado grande, y poderlo así extraer á fragmentos.

Para los cuerpos extraños metálicos, se hace uso frecuente del electro-iman; un electro-iman especial, potente, compuesto de un largo tallo de hierro dulce, cuya extremidad inferior está rodeada de varias espirales de hilo fino por las que pasa la corriente y cuya otra extremidad tiene los topes destinados á recibir los reóforos. El hilo está oculto bajo una envoltura

metálica, siendo así posible la esterilización del instrumento..



III - TECNICA.

La traqueo-bronquioscopia puede practicarse introduciendo el tubo traqueo-bronquioscopico:

- a) - Por via natural ó bucal: ESTOMATODIAL.
- b) - Por via artificial ó traumática, abierta en el cuello por traqueotomia: TRAUMATODIAL.

- a) - LARINGO-TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA ESTOMATODIAL.

Al tratar de la historia de la traqueo-bronquioscopia, hablamos incidentalmente de la laringoscopia directa, inventada por Kirstein, á la que impropriamente denominó autoscopia. Y allí dijimos que apenas si se usaba á causa de lo molesto que resultaba á los enfermos, la latitud y la presión de la espá-

tula laríngea de tal autor. Mas hoy día, gracias á las modificaciones de Killian, la laringoscopia directa es un hecho usual, primer escalon, á veces, de una ulterior traqueo-bronquioscopia. He aquí el manual operatorio de la

LARINGOSCOPIA DIRECTA. - Anestesia: debe hacerse siempre; las fauces, la base de la lengua, la región epiglótica, la supraglótica, y aun la glotis misma, deben cocainizarse ó mejor estovaino-adrenalizarse con ó sin la ayuda del laringoscopio. Los alemanes emplean la cocaína al 20 %, pero tal concentración es peligrosa; Stark, por la menor toxicidad y sabor menos desagradable, utiliza la eucaina B al 3 %. Tapia usa bien la stovaina al 10 %, adrenalizada, bien una mezcla de cocaína y stovaina (una parte de la primera, por dos de la segunda). A los niños y á los histéricos, que son de difícil manejo, hay que darles un anestésico general, de preferencia el clo-

roformo.

P o s i c i ó n : La posición sentada del paciente es la más cómoda, para el exámen directo de la laringe, en los adultos. El enfermo, colocado en una silla baja, con la cabeza fuertemente echada hacia atrás, saca la lengua cuanto puede; el operador introduce el tubo-espátula, - debilmente calentado - de modo que el pico del bisel quede hacia adelante, ya por la línea media, ya por una comisura labial, que en la actitud de extensión forzada de la cabeza, ligeramente inclinada, corresponde encima de la laringe. Naturalmente, el tubo-espátula va provisto de su aparato iluminador, á no ser que se use el de Guises ó el de Kirstein que mantiene el operador sujeto á su frente.

De todos modos, la vista debe guiar la introducción del tubo-espátula de manera que se vaya viendo el fondo de la boca,

el dorso de la lengua, el velo de paladar, la úvula, la parte posterior de la faringe...; al llegar aquí, el operador hace bascular suavemente el tubo-espátula hasta que descubre la epiglotis. Entonces introduce unos milímetros más el tubo-espátula, continuando siempre el enderezamiento del mismo, hasta que cargue, por decirlo así, la epiglotis, y llegue á ver los aritenoides y la glotis; se ordena ahora al paciente la emisión de distintas vocales para ver el juego de las cuerdas y se le dice asimismo que haga una serie de profundas inspiraciones. De este modo se ve claramente la región sub-glótica, parte ó toda la tráquea, y aun el origen de los bronquios.

Si el cuerpo extraño radica en la porción de vías respiratorias visibles, puédese intentar su extracción. Mas lo general es que la laringoscopia directa se use tan solo para la extracción de los cuerpos extraños endo-laríngeos.

TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA. - Anestesia: igual que para la laringoscopia directa, sólo que, como los tubos deben pasar la glotis, hay que anestesiar ésta, la región subglótica, y hasta la porción superior de la tráquea; ya aprovechando el tubo-espátula, si se ha empleado, ya con ayuda de un porta-algodón laríngeo baja la guía del laringoscopio. No se intentará la introducción del traqueoscopio, hasta que la sensibilidad local esté abolida, lo que conoceremos á favor de toques con un estilete laríngeo uatado.

Posición: Dos son las posiciones en que podemos colocar al enfermo para hacer la traqueo-bronquioscopia directa por via natural:

1) - Sentado; como ya expusimo más arriba. Es la preferida por Killian, para individuos adultos. VENTAJAS de esta posición: comodidad para el operador, facilidad de introducción del tubo

traqueoscópico, y sencillez de método; además, el enfermo no se alarma tanto. **INCONVENIENTES:** no es posible la cloroformización, no se puede hacer una larga exploración, y no se puede limpiar bien el campo visual si hay abundante cantidad de moco-pus.

2) - Decúbito supino. Muchas veces es la preferible: Se hace que la cabeza del paciente cuelgue fuera de la mesa (posición Rose), y sea así sostenida por un ayudante, ó por un aditamento especial - que posee la mesa de Killian -. Los hombros del enfermo deben estar levantados por una almohadilla. **VENTAJAS** de esta posición: gran comodidad para el paciente y para el operador, permite la anestesia general, y permite así mismo las exploraciones y manipulaciones largas y difíciles. **INCONVENIENTES:** el enfermo se afecta algo más, y la introducción del tubo es más difícil.

Si el operador es hábil, la posición preferida será la de

recúbite, porque da mayores facilidades de manipulación y porque fatiga menos al paciente, que puede soportar así una intervención hasta de una hora y más. Per, si el operador es principiante, ó el enfermo es difícil de traqueoscopizar la posición preferida será la sedente. En los niños é histéricos, que exigen anestesia general, la posición será indudablemente la de decúbite.

E l e c c i ó n d e t u b o : Se hará con arreglo al calibre de la glotis del paciente y de la vía aérea que se va á explorar, y segun la profundidad á que se encuentre el cuerpo extraño, pues dado lo difícil que es iluminar una superficie lejana á través de tubos largos y estrechos, estos deben ser lo más ancho y cortos posibles.

Es pues indispensable, antes de introducir los tubos, tener noción exacta de las dimensiones de la glotis y de la tráquea del

paciente.

Segun MOURA la glotis de un hombre adulto mide, término medio, unos 23 mm en sentido antero posterior, por 12 mm en sentido transversal, al nivel de los aritenoides, en la inspiración forzada. Tiene un área pues de 156 mm^2 (producto de $\frac{1}{2}$ de la base por la altura: área de un triángulo), que corresponde á la de un círculo cuyo diámetro fuese de 14 mm ($2R=2\sqrt{\frac{A}{\pi}}$), y aunque es susceptible de dilatación, los tubos traqueoscópicos no deben pasar de este diámetro, que por otra parte es más que suficiente. En la mujer, la glotis es $\frac{1}{3}$ más pequeña, de área, y los tubos habrán de ser, por consiguiente, un poco más reducidos de calibre: de 11 á 12 mm de diámetro. En cuanto á la glotis de los niños, sumamente estrecha, apenas si deja pasar un tubo de 7 á 8 mm de diámetro, por lo que si son muy pequeños, se hace siempre traqueo-bronquioscopia traumatodial.

Segun LEJARS, el diámetro de la tráquea, en el vivo, en un hombre adulto, es de unos 12 mm en su parte más superior, y de unos 11,5 mm al nivel del sexto anillo, que es el punto de calibre mínimo. En el cadaver, las dimensiones son un poco mayores debido al estado de relajación de la pared posterior, muscular, de la tráquea: 18 mm calibre máximo, por 17,5 mm calibre mínimo. Y aunque nosotros podemos llegar á obtener, mediante anestesia general, un estado de relajación de la tráquea casi análogo al cadavérico, las cifras que debemos tener en cuenta son las primeras, si bien podemos y debemos contar con las segundas, cuando sea necesario. La tráquea de la mujer, más estrecha que la del hombre, permite sin embargo la introducción de tubos de 11 y aun 12 mm de diámetro. MARC SRE da las siguientes cifras medias del diámetro traqueal infantil: recién nacido, 4,12 mm á 5,6 mm - niño de un año, 6 mm - niño de dos años, 7,5

á 8 mm - niño de cuatro á siete años, 8 mm á 10 mm - niño de ocho á diez años de 11 á 12 mm . Pero estas cifras estan tomadas en el cadaver; en el vivo son un poco menores.

En resumidas cuentas, en la traqueoscopia se emplearán:

Para	niños	menores de un año	tubo de	5 mm de diámetro
"	"	hasta de tres años	" "	7 " "
"	"	de 4 á 7 "	" "	8 " "
"	"	hasta de 15 "	" "	9 " "
"	adultos	(mujeres)	" "	11 á 12 "
"	adultos	(hombres)	" "	12 á 14 "

En cuanto á la longitud del tubo, habremos de tener en cuenta: 1° - El sitio del cuerpo extraño en el arbol respiratorio, 2° - La longitud de la tráquea, variable segun la edad y sexo; y 3° - La distancia de la arcada dentaria al origen de la tráquea.

Lo primero podemos conocerlo, ya por radioscopia ó radiografía, si el cuerpo extraño es opaco á los rayos X y su som-

bra no coincide con la de alguno de los huesos de la caja torácica, ya por un exámen previo al laringoscopio - método de Se-meleder= Störk -, ya por una anterior exploración directa.

Lo segundo nos lo da la anatomía: la tráquea tiene una longitud media de 12 cmts en el hombre, de 9 á 10 cmts en la mujer, de 6 á 8 cmts en el niño, y de 4,5 cmts en el recién nacido; depende sobre todo de la estatura del sujeto.

Y en cuanto al último punto, puede fácilmente calcularse en cada caso; la distancia en línea recta de la parte media de la arcada dentaria al origen de la tráquea es de unos 14 á 15 cmts en el adulto.

Por tanto, un tubo de unos 25 cmts de largo bastará para hacer traqueoscopia estomatodíal en un adulto, y uno de 15 á 20 cmts para la de un niño; de ahí que en estos baste con el tubo-espátula de Killian.

Para hacer BRONQUIOSCOPIA son precisos tubos más largos y más estrechos, tanto más cuanto más profundo se halle el cuerpo extraño. He aquí los diámetros que hay que tener en cuenta

Arbol bronquial.....	Derecho.	Izquierdo.
Antes de dar colaterales	14 mm	11,6 mm
Después de emitir la 1ª	12 "	- "
" " 2ª	9,6 mm	10,1 "
" " 3ª	7,2 "	7,7 "
" " 4ª	5,8 "	6,4 "
" " 5ª	4,6 "	5,3 "

Estas cifras se refieren al hombre adulto(en el cadaver). En el vivo son algo menores, así como en la mujer.(Aeby).

Manual operatorio. Una vez decidida la posición del enfermo, anestesiado éste, y elegido el tubo traqueoscópico, no hay sino introducir éste siguiendo las reglas dadas para la introducción del tubo-espátula de Killian, al tratar de

la laringoscopia directa.

Es conveniente tener cogida exteriormente la laringe con la mano izquierda, para evitar su desplazamiento, y para que nos sirva de punto de referencia en la introducción directa del tubo, que se hará siempre, como ya dijimos, bajo el dominio constante de la endoscopia. Cuando se está seguro de la buena dirección del tubo y cuando éste ya ha llegado á la epiglotis, retirase la mano izquierda de la laringe y se introduce en la boca del paciente de modo que el dedo índice pase por detrás de la base de la lengua y llegue hasta el seno piriforme izquierdo; este dedo índice es el que ha de dar el éxito á nuestras maniobras. En efecto, merced á él guiamos el extremo inferior del tubo, de modo que mediante un ligero movimiento de báscula venga á rechazar hacia adelante la epiglotis y base de la lengua; para que este tiempo operatorio sea posible es preci-

so que el tubo no se halle detenido por la arcada dentaria superior; he aquí porqué es conveniente introducirle por una de las comisuras labiales, la cabeza del enfermo rotada lo suficiente.

Una vez efectuado este tiempo, y sin retirar todavía el índice izquierdo, no hay sino seguir introduciendo lentamente el tubo, siempre bajo el dominio de la vista, hasta que la glotis llegue á verse en toda su extensión, sobre todo la comisura vocal anterior, que nos indica que el tubo ha basculado lo suficiente para no tropezar con el saliente piriforme de los aritenoides. Llegado á este punto y previa nueva coqueización mediante el estilete untado, si es preciso, se ordena al enfermo que efectúe una inspiración profunda, y al instante se franquea la glotis en un solo tiempo.

Anestesiando localmente, cada vez más lejos, puede introdu-

cirse el tubo hasta la bifurcación traqueal sin más que empujarle suavemente, sin producir el más ligero movimiento de protesta por parte del individuo, si la anestesia local se ha hecho bien.

Para la introducción del tubo en los bronquios la posición de decúbito es indispensable:


El tubo ha llegado ya al espolón traqueal; para franquear el ángulo bronquial, basta inclinar hacia el lado opuesto el extremo superior del bronquioscopio y empujar suavemente éste. El tubo penetra fácilmente en el bronquio, el cual, gracias á su movilidad y elasticidad se va adaptando á la forma rígida de aquel. Aunque esté el enfermo cloroformizado, es necesario ir anestesiando localmente la mucosa bronquial si se quiere evitar molestos reflejos, que la narcosis más profunda no llega á abolir.

Como el bronquio derecho emana en ángulo muy abierto de la

tráquea, de modo que viene á ser su continuación, este tiempo operatorio descrito es más fácil de ejecutar en tal bronquio; pero por otra parte también es el bronquio en que más á menudo hay necesidad de intervenir con motivo de cuerpos extraños en él alojados, por las razones supradichas.

Es de advertir que la introducción de tubos estrechos es más difícil que la de anchos, aunque otra cosa hubiera de suponerse; aquellos se enganchan más fácilmente en la epiglotis y en los aritenoides, y hasta pueden salirse en los senos de la laringe. Estos inconvenientes se obvian, sin embargo, con la introducción previa del tubo-espátula desarticulable de Killian, que es ancho y corto, y sirve admirablemente de conductor á tubos traqueo-bronquioscópicos más estrechos y más largos; una vez que estos han franqueado ya la glotis merced al tubo conductor, se retira fácilmente éste con solo desarti-

cular sus dos mitades.

D i f i c u l t a d e s d e t é c n i c a : Si fuésemos á creer á Kirstein que sentó como ley su principio " la traqueo-bronquioscopilidad de un sujeto, por via natural, está en razon directa de su autoscopilidad „ muy escaso seria el número de individuos capaces de sufrir una sesión de traqueoscopia estomatodial, pues hay que tener en cuenta que el mismo Kirstein reducía el número de las personas susceptibles de ser autoscopilizadas á un 30 %. Mas afortunadamente dicha ley no es  val lar, ni muchísimo menos, como se encargó Killian facilmente de demostrar.

Nosotros, que hemos tenido ocasión de comprobar repetidas veces y con nuestra personal experiencia, la relativa facilidad con que han podido ser traqueoscopizados por via bucal sujetos de todas edades y sexos, nos vemos obligados á ser partidarios

convencidos de los principios de Killian; según este autor, la traqueoscopia estomatodial es la regla y su imposibilidad la excepción.

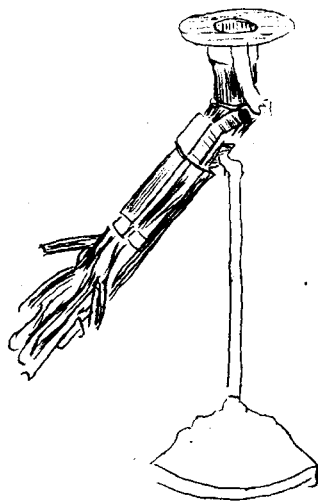
Sólo son difíciles ó imposibles de traqueoscopizar por vía natural: 1° - Los que son de avanzada edad. La cabeza es difícil de ser colocada en extensión forzada á causa de la poca flexibilidad de la columna vertebral, que está envarada; el aparato ligamentoso hioideo está osificado, dificultando con ello el rechazamiento de la base de la lengua y epiglotis; pero como en cambio suelen carecer de dentadura y la arcada dentaria está reabsorbida, muchas veces es posible la traqueoscopia, á pesar de todo. 2° - Los que tienen una lesión ó deformidad bucal ó laríngea, congénita ó adquirida, que dificultan la rectificación del conducto buco-laríngeo-traqueal, (estenosis, cicatrices, tumores, flegmasias, anquilosis, etc). 3° - Los que no quieren de-

arse traqueoscopizar, (niños, histéricos, etc.)

A excepción de estas tres clases de imposibilidad, de las cuales la última es fácil de vencer mediante anestesia clorofórmica, todo sujeto es capaz de ser traqueoscopizado por vía natural.

Mucho más difícil y muchísimo más molesto, es para el paciente, un cateterismo uretral con sonda metálica rígida, y sin embargo, vemos que los maestros lo ejecutan á diario con una facilidad é inocuidad pasmosas.

Para familiarizarse con el método de Killian, antes de emplearle en el vivo, será siempre conveniente ensayarlo en el cadaver; pero aquí los bronquios han perdido parte de su elasticidad y carecen además de tonicidad, con lo que la práctica no es idéntica. Para salvar estos inconvenientes y llenar así un vacío, Killian ha construido un ingenioso bronco-fantasma sobre el cual



puede ensayarse admirablemente el principiante. (V. fig. VIII).

b) - TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA TRAUMATODIAL/

En ciertas circunstancias es imposible hacer traqueoscopia estomatodial. Otras veces, el cuerpo extraño es tan profundo ó dificultoso de ver que para su extracción es preciso disminuir la longitud del tubo traqueo-bronquioscópico. Y en ocasiones ha habido necesidad de hacer una traqueotomía de urgencia que, naturalmente, se aprovecha ya para explorar el árbol respiratorio.

Si la traqueotomía existe de antemano, se aprovecha para la traqueoscopia; pero si hay que hacerla expresamente para pasar el tubo traqueoscópico, se ejecutará lo más arriba posible, porque así es más fácil la traqueoscopia ulterior: los tres ó cuatro primeros anillos traqueales serán los incindidos.

Si la indicación no es de urgencia, podrá dejarse reposar al recién traqueotomizado dos ó tres días, con una cánula puesta, pero si el tiempo apremia se procederá enseguida á la introducción de los tubos. Para ello, el enfermo será colocado en cualquiera de las posiciones ya mencionadas, á propósito de la técnica de la traqueoscopia estomatodial, de preferencia la sedente para adultos y la de decúbito para los niños; los bordes de la herida y la mucosa traqueal serán previamente anestesiados localmente, aunque el paciente esté bajo narcosis general: los tubos no se introducirán, en tanto la anestesia local no sea perfecta.

LA BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, ó inferior como apropiadamente se la llama, carece de dificultades: puede hacerse desde luego cualquier persona instruida; fatiga muy poco al enfermo, y permite ver y manipular con mayor facilidad al cirujano, gra-

cias á la menor longitud de los tubos. En cuanto á la herida traqueal, hecha con todo rigor aséptico, apenas si merece el nombre de complicación.

Una vez extraído el cuerpo extraño basta colocar un apósito esterilizado para que la brecha se cierre en cinco ó seis dias sin necesidad de punto de sutura alguno. Tiene sin embargo el inconveniente de dejar una cicatriz indeleble, por lo que en las mujeres y niñas debe evitarse en lo posible este método. Además, en los enfermos con infección bronquial ó pulmonar, hacer una herida es casi seguramente crear una puerta de entrada.



IV - ESTADISTICA.

En esta parte de nuestra Memoria presentamos, extractados y clasificados, todos los casos que hemos podido reunir, por hallarse publicados en obras y revistas de medicina á nuestro alcance, de laringoscopias y traqueo-bronquioscopias directas efectuadas con el fin de diagnosticar y extraer cuerpos extraños alojados en las vías aéreas.

Para facilitar la revisión de dichas observaciones, hélas ordenado por Autores, siguiendo las letras del abecedario; podíamos haberlas clasificado por orden de prioridad en la fecha de su ejecución, pero, aparte de que en la mayoría de las citas no se menciona la fecha precisa, este método de clasificación dificultaría enormemente la revisión de los casos.

Hemos hecho dos excepciones con otros tantos Autores: una

á favor de Killian, con cuyos casos encabezamos esta parte de nuestra Memoria, por ser de justicia tal honor, ya que á él debemos todo cuanto vale hoy día el moderno método de la laringotraqueo-bronquioscopia; y otra á favor de mi maestro el Dr. Tapia, con cuyos casos cierro la estadística, por patriotismo y por gratitud, ya que á él débole yo la idea original de esta mi Memoria y débale España la divulgación y aceptación de dicho método, que de otra suerte sería conocido solamente como un procedimiento extranjero original y casi mítico.

Expondremos, pues, primero, los casos de Killian; á continuación, todos los de los demás Autores excepto los de Tapia; y por último los dos casos de Tapia, que son también los únicos casos de traqueo-bronquioscopia por cuerpos extraños de las vías aéreas practicados en la península ibérica.



OBSERVACION I - KILLIAN.

J. W., mujer de 63 años, aspiró un HUESO de vaca el 27 de marzo de 1897: tos quintosa con accesos de sofocación, que desaparecieron pronto.

Estado actual: ningun sintoma amenazador; durante la marcha perdía facilmente el aliento. No pudo verse al laringoscopio la bifurcación traqueal, porque la tráquea estaba desviada. A favor de la LARINGOSCOPIA directa, logró verla, y percibir en el BRONQUIO PRAL DRO una masa blanca.

Intervención: Efectuada al día siguiente, previa coainización. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL con tubo de 9 mm de ancho por 25 onts. de largo: rectificadada así la tráquea dejó ver perfectamente el hueso. " Tuve mucha dificultad para cogerla con largas pinzas, - dice Killian - por que entonces yo no tenía un sufi-



- 72 -

ciente destreza para trabajar á través de tubos largos, pero á pesar de todo, logré EXTRAER el hueso ».

La enferma soportó tan bien la bronquioscopia, que al día siguiente hizo el viaje para volver á su casa. (CURACION).

Obs II - KILLIAN.

Un muchacho de 4 años aspira el 27 de septiembre de 1898 un HABA con la cual estaba jugando: accesos muy fuertes de sofocación, que no desaparecieron en veinte y cuatro horas.

Intervención: (día 28 de septiembre) se hace traqueotomía; al abrir la tráquea, á favor de un golpe de tos, aparece en la abertura quirúrgica el cuerpo extraño, pero desaparece inmediatamente en los profundo del aparato bronquial sin que ya se le pueda hacer subir de nuevo. BRONQUIOSCOPIA TRAUMATOPÍEA, sin narcosis y en posición Rose, el haba es descubierta en el BRONQUIO



- 73 -

PRAL DRO que estaba completamente obstruido por él: una delgada erina es pasada entre la pared bronquial y el haba, ésta es enganchada y EXTRAIDA lenta y juntamente con el tubo. El haba estaba hinchada; media 10 por 18 mm.

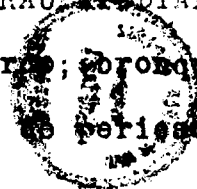
El niño se restableció rápidamente. (CURACION). - (17).

Obs. III - KILLIAN.

Un niño de 2 años es enviado á Killian con el diagnóstico, hecho por radiografía, de MONEDA EN EL BRONQUIO PRAL IZQDO.

Estado actual: el niño presenta un estado de los más graves: enfisema subcutáneo del cuello y parte superior del pecho, respiración superficial y frecuente, palidez, apatía grande.

Intervención: traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL. Ningun cuerpo extraño en el árbol bronquial izquierdo; bronquitis difusa aguda. Se hace esofagoscopia: lesiones de perigastro-



fagitis á las cuales el niño SUCUMBE. (19).

Obs. IV - KILLIAN.

Un hombre de 42 años aspira un trozo de HUESO: después de innúmeros y vanos intentos de extracción por varios médicos de hospitales fué enviado á Killian para que usara en él su nuevo método.

Estado actual: hacia 3 $\frac{1}{2}$ años que había aspirado el cuerpo extraño, que la auscultación localiza en el BRONQUIO PRAL DRO. El enfermo padecía bronquitis crónica con bronquiectasia y expectoraba enormes cantidades de moco-pus.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL sin narcosis y en posición sedente; anestesia local con cocaína, é inyección previa de morfina. A la segunda tentativa EXTRAJO el fragmento oseo por medio de una pinza. A causa de la hipersecreción mucosa esta intervención fué algo difícil, pues había necesi-

dad á cada instante de aspirar el moco con una bomba aspirante.

El enfermo soportó admirablemente la operación; pero seis años después aún tenía signos de bronquitis derecha. (ALIVIO)(20).

Obs. V - KILLIAN.

Mujer de 33 años, costurera. Comiendo una sopa de carne, fué presa de un ataque de sofocación intensa. Consultó con un médico que la envió á la clínica de Killian con el diagnóstico de "hueso en la tráquea v.

Estado actual: disminución del murmullo vesicular en el lado derecho; al laringoscopio - método de Semeleder Störk-- diagnóstica Killian FRAGMENTO DE HUESO EN EL BRONQUIO PRAL DE O.

La enferma está en cinta de seis meses.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL después de una inyección de morfina y de cocainización de la garganta: el hueso, visto huye de la pinza y se introduce más hondo; las mucosi-

dades impiden la visión. La intervención se suspende.

Durante dos días la temperatura axilar sube á 37°, 9.

Cinco días después segunda tentativa de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: el cuerpo extraño es percibido, enclavado en medio de pseudo-membranas y de tejido de reciente formación, en la profundidad del BRONQUIO PRAL DRO. Se intenta extraerle, produce-se gran hemorragia, la sangre impide al operador ver y continuar la intervención. La gravedad de la situación obliga á hacer traqueotomía.

Ocho días después BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL en posición de Rose; el pus, abundante, es absorbido por el aspirador de Killian, y el cuerpo extraño es por fin EXTRAIDO.

La cánula traqueal se quita enseguida.

Resultados excelentes. (CURACION) (21).



Obs. VI - KILLIAN.

Ana H..., de 6 años de edad; jugando con un PASADOR DE CAMISA, de los de cabeza articulada, se lo introdujo en la boca y le aspiró.

Estado actual: voz apagada y ronca; al laringoscopio veíase la base del pasador, que estaba fijo en la parte anterior de la región sub-glótica - LARINGE -: intento de extracción con una pinza laríngea: espasmo de la glotis y hay que hacer traqueotomía rápida, abandonando por el pronto toda intervención.

Al día siguiente hace Killian LARINGOSCOPIA DIRECTA, en posición de Rose, estando cloroformizada la niña: aparato, el tubo-espátula de Killian. Vióse perfectamente la base ancha del pasador; después de varias tentativas pudo por fin ser movilizado y EXTRAÍDO á pesar de estar sumamente empotrado.

Consecuencias: al día siguiente sólo se quejaba de ligeros dolores en la laringe. La cánula fué quitada al cuarto día. La niña marchó á su casa CURADA. (22).

Obs. VII - KILLIAN.

Un hombre de 50 años que estaba traqueotomizado, aspira por descuido una parte de su CANULA.

La BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL fué practicada y el cuerpo extraño EXTRAIDO. (CURACION) (23).

Obs, VIII- KILLIAN.

Un hombre de 24 años habia aspirado, hacia diez años, una AGUJA; fué á la clinica de Killian á causa de hemoptisis.

La radiografia monstró la aguja en el PULMON DERECHO.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL Y TRAUMATODIAL después, de todo el arbol aéreo, sin ningún resultado: la agu-

ja debió transpasar el tegido pulmonar é ir á alojarse en la periferia del pulmón. De todos modos el enfermo jamás volvió á resentirse. (SIN RESULTADOS. CURACION) (24).

Obs, IX - KILLIAN.

Niño de 6 años; el 31 de octubre de 1900 jugando con unas habichuelas, aspira una: sintomas alarmantes pero pasajeros.

Estado actual: el 3 de noviembre es llevado á Killian que por la auscultación localiza la HABICHUELA en el BRONQUIO DRO. El niño tenia 39°,1 y estertores sibilantes y mucosos en el lado derecho del torax.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, después de clo-roformización y coainización: se percibe la habichuela en el BRONQUIO PRAL DRO pero está tan engrosada que no se puede extraer sino un trozo. El niño se cianosa y hay que retirar el tubo. Colocado de nuevo se ve la habichuela en la tráquea ya;

prehensión y extracción del cuerpo extraño, retirando la pinza y el tubo traqueoscópico al mismo tiempo. Le falta 1/4 á la habichuela. La operación duró 45 minutos.

Después de la operación: pulso, 180; respiración, 46; temperatura axilar una hora más tarde: 38°,1. Al día siguiente, estado del niño: completamente normal. (CURACION) (25).

Obs. X - KILLIAN.

Un panadero de 18 años tenía la costumbre de introducirse un PASADOR DE CAMISA entre la encia y el carrillo. El 10 de febrero de 1901 el botón penetró en sus pulmones. A partir de dicho día enfermó del pecho.

Estado actual: bronquitis crónica (fímica ?) con bronquiectasias, atelectasia é induración pulmonar, del lado izquierdo; expectoración muy abundante. Al laringoscopio vió Killian por el método de Semeleder-Störk, el cuerpo extraño en el BRONQUIO

PRAL IZQDO. (7 julio 1901).

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL bajo anestesia general; confirmose el diagnóstico hecho al laringoscopio, pero á causa de la posición del botón y de la gran cantidad de pus, no pudo extraerse por vía natural ni en la primera ni en la segunda sesión.

Trece días después - 20 de julio - traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL en la misma sesión, sin anestesia general: limpieza del campo operatorio con el aspirador de Killian; el pasador se hallaba, á causa de las anteriores tentativas de extracción, en la profundidad del bronquio izquierdo, á nivel de su bifurcación. EXTRACCION á favor del gancho de Lister.

El muchacho se restableció enseguida. (CURACION) (20)

Nueve meses más tarde moria, sin embargo, de una pleuresía del otro lado (lado derecho). Autopsia: gran estenosis bronquial

- 82 -

izquierda, al nivel del sitio donde estuvo enclavado dieciseis meses el cuerpo extraño, y una gran caverna bronquiectasica por encima. Lesiones tuberculosas en el vértice de ambos pulmones.

Obs. XI - KILLIAN.

Un hombre de 40 años habia aspirado un PASADOR DE CAMISA. A juzgar por los sintomas estetoscópicos el cuerpo extraño debia haber penetrado en el bronquio derecho.

Intervención : BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, - 29 diobre 1902 - sin narcosis general. Killian no encuentra nada en el bronquio derecho; examina el otro bronquio y ve el pasador en el fondo del BRONQUIO PRAL IZQDO. A favor de una pinza, que introdujo 32 onts, logró EXTRAER el cuerpo extraño á la primera tentativa. CURACION. (27).

Obs. XII - KILLIAN.

Un vendedor de aves de 42 años de edad venia padeciendo,

tres años hacia, de bronquitis difusa y accesos de disnea muy violentos. A favor de un golpe de tos expectoró una vez cierta cantidad de plumón.

Enero 1902. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL bajo anestesia clorofórmica: el arbol bronquial fué explorado por completo, con resultado negativo.

Dias después el enfermo expectoró nueva cantidad de plumón; á partir de esta fecha no volvió á tener novedad. (28).

Obs. XIII - KILLIAN.

Una joven de 20 años aspiró un pedazo de HUESO puntiagudo estando comiendo: hemoptisis repetidas. Seis meses después fué á la clínica de Killian.

Intervención: (marzo 1903). - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, bajo anestesia clorofórmica; el hueso estaba alojado en el BRONQUIO PRAL DRO. Extracción á la primera tentativa. (CURACIÓN) (29)

Obs. XIV - KILLIAN.

Un sordo-mudito de 9½ años, tenía tos con expectoración abundante y fétida, y fiebre. A la auscultación signos de alteración del pulmón derecho: se sospecha la aspiración de un cuerpo extraño. El niño fué llevado á la clínica de Killian.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, bajo anestesia clorofórmica: ningun cuerpo extraño. (30).

Obs. XV - KILLIAN.

W. W..., niño de 8 años, aspira un cuerpo extraño cuya naturaleza se desconoce. Después de una disnea muy violenta, el niño queda tranquilo sin más sintoma que una tosecita seca, de vez en cuando. Radioscopia: cuerpo extraño en el BRONQUIO DERECHO.

Intervención: (25 mayo 1903) BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, bajo anestesia clorofórmica. Al llegar el tubo á la bifurcación traqueal se percibe el cuerpo extraño; los movimientos de aquél

no impiden la visión de éste, cuya imagen es siempre la misma; se piensa si el cuerpo extraño se encuentra en el tubo bronquioscópico y al retirar éste dicha suposición se cambia en certidumbre. El cuerpo extraño fué EXTRAIDO con el tubo, que le contenía: era una CONTERA DE LATON de un paraguas. CURACION. (31).

Obs. XVI - KILLIAN.

Un niño de 4 años, jugando, aspira un cuerpo extraño; una hora más tarde fué llevado á Killian.

Exámen: ligera dificultad respiratoria y estridor traqueal; al correr tosía algunas veces, pero fácilmente; el cuerpo extraño debía estar fijo.

Intervención: anestesia clorofórmica; TRAQUEOSCOPIA ESTOMATODIAL, con tubo de 7 mm de diámetro y de 21 cmts. de longitud.

Al llegar el tubo á la bifurcación se percibe el cuerpo extraño á la entrada del BRONQUIO PRAL DRO; era de una forma ancha

y aplastada. EXTRACCION con una pinza de articulación terminal, juntamente con el tubo traqueoscópico: era un GUIJARRO de unas 13 8 2 mm.

Tres horas después salió por su pie de la clinica CURADO (32)

Obs. XVII - KILLIAN.

M. G..., de 35 años, morfinómano desde hace 15 años: cada 3^h se da una inyección de 0.02 grs. de morfina, que hace preceder de 0,005 grs. de cocaina, "para anestesiar la piel" (!).

El día 1° de febrero de 1905, después de haberse dado la inyección de morfina, se coloca la aguja en los labios á fin de desobstruirla soplando, pero la morfina hizo su efecto y se quedo dormida con la aguja en la boca. Al despertar sintió un dolor agudo en medio del pecho; en los días sucesivos no desapareció dicho dolor y presentósele una tos pertinaz quintosa y melémbia.

Radiografía - el día 6 -: AGUJA DE INYECCIONES HIPODERMICAS

en el pulmón derecho, al nivel de la 4^a costilla, por delante, 7^a por detrás; durante la respiración veíasela oscilar de arriba á abajo, entre dos y tres cnts.

Intervención: - 11 febrero 1905 - anestesia clorofórmica; BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con tubo de 35 cnts por 11 mm de diámetro. Al llegar el centímetro 32 á la arcade dentaria es percibida la aguja á la entrada del BRONQUIOS PRAL DRO, en cuya pared estaba clavada, cabeza abajo; prehensión junto á la punta y EXTRACCION. Duró la intervención una media hora, contando el tiempo de la anestesia. CURACION (33).

Obs. XVIII - KILLIAN.

C. S..., niña de 7 años, habia aspirado en el mes de abril de 1904 un pequeño SILBATO DE ESTAÑO.

Exámen: practicado por Killian, tres meses después (18 de julio). Silbido inspiratorio, tos y disminución del murmullo

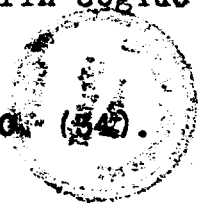
vesicular en el pulmón derecho. Radiografía: sombra al nivel de la séptima costilla derecha, por detrás.

Intervención: - 19 julio 1904 -. Anestesia clorofórmica. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, á favor de la cual se ve el cuerpo extraño en un BRONQUIO DE TERCER ORDEN del árbol bronquial DERECHO; por falta de instrumental á propósito no pudo extraerse.

25 julio 1904. - Anestesia clorofórmica. Segunda sesión de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: el silbato huye los dientes de la pinza y, finalmente, se introduce más hondo.

4 agosto 1904. - Anestesia clorofórmica. Tercera sesión de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: después de dos tentativas infructuosas, para aprehender el silbato, es por fin cogido y EXTRAIDO á la tercera.

El 10 agosto 1904 volvió á su pueblo CURADO. (547).



Obs. XIX - BODMER.

Un muchacho de 11 años aspira un ALFILER, cuya cabeza lleva un pequeño pelotón de algodón. El niño, inteligente, está seguro de haber aspirado el alfiler, pero no presenta sintoma de ninguna clase.

A favor de los rayos X se ve una sombra negra, delgada y larga como unos 3 cmts , al nivel de la tercera, cuarta y quinta costillas del lado derecho, por detrás, próxima á la línea media. No hay seguridad acerca de la vía en que está situado el cuerpo extraño: si, en el esófago, ó en el aparato respiratorio.

Intervención: teniendo en cuenta la afirmación del enfermo, de haber aspirado el alfiler, se procede á hacer BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin más anestesia que la local; pero es imposible de ejecutar en el niño.

Traqueotomía entonces y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, bajo

la anestesia clorofórmica. A pesar del cuidado puesto en inspeccionar la tráquea y bronquios, no se llega á ver el alfiler; sin duda, impide la visión la gran cantidad de moco-pus que habia.

Al día siguiente nueva BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, esta vez con sólo anestesia local: desembarazado el campo operatorio de moco y exsudados, á favor de torundas de algodón montadas sobre largas varillas de alambre, se percibe por fin el alfiler en el extremo inferior del BRONQUIO PRAL DRO, de donde es fácilmente EXTRAIDO. (CURACION) (35).

Obs. XX - BURK.

Un niño de 3 años aspira un pequeño TORNILLO DE ACERO de unos 2,5 cmts de largo: accesos de tos, cianosis, ligera disnea; bien pronto todos estos síntomas alarmantes desaparecen.

Exámen: sonido tímpanico y marcada disminución del murmullo vesicular en todo el pulmón izquierdo; temperatura axilar 39°4

Radiografía: sombra á nivel de las vértebras dorsales 5ª y 6ª en la dirección del BRONQUIO PRAL IZQDO; la cabeza del tornillo está hacia arriba.

Intervención: traqueotomía y TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL, bajo anestesia clorofórmica; prodúcense accesos de tos y sofocación, probablemente por compresión del bronquio libre. Suspéndese la intervención por falta de tubos fenestrados

Radiografía hecha después: el tornillo estaba más bajo y más oblicuamente colocado.

A la percusión y á la auscultación, normalidad absoluta en todo el pulmón izquierdo, excepto en un espacio situado entre las dos líneas axilares correspondiente á la parte inferior del lóbulo pulmonar. El tornillo se había deslizado hasta un bronquio de tercer orden.

Al día siguiente, nueva BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, esta vez con tubo fenestrado á fin de permitir la respiración

del otro pulmón; y, en efecto, el tubo entra sin accidente, pero no se ve otra cosa que la mucosa bronquial congestionada: del cuerpo extraño, ni las trazas. Indudablemente estaba situado muy profundamente.

Teniendo en cuenta que el cuerpo extraño era de acero, se pensó en extraerle mediante un electro-iman, y así se hizo; fué preciso introducir éste varios centímetros más allá del tubo bronquioscópico, para que el cuerpo extraño saliese de su reducto y fué á chocar contra el polo inferior del electro. EXTRACCION de éste con el cuerpo extraño adherido, juntamente con el bronquioscopio.

El niño padeció aún una neumonia que curó en la primera semana; ninguna consecuencia enfadosa. Perfecta CURACION (36).



Obs. XXI - COOLIDGE.

Hombre de 23 años, traqueotomizado desde hace tres. Horas antes habiasele deslizado por la tráquea un trozo de CANULA.

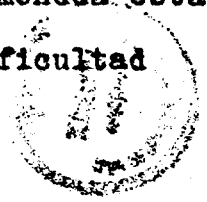
Radiografía: negativa; ninguna sombra.

Intervención. - Anestesia clorofórmica. BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con un uretroscopio: el cuerpo extraño fué visto en el BRONQUIO PRAL DRO. EXTRACCION sin dificultad, por medio de una pinza. CURACION (37).

Obs. XXII - COOLIDGE.

Un hombre, adulto, que habia aspirado una MONEDA de diez céntimos acudió á la clinica de Coolidge.

Traqueotomia y TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: la moneda estaba alojada en el BRONQUIO PRAL DRO. Sin ninguna dificultad fué EXTRAIDA. CURACION (38).



Obs. XXIII - COUSIEU.

Una mujer habia aspirado, comiendo, un trozo de HUESO: acceso violento de sofocación que, pasó pronto.

Exámen: respiración estridulosa; voz apagada; molestísima sensación de cuerpo extraño en la garganta. Al laringoscopio vése una imagen blanca en la REGION SUBGLOTICA.

Intervención: LARINGOSCOPIA DIRECTA con el tubo-espátula de Killian. EXTRACCION sin grandes dificultades. CURACION (39).

Obs. XXIV - DENKER.

A un muchacho de 7 años se le deslizó una ESQUIRLA DE HUESO hacia la laringe, estando comiendo: fenómenos muy serios de asfixia.

Exámen: al laringoscopio se distingue en la REGION SUBGLOTICA el cuerpo extraño; imposible de extraer con la pinza curva.

Intervención. - Anestesia clorofórmica. LARINGOSCOPIA DIRECTA: EXTRACCION.

El autor estaba preparado para efectuar traqueotomía, que no hizo falta y que por otra parte solo hubiera servido para asegurar la respiración, pues para desenclavar el cuerpo extraño hubiera sido preciso hacer una crico-tirotomía.

CURACIÓN (40).

Obs. XXV - EICKEN.

Un niño, de 3 $\frac{1}{2}$ años, aspira el 22 de marzo de 1903, un HABA, con la que estaba jugando.

Exámen: signos estetoscópicos en el pulmón izquierdo.

Intervención. - Anestesia clorofórmica. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: el haba es percibida en el BRONQUIO PERAL IZQDO; cogida con una pinza, se desmenuza en muchos pedazos, a causa de estar muy reblandecida. La mayor parte de los fragmentos



son EXTRAIDOS con las pinzas; otros son retirados á favor de una serina.

Traqueotomia y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: inspección del arbol bronquial entero; ningún cuerpo extraño.

Pasado cierto tiempo, el niño se asfixia: nueva traqueotomia; en un golpe de tos expulsa por la herida traqueal un fragmento de haba que, sin duda, no habia sido percibido.

CURACION (41).

Obs. XXVI - EICKEN.

Niña de 5 $\frac{1}{2}$ años aspira, el 12 junio 1903, un pequeño GUIJARRO. Los rayos X muestran el cuerpo extraño en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: sin resultado. (Practicada por Vierordt).

Al día siguiente - 13 junio - segunda sesión de BRONQUIOS-

COPIA TRAUMATODIAL, practicada por V. Eicken: el bronquio dere-
cho no tiene nada; el cuerpo extraño se halla en el BRONQUIO
IZQUIERDO, á 1 $\frac{1}{2}$ cmts de la vifurcación traqueal. Prehensión
mediante una erina apoyándola contra el tubo y EXTRACCION.

CURACION (43).

Obs. XXVII - ELSBERG.

Un niño de 4 años habia inspirado un ALFILER de cabeza
gorda. A los dos dias fué llevado á Elsberg.

Intervención. - Anestesia clorofórmica. Traqueotomia y
BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL. El autor tuvo la habilidad de
plegar el alfiler por su mitad, á fin de extraerle, como le
extrajo, entero y sin lesionar la mucosa lo más mínimo.

El alfiler estaba en el BRONQUIO PRAL DRO.

CURACION (44).



Obs. XXVIII - FLETCHER.

Un joven de 22 años había aspirado un PASADOR DE CAMISA de celuloide. Veinticuatro horas después presentósele una neumonia izquierda que le duró un mes.

Intervención. - 23 mayo 1904 - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATO - DIAL, bajo anestesia clorofórmica. La operación duró dos horas al cabo de cuyo tiempo se extrajo un pelotón blancuzco que parecía algodón; era el cuerpo extraño reblandecido y envuelto de tegido pulmonar necrosado. Dicho cuerpo estaba alojado en la ramificación inferior del BRONQUIO DRO.

El enfermo CURÓ rápidamente de su afección. Seis meses más tarde pesaba nueve libras más. (45).

Obs. XXIX - GAREL-DURAND

Una muchacha de 24 años había aspirado bruscamente un AL-



FILER de acero, de los de cabeza de vidrio coloreado, que tenia entre sus labios.

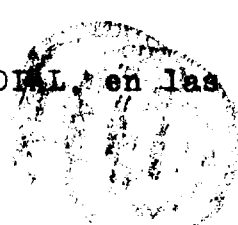
Radioscopia: muestra el alfiler debajo de la cuarta costilla, en posición oblicua, la cabeza hacia abajo y afuera.

Intervención. - 31 de cembre 1903 - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: después de varias tentativas sin resultado, en dicho día y en los días 4, 8, y 15 de enero, se desiste.

25 febrero 1904 - Traqueotomía: al introducir el tubo traqueoscópico, acceso de apnea. La extracción se abandona por el pronto, otra vez.

15 marzo 1904 - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, estando la enferma anestesiada y en posición Rose: la tos y las mucosidades impiden la visión y manipulaciones.

23 marzo 1904 - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, en las mismas condiciones: igual resultado.



- 100 -

25 marzo 1904 - Tercera tentativa de BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: después de muchas dificultades, el alfiler es cogido y retirado por medio de una pinza.

A la mañana siguiente se suprime la cánula traqueal.

CURACION (46).

Obs. XXX - GAREL.

Niño, de 14 meses, había aspirado un pedazo de HUESO DE POLLO: tos, acceso de sofocación; expulsión espontánea de un trozo de unos 3 cmts. de largo. La disnea persiste; voz apagada, tos y vómitos; nada de cianosis. Exámen al laringoscopio, negativo.

Intervención. - Anestesia gral con cloruro de etilo. LARINGOSCOPIA DIRECTA con el tubo-espátula de Killian: se percibe una laminilla ósea entre las dos cuerdas vocales; EXTRACCIÓN. La afonía cesa, el huélfago persiste solo algunas horas.

Al cabo de 3 días completamente CURADO (47).

Obs. XXII - GAREL.

Niña, de 2 $\frac{1}{2}$ años, hace cinco meses había aspirado un poco de sal, según decía la madre; violenta sofocación y afonía; ésta desaparece, pero la sofocación se reproduce accasionalmente sobre todo por las noches.

Exámen: á favor de los rayos X se observa al nivel de la laringe una sombra muy negra, vertical, delgada, con un ligero abultamiento en la parte superior.

Intervención. - Anestesia con el cloruro de etilo primero, y después con el éter. LARINGOSCOPIA DIRECTA: vídse perfectamente entre las cuerdas vocales una masa negra y á su izquierda un mamelon gris, móvil; EXTRACCION de la masa interocor-dal, era un CORCHETE METALICO - de cobre - barnizado en negro, de los que usan las señoras en sus vestiduras, y al que le fal-

taba una rama. La voz se restableció y los accesos de sofocación desaparecieron.

Nueva LARINGOSCOPIA directa veintitres días más tarde, también bajo anestesia gral: cuerdas engrosadas, la izquierda con una depresión al nivel de su tercio posterior

Alivio lento pero progresivo del timbre de la voz.

CURACION (48).

Obs. XXXII - GUISEZ.

Un cobrador de tranvia aspiró, por descuido, una MONEDA de 50 céntimos que tenía en la boca.

Abril 1904. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin anestesia general: la moneda estaba á la entrada del BRONQUIO PRAL DRO. EXTRACCION. CURACION. (49)

Obs XXXIII - GUISEZ.

En septiembre de 1904, es llevado á Guisez un niño que

- 103 -

había aspirado un TUBITO DE VIDRIO, que la radiografía mostraba al nivel del 4° espacio intercostal derecho.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroforno: sin resultado.

Al día siguiente segunda tentativa de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: se percibe el tubo de vidrio, pero no puede cogerse con las pinzas que tenía Guisez.

Mientras Collin fabricaban una pinza apropiada, la madre se llevó al niño; no quería una tercera intervención. (50)

Obs. XXXIV - GUISEZ.

Trátase de un sujeto que había aspirado un MONDADIENTES.

En octubre de 1904, Guisez lo EXTRAE á favor de la TRAQUEOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin anestesia; el mondadientes estaba en la TRAQUEA, al nivel de su segundo anillo. CURACION (50)

Obs. XXXV - GUISEZ.

Un hombre, de edad madura, cajero de un establecimiento de crédito, tenía la costumbre de colocarse monedas en la boca y un día en que tenía varias sintió deslizársele una por la garganta: acceso violentísimo de sofocación, tos quintosa y violenta, y sensación de falta de aire; síntomas que desaparecieron enseguida, pero que volviéronse á repetir dos ó tres veces más. Muchas veces expectoraba estriado de sangre, lo que le asustó y le llevó al médico.

Este trató de persuadirle que no tenía nada en los bronquios, creyendo era una falsa sensación de cuerpo extraño, á pesar de sostener el enfermo que sentía las dislocaciones de la moneda con la tos, los movimientos respiratorios energicos y los cambios de posición del cuerpo, cosa que le molestaba extraordinariamente, hasta el punto de que en varias veces tenía ver-

daderas crisis de sofocación (debidas sin duda á la dislocación ortogonal de la moneda, que ocluia así la luz del bronquio).

Dieciseis meses pasó así, consultando médicos, hasta que el Dr. Barret le hizo una radioscopia, en la que vió netamente la moneda en el tórax, al nivel de la parte media del BRONQUIO PRAL DRO. Un exámen rápido del enfermo no reveló sintoma alguno á la percusión y á la auscultación.

Intervención. - 14 febrero 1905 - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATO-DIAL, con sólo cocainización, en posición Rose. Visión, prehensión y EXTRACCION del cuerpo extraño al mismo tiempo que el tubo. CURACION (51).

Obs. XXXVI - GUIZZI.

Un chamarilero, que tenia la costumbre de colocarse monedas en la boca, aspira una: tos sofocante y quintosa, acceso de sofocación, y después calma. Los días sucesivos ligera dificultad.

tad respiratoria en el momento inspiratorio, tos quintosa de vez en cuando, por la noche sobre todo y, cosa curiosa, un dolor fijo en el pecho, al nivel del mamelon derecho, exacerbado en las fuertes inspiraciones y en los movimientos bruscos.

Estado actual: un mes después del accidente fué á consultar al hospital Bichat. Mr Piqué, por medio de bolas exploratorias, se convence de que nada hay en el esófago; pero como el enfermo asegura sentir la moneda, se le hace una radiografía, que muestra la moneda á la derecha de la columna vertebral, hacia la parte interna é inferior del 5° espacio intercostal; es decir, en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención. - Anestesia local; bromuro de potasio, la vispera. Posición Rose. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con tubo de 35 cmts de largo por 12 mm de ancho; introducción por la comisura bucal izquierda. La moneda fué percibida desde el mo-

mento en que el tubo enfocó el bronquio derecho, reflejando los rayos luminosos; estaba situada en un plano intermedio, en la dirección del eje del bronquio. Basculada ligeramente, con objeto de colocarla de canto, fué cogida y EXTRAIDA al mismo tiempo que el tubo. Toda la operación duró 8 minutos.

El enfermo, en cuanto se levantó, reclamó su moneda y fuése por su pie á la clinica, donde un cuatto de hora después, á pesar de toda recomendación en contra, estaba comiéndose un plato de ragout. CURACION (52).

Obs. XXXVII - GUISEZ.

Un niño, de 5 $\frac{1}{2}$ años, jugando con una trompeta aspira la embocadura: violentos esfuerzos de expulsión, con quintosa, acceso de sofocación intenso, cianosis. El padre, testigo, intenta con sus dedos extraer el cuerpo extraño, pero ya no estaba en la garganta. La crisis aguda pasó; el niño volvió á res-

pirar y á hablar naturalmente. Dónde estaba la **EMBOCADURA DE TROMPETA** aspirada ? Un cuarto de hora después, un sonido musical, que se oía distintamente y que parecía salir del pecho del niño, les dió la respuesta.

Radiografía: sombra oblonga, más gruesa en su extremidad inferior, de gran eje oblicuo abajo y afuera, en la parte interna del sexto espacio intercostal; es decir, en el **BRONQUIO DRO.**

Intervención. - Siete horas después del accidente. Anestesia clorofórmica. **BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL;** tubo de 5 mm de diámetro. Prehensión y **EXTRACCION** al mismo tiempo que el tubo. El cuerpo extraño tenía 8 mm de largo por 4 mm de **latitud** en su parte más ancha.

Consecuencias: ligera bronquitis y ronquera. A los pocos días perfectamente **CURADO (53).**

Obs. XXXVIII - GUISEZ.

Una niña, de 5 $\frac{1}{2}$ años, había aspirado, cuatro días ha, un HUESO DE DATIL: accesos de sofocación, intensos, pero pasajeros, si bien la niña continuó muy molesta.

Estado actual: Agitación, facies angustiada, voz ronca, respiración precipitada, estertorosa y difícil; tos de timbre crupal. Silencio respiratorio en todo el pulmón izquierdo.

Dos ó tres médicos, que la habían visto, la recetaron vomitivo sobre vomitivo, sin resultado.

Intervención. - A favor de la radioscopia vióse que el pulmón izquierdo era más opaco que el otro, que el hemiterax izquierdo estaba inmóvil y estrechado y sus costillas más oblicuas. Diagnóstico: cuerpo extraño en el BRONQUIO IZQUIERDO.

23 nombre 1906 - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroformo; tubo de 6 mm de diámetro. Al llegar el tubo al bron-

quiu izquierdo se vió un conglomerado de pus, que se limpió con porta-algodones, y aparece el polo superior del hueso de datil. Prehensión é intento de extracción, á la par que el tubo, pero al llegar á la glotis se escapa el hueso y cae de nuevo en el arbol aéreo. Nueva introducción del bronquioscopio: el hueso se halla ahora á la entrada del bronquio derecho; prehensión sólida y EXTRACCION en un solo tiempo, á la par que el tubo.

El hueso era muy grande y además estaba hinchado, tanto, que Guisez no se explica como pudo franquear la glotis.

Consecuencias: 1° dia: 40° = 2° dia: signos de bronquitis, acceso de apnea intenso al atardecer, que obliga á hacer traqueotomia; salida de gran cantidad de moco-pus y vuelta á la vida del enfermo. 3° dia: 38°. Al 5° dia, debanulación: voz normal, vias aéreas normales. CURACION (54)

Obs. XXXIX - HAJEK.

Un sugeto, traqueotomizado por accidentes laringeos terciarios, deja caer en su tráquea la cánula interior: Bronquitis aguda difusa, 41°.7.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, sin anestesia general: la cánula estaba en el BRONQUIO PRAL DRO. Prehensión y EXTRACCION. CURACION (55).

Obs. XL - HARRINGTON

Niño de 6 años aspira, en julio 1901, un HABA. Síntomas de localización en el árbol bronquial derecho.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con cloroformo; posición Rose. El haba estaba en el BRONQUIO PRAL DRO. EXTRACCION. CURACION . (56).

Obs. XLI - HIRSCHLAND.

Niño de 10 $\frac{1}{2}$ años aspira un TROZO DE CARNE, estando comiendo: acceso de tos, ligera disnea. Los días siguientes, expectoración purulenta y fétida.

Exámen. - Pulmón derecho normal; id izquierdo, sonido mate. Al laringoscopio: ligero enrojecimiento y flojedad de las cuerdas, enrojecimiento de la mucosa traqueal.

Intervención. - Por precaución se sondó el esófago: nada.

BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL; anestesia local con la alpina al 20 % ; posición sedente; tubo de 7mm de diámetro. El cuerpo extraño vióse en el BRONQUIO PRAL IZQDO, pero, no pudo extraerse, á la primera tentativa, porque la pinza no pudo coger la masa. Segunda tentativa, en la misma sesión, con tubo en pico de flauta: el bisel fué introducido entre la pared del bronquio y el cuerpo extraño, facilitando así la prehensión de

éste; EXTRACCION á la par que el tubo bronquioscópico.

CURACION. (57).

Obs XLII- HUG.

Mujer, de 38 años; habia aspirado, el 30 novbre 1904, un fragmento de HUESO de vaca.

Intervención. - Anestesia local. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: después de explorar el bronquio derecho, sin hallar nada, al explorar el BRONQUIO PRAL IZQUIERDO percibese en él una masa de mucosidades, que una vez aspiradas, permiten ver el cuerpo extraño, alojado en aquél, á 32 cnts de la arcada dentaria. No pudo ser extraido por falta de aparato apropiado.

Traqueotomia. El profesor Hildebrand, orientado por la bronquioscopia estomatodial antes efectuada, logra coger y

EXTRAER el cuerpo extraño, á favor de una pinza, sin necesidad de tubo ni iluminación alguna. CURACION (58).

Obs XLIII - JABOULAY - GAREL.

Un hombre de 59 años, traqueotomizado; á causa de haberse roto la placa fijatriz, un trozo de su CANULA se le deslizó tráquea abajo: ligero golpe de tos; después todo en calma.

Exámen. - Ligera disnea; 39°,5; disminución del murmullo vesicular en el pulmón derecho. Radiografía: sombra manifiesta, al nivel del 2° espacio y 3ª costilla derechos, en la dirección del BRONQUIO PRAL. DERECHO.

Intervención. - Intentos de extracción directa, pasando á través de la herida traqueal, previamente agrandada, las pinzas, estando cloroformizado el paciente: sin resultado.

Colócase nueva cánula, y Jaboulay decide toracotomía:

Incisión en forma de L, en el sitio marcado por el radio-

grama - 2° y 3° espacios -; resección de un segmento de tercera costilla; abertura mínima de la pleura parietal: pneumotorax, respiración frecuente y difícil; la mano del operador no toca cuerpo extraño alguno en el bronquio. Como había infección en el bronquio no le pareció conveniente hacer broncotomía. Sutura y apósito.

Al día siguiente había desaparecido el pneumotorax, pero la temperatura era de 40°. Ocho días después, á pesar del descenso á 38°,5 de la temperatura, el enfermo estaba peor. Solo la bronquioscopia podía salvarle.

23 junio 1906 - (Garel) BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL con solo anestesia local. Posición sedente. Cabeza en hiperextensión, rotada á un lado. Tubo de 9 mm, por 25 cmts.

Introducción fácil del tubo; visión de dos puntos brillantes en el BRONQUIO PRAL DRO, á 3 cmts de su embocadura; desliza-

miento de una larga pinza especial; prehensión sólida del cuerpo extraño y EXTRACCION, á la par que el tubo traqueoscópico.

El enfermo empeoró, no obstante, de su bronconeumonía y á los 12 días de la intervención MURIO. La septicidad de la cánula, enmohecida y de olor repugnantísimo, cuatro años colocada sin una limpieza seria, y el retardo de la bronquioscopia, explican la falta de éxito en este caso (59).

Obs XLIV - KAN.

Niña, de 6 años; había aspirado un HABA: ligero acceso de sofocación, tos, y después normalidad absoluta. Mas pasan dos días, y la niña enferma, con una sintomatología verdaderamente alarmante: fiebre alta, asfixia pronunciada, cianosis y gran inquietud.

Exámen. - Nos encontramos en presencia de una bronquio-

neumonía, limitada al pulmón derecho y ocasionada, indiscutiblemente, por la presencia del cuerpo extraño, séptico.

Intervención. - Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, bajo cloroformo: la gran cantidad de moco-pus que hay impiden la visión; aspiración de las mucosidades, prehensión y EXTRACCION del cuerpo extraño, engrosado y reblandecido, el cual se hallaba alojado en la profundidad del BRONQUIO DRO. CURACION. (60).

Obs XLV - J.A. KILLIAN.

Un niño, de 3 $\frac{1}{2}$ años, había aspirado, tres meses hacía, una ESPINA DE PESCADO, que le produjo una bronquitis difusa.

El niño fué llevado á Killian (de Worms) con el diagnóstico de cuerpo extraño en el BRONQUIO IZQUIERDO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroformo, el 14 agosto 1901: EXTRACCION. (CURACION). (61).

Obs. XLVI - J.A. KILLIAN

Un hombre, joven, al intentar el escamoteo de una MONEDA (1 pñennig), en un juego de prestidigitación, aspira aquella en el momento de colocársela en la nariz.

La moneda fué á alojarse en el BRONQUIO DERECHO, según indicaban los signos estetoscópicos.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin cloroformo: EXTRACCION. CURACION. (62).

Obs. XLVII-LAFITE-DUPOET & ROCHER.

Un niño, de 9 años, aspira un HUESO DE CIRUELA que tenía en su boca: sofocación intensa, angustia, accesos violentísimos de tos. Este cuadro vuélvese á repetir varias veces, día y noche. Quince días después presenta, además: fiebre, sudores profusos y gran desnutrición.

Exámen. (Al mes de haber aspirado el hueso). El cuerpo extraño está alojado en una de las ramificaciones - la inferior - del BRONQUIO DERECHO.

Radioscopia: nula. Radiografía: sombra muy vaga.

Intervención. - Cloroformo. Posición Rose. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con el tubo-espátula de Killian: víese perfectamente donde estaba el hueso, el cual fué cogido á la primera tentativa á favor de la pinza de Killian; EXTRACCION. CURACION. (63).

Obs. XLVIII-LINS.

M.L., de 43 años; cuenta que, algunas horas antes, comiendo un guisado de pollo, un HUESO se le detuvo en la garganta, molestándole tanto, que no pudo seguir comiendo.

Fué á un médico, que intentó hacer bajar el hueso á favor de varios sondajes; pero, en estos intentos, la respiración

se hace de pronto penosa y estridente. Entonces es enviado á Lins.

Exámen. - Respiración ruidosa, á la inspiración sobre todo; se ven multitud de arañazos á lo largo de la pared posterior de la faringe; la región aritenoidea derecha está edematosa. Al laringoscopio, nada anormal, ni en la laringe ni en la tráquea. Como la respiración era suficiente, no quiso hacer bronquioscopia inmediata, por temor de aumentar el edema.

12 de cebre 1904 - (día siguiente) - Intento de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin anestesia general: tubo corto. Vió la tráquea, pero nada más.

13 de cebre 1904 - Segundo intento de bronquioscopia estomatodial: imposible por hipersensibilidad del enfermo.

15 de cebre 1904 - Tercera sesión de BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: esta vez llégase á ver el cuerpo extraño, de un co-

lor blanquecino; durante la tos se desplaza presentándose ya de plano ya de canto, y cubriendo ora la luz del bronquio derecho ora la del izquierdo. No pudo extraerse.

Durante los días siguientes el enfermo empeora: la tos aumenta, la respiración se hace difícil y la temperatura sube hasta 39°. El 21 de cebre, nuevo exámen: el hueso está alojado definitivamente en el BRONQUIO IZQUIERDO, á unos cms de su entrada, enclavado por sus aristas, en la mucosa del mismo, al nivel de sus paredes externa y anterior.

24 de cebre - Inyección de morfina; anestesia local; posición Rose. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: Intento de extracción, pero el pus, abundantísimo, y el enclavamiento del hueso, le hacen imposible.

31 de cebre - Nueva BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: prehen- sión del hueso, que al llegar á la laringe se escapa. Pen-

sóse enseguida había caído en el bronquio derecho: nada de eso; el hueso volvió á caer en el izquierdo, de donde es por fin EXTRAIDO. Era un fragmento de vértebra de pollo de 10,5 por 9 por 7 mm.

Consecuencias: durante dos días hubo parésia de las cuerdas, provocada sin duda por la presión del tubo; los esputos salían un poco teñidos de sangre. Pero al tercer día todo esto desapareció. CURACION. (64).

Obs. **XLIX** - MOURE.

J.B..., de 63 años, cuenta que, comiendo, fué preso de sofocación súbita, accesos de tos quintosa, etc. Después de esta primera crisis, que pasó, los accesos se repitieron por la noche, frecuentes y violentos, hasta el punto de no permitirle el reposo. Cuatro días continuó así, por lo que, al quinto, decidió consultar al médico, que le aconsejó se hiciera radio-

grafiar. Y, en efecto, el radiograma nada acusaba.

En vista de lo cual y de los signos siguientes, se pensó en un derrame pleurítico; pero cinco punciones exploratorias, hechas con la jeringa de Pravaz, en los espacios 5° 6° y 7°, por detrás, por delante y lateralmente, nada sacaron.

Exámen: Matidez de los 2/3 externos - anterior y posterior - del pulmón derecho; submatidez en el resto del pulmón, á excepción de la parte superior que tiene sonoridad normal. A la auscultación: abolición del murmullo vesicular en las porciones mates y disminución en el resto del pulmón derecho; pectoriloquia áfona, egofonia. Expectoración purulenta y fé-tida. Fiebre, oscilante entre 38° y 39°,2.

Intervención. - Anestesia local. Traqueotomía y BRON-QUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con tubo de 1 cent de diámetro por 22 onts de longitud. Al llegar el tubo al BRONQUIO DERECHO se

divisa una masa gris, rodeada de pus, en una de las ramificaciones de aquél. A favor de una pinza Killian, dicha masa es extraída: era un fragmento de hueso; introducida la pinza de nuevo, prende en un cuerpo duro, que extraído con el tubo, resulta ser otro fragmento de hueso del tamaño de una habichuela; nada parece quedar ya en los bronquios. Sutura inmediata de las vías aéreas.

Después de una azarosa convalecencia, á causa de la infección bronquial que habia producido la presencia del cuerpo extraño, fué dado de alta á los 25 dias de haber sido operado.

CURACION (65).

Obs. I - NOURE.

M.S., de 50 años; cuenta que, comiendo, aspiró un HUESO de bifeck, en un golpe de tos: acceso de sofocación, quintas de tos, disnea y cianosis. Esto pasó el 20 febrero 1905.

Exámen. - Pulmón derecho: normal. Pulmón izquierdo: disminución del murmullo vesicular; estertores subcrepitantes finos; submatidez subclavicular y subacromial.

La enferma era histérica: zonas cutáneas de hiperestesia; reflejos rotulianos muy disminuidos; reflejos faríngeo y conjuntival, abolidos.

La enferma se queja del lado derecho del torax; los signos estetoscópicos localizan el cuerpo extraño, por el contrario, en el BRONQUIO IZQUIERDO. .

Intervención. - Después de intentar bronquioscopizar á la enferma, en posición de Rose, se decide hacer la intervención en posición sedente.

Anestesia local. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, la cabeza de la paciente rotada hacia la derecha: el tubo fué á parar naturalmente, al bronquio derecho: nada se vió en él.

La enferma se encuentra muy molesta y no quiere que la intervención se complete, explorando el otro bronquio.

Durante los días sucesivos el estado general y local de la enferma empeora y, por fin, MUERE sin haber dado lugar á la inspección del bronquio izquierdo. Autopsia: al abrir el torax y seccionar la tráquea se derrama gran cantidad de pus. El pulmón derecho está en buen estado; el izquierdo está congestionado y hepaticado en la base, y alrededor del hilio se encuentra empapado en pus; su tegido es friable, grisáceo, en un todo análogo á la hepaticación gris. El bronquio izquierdo, á medio centimetro de la bifurcación traqueal, está engrosado, ennegrecido, duro y rígido; una incisión hecha en este punto permite ver un fragmento óseo, irregular, triangular, sólidamente fijado á la mucosa bronquial.

La mujer murió, en suma, por infección pulmonar.

Obs. LI - MOLINIÉ.

Un niño, de 11 años, aspira un TAPONCITO de corcho, el 22 junio 1904. A los dos días el Dr d'Astros lo lleva á Molinié.

Exámen. - Fiebre de 40°; signos estetoscópicos en el árbol bronquial derecho.

Intervención. - (6 julio). Cloroformo. Traqueotomía y TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: el tapón es percibido en una ramificación de tercer orden del BRONQUIO DERECHO, pero no pudo ser extraído.

Segunda sesión (8 julio): Anestesia local. BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL. El tubo penetra fácilmente en el bronquio derecho hasta 1 cent por encima de la entrada de la rama inferior. Al tratar de cocainizar esta rama bronquial, con un porta-algodón, producense violentos reflejos y el cuerpo extraño es expulsado en un golpe de tos, y á continuación una cantidad de pus equi-

- 128 -

valente á una taza de caré. Limpieza del campo operatorio.

Consecuencias: la temperatura, por la tarde, normal.

A la mañana siguiente, completamente CURADO. (66).

Obs LII - NEUMEYER.

Niña, de 6 años; habia aspirado una ASTILLA DE MADERA, que fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención.- Traqueotomia y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con cloroformo. EXTRACCION. CURACION. (67).

Obs. LIII - NEUMEYER.

Niño, de nueve meses; habia aspirado un TROZO DE CARNE, que fué á alojarse en la TRAQUEA, al nivel de su bifurcación.

Intervención. - TRAQUEOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin cloroformo. EXTRACCION. CURACION. (68).

Obs. LIV - NEUMEYER.

Niño, de 13 años; el cuerpo extraño aspirado era un fragmento de HUESO, que fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroformo. EXTRACCION. CURACION. (68).

Obs. LV - NEUMEYER.

Niño, de 9 años; habia aspirado un trozo de MINA DE LAPIZ de plomo, que fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención: BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroformo. EXTRACCION. CURACION. (68).

Obs. LVI - NEUMEYER.

Niño, de 4 años; habia aspirado un GRANO DE CAFE, que fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloro-

formo. EXTRACCION. CURACION. (68).

Obs. LVII - NEUMEYER.

Niño, de 11 años; jugando con un CLAVO de los llamados "puntas de Paris", se lo introdujo en la boca y le aspiró.

El clavo fué á alojarse en una rama de segundo orden del BRONQUIO PRAL DRO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: el clavo se escapa de la pinza y cae más hondo, pero un golpe de tos logra expulsarle, afortunadamente. CURACION. (68).

Obs. LVIII - NISHIYAMA.

Un japonésito aspira, comiendo, un trozo de NUEZ.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin anestesia general: la nuez estaba alojada en el BRONQUIO PRAL DRO. EXTRACCION. CURACION. (69).

Obs. LIX - NOWOTNY.

Niño de 5 años; ha aspirado, el 31 de marzo 1904, un HA-
BA: sintomatología consiguiente.

Estado actual: respiración estenosada; percusión normal;
auscultación abolida en el pulmón derecho y estertores secos
en ambos pulmones; pulso 156; temperatura normal.

Intervención. - Cloroformo. Traqueotomía y BRONQUIOSCO-
PIA TRAUMATODIAL: á la entrada del BRONQUIO PRAL DRO estaba
alojado el cuerpo extraño, obstruyendo aquella. EXTRACCION.
CURACION. Pasado un mes vuelve: respira aún con alguna difi-
cultad; el niño tenía un granuloma que ocupaba los 2/3 ante-
riores de la región subglótica; Pieniaseek le introduce, sin
anestesia, el traqueoscopio, que rompe el granuloma. A partir
de este momento la respiración se establece normalmente. Dos
traqueoscopias hechas después nada anormal acusan. (100).

Obs. LX - NOWOTNY.

Niño, de 2 $\frac{1}{2}$ años; presenta síntomas pulmonares que hacen suponer la presencia de un cuerpo extraño.

Intervención. - Cloroforme. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: á la entrada del BRONQUIO PRAL DRO se ve un cuerpo extraño obstruyéndola por completo; EXTRACCION del mismo: era un GUIJARRO.

A la hora, normalidad absoluta del niño. (CURACION) (71).

Obs. Obs. LXI - NOWOTNY.

Niña de 5 $\frac{1}{2}$ años; presenta una laringitis de forma crupal. Se la pone una inyección de suero anti-diftérico, por su médico. La familia cae en la cuenta de haberse tragado la niña, dos días antes, una ESPINA DE PESCADO.

Exámen. - Niña pálida; con exoftalmos; hústfago; síncas. Al laringoscopia: laringe edematizada, roja; cuerdas en adopción, casi inmóviles; en la glotis se ve un cuerpo blanco opu-

3
pandola en toda su longitud y como clavado en el ángulo anterior; en la región subglótica, la mucosa hace prolapso.

Intervención. - Laringoscopia DIRECTA: extracción del cuerpo extraño. Tenía una longitud de 2,5 cmts. Curación.

Obs LXII-NOWOTNY.

Niño, de 3 $\frac{1}{2}$ años; aspira, comiendo, un trozo de HUESO.

Exámen: Al laringoscopio se ve, debajo de las cuerdas, un cuerpo extraño, gris.

Intervención. - LARINGOSCOPIA DIRECTA, sin anestesia general: EXTRACCION. CURACION. (72).

Obs.LXIII- PATERSON.

Niña, de 8 años; después de la extracción de un DIENTE, se queja de dificultad respiratoria y molestias en la garganta. A los ocho días es llevada á Paterson.

Exámen. - Nada de ronquera, pero al laringoscopio se ve

un cuerpo extraño por debajo de la glotis; diagnóstico: diente en la región subglótica.

La disnea aumenta súbitamente, al día siguiente de su ingreso en el hospital; el cuerpo extraño ha debido caer y ocluir un bronquio principal.

Intervención. - Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, en posición Rose y bajo anestesia clorofórmica. El cuerpo extraño es EXTRAÍDO del BRONQUIO PRAL DRO; era un CORCHETE DE CORSE cubierto de incrustaciones calcáreas. CURACION (73).

Obs. LXIV - PIENIAZEK.

Una niña, de 6 años, aspira una HABICHUELA: quinta de tos y después todo queda normal.

Exámen. - Respiración estridulosa al nivel del bronquio derecho; foco de neumonía en el lóbulo inferior. Fiebre.

Intervención. - Cloroformo. Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA

TRAUMATODIAL: la habichuela estaba en el BRONQUIO PRAL DRO.
EXTRACCION juntamente con el tubo; la cánula se dejó unos días
para facilitar la expectoración. CURACION. (74).

Obs. LXV - PIENIAZEK.

Una mujer, de unos 40 años, fué á extraerse un DIENTE,
que aspiró al tiempo de ser arrancado.

Exámen. - Ocho días después: fiebre; 132 pulsaciones; ma-
tidez y respiración estridulosa en el lóbulo pulmonar derecho
inferior. Diagnóstico: Diente en la profundidad del BRONQUIO
DERECHO.

Intervención. - Traqueotomía y TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL:
intento de extracción, sin resultado, á causa de no estar su-
ficientemente iluminado el campo operatorio; segunda tentativa,
esta vez con éxito, bajo el dominio de la vista. CURACION (74).

Obs. LXVI - PIENIAZEK.

Una jovencita padecía tuberculosis laringea: en una sesión de raspado, se rompe la CUCCHARILLA y cae en la tráquea. La enferma no protesta del cuerpo extraño; al laringoscopio nada se ve; solo los rayos X acusan el cuerpo del delito en el BRONQUIO DERECHO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: prehensión y EXTRACCION del cuerpo extraño. CURACION. (74).

Obs. LXVII - PIENIAZEK.

Niño, de 2 $\frac{1}{2}$ años; había aspirado una HABICHUELA.

Exámen. - Respiración corriente, normal; respiración forzada, sonido estriáuloso.

Intervención. - TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: el cuerpo extraño estaba en la tráquea al nivel de la BIFURCACION. CURACION (74).

Obs. LXVIII - PIENIAZEK.

Una pequeña, de trece meses, es llevada al hospital, dos días después de haber aspirado un HABICHUELA.

Examen. - La niña respiraba perfectamente, pero el torax izquierdo es el único que se dilata; en el torax derecho hay matidez completa. Luego el cuerpo extraño debe estar en el BRONQUIO PRAL DRO, ocluyéndole casi por completo.

Intervención. + BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroformo: no puede extraerse sino un trozo de habichuela; el resto amenaza asfixiar á la niña. Traqueotomía rápida y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, pero ya es tarde: la niña está MUERTA sin que pueda reanimarla la respiración artificial, que se hizo largo tiempo. (74).

Obs. LXIX - PIENIAZEK.

Un niño, de 4 años, había aspirado un HUESO DE ALBARICO-

QUE; es llevado en plena asfixia á la clinica de Pieniazek.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: se ve el cuerpo extraño en la TRAQUEA al nivel de su bifurcación. Intento de extracción; en dicho momento un asistente rompe el aparato iluminador y el campo operatorio queda á oscuras. El cuerpo extraño no pudo ser extraído á ciegas y el niño MUERE asfixiado. (74).

Obs. LXX - PIENIAZEK.

Niño de 7 años; padecía difteria traqueo-laríngea. La traqueotomía, hecha, no impidió los accesos de sofocación.

Intervención. - TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: con una pinza laríngea Pieniazek logra extraer las SEUDO-MEMBRANAS que tapizaban la TRAQUEA ocluyéndola casi por completo. CURACION (75)

Obs. LXXI - PIENIAZEK.

Un niño, de 2 años, traqueotomizado también por difteria

laringea, se asfixia á pesar de su cánula.

TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL, con un otoscopio: el cuerpo extraño era un GRANULOMA, nacido de la pared posterior de la TRAQUEA al nivel de la sección inferior de la cánula. EXTRACCIÓN á favor de una pinza laringea; cauterización con el galvano; CURACION. (75).

Obs. LXXII - PIENIAZEK.

Niño de 3 $\frac{1}{2}$ años; se asfixiaba á pesar de la traqueotomía, á causa de su difteria.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL. Pieniazek, á favor de largas pinzas, logra EXTRAER una cantidad enorme de SEUDO-MEMBRAÑAS, de la tráquea, bronquios gruesos, y aun de los bronquiolos de segundo y tercer orden. CURACION. (75).

Obs. LXXIII - PIENIAZEK.

Un sujeto, traqueotomizado, aspiró un trozo de su CANULA

Intervención. - TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION de la cánula, que se hallaba alojada en la parte inferior de la TRAQUEA. CURACION. (75).

Obs LXXIV - PIENIAZEK.

Otro sujeto, traqueotomizado, aspiró á través de su cánula un trozo de PLUMA DE AVE.

TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION; estaba alojada á nivel de la BIFURCACION TRAQUEAL. CURACION. (76).

Obs. LXXV - PIENIAZEK.

Un hombre, traqueotomizado, aspiró un trozo de su CANULA DE CAUCHU, el cual fué á alojarse á la entrada del BRONQUIO PRAL DRO.

TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION. CURACION.(76).

Obs. LXXVI - PIENIAZEK.

Otro traqueotomizado, urgándose con una VARILLA su cánula, colocada, se descuidó y aspiró aquella.

TRAQUEOSCOPIA TRAUMATODIAL: la mitad de la varilla estaba en la TRAQUEA y la otra mitad en el BRONQUIO DERECHO.

EXTRACCION: media 13 cnts. CURACION. (76).

Obs. LXXVII - PIENIAZEK.

Una mujer, traqueotomizada, tratando de desobstruir su cánula con un ALFILER imperdible, le aspiró.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: el alfiler estaba en el BRONQUIO PRAL DERECHO. EXTRACCION. CURACION. (76).

Obs. LXXVIII - PIENIAZEK.

Un muchacho, traqueotomizado, habia aspirado un pequeño TAPON DE CORCHO, que se colocaba, á ratos, en su cánula, á fin

de acostumbrarse á respirar por la laringe.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: el cuerpo extraño estaba en el BRONQUIO PRAL DERECHO. EXTRACCION. CURACION. (76).

Obs. LXXIX - PIENIAZEK.

Un traqueotomizado dejó deslizarse por la tráquea su CANULA, que fué á alojarse en el BRONQUIO IZQUIERDO.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION. CURACION.(76).

Obs. LXXX - PIENIAZEK.

Un hombre, traqueotomizado, al tratar de colocarse una pequeña CANULA DE CAUCHO, (para niño), se le deslizó tráquea abajo y fué á alojarse en la parte inferior del BRONQUIO DRO.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION. CURACION (76).

Obs. LXXXI - PIENIAZEK.

Un muchacho, jugando con una especie de flecha que habia

hecho con una CAPSULA DE FUSIL rellena de papel y atravesada por un alfiler, la aspiró.

Intervención. - Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: el cuerpo extraño estaba en la parte inferior del BRONQUIO DERECHO. EXTRACCION. CURACION. (76).

Obs. LXXXII - SCHRÖTTER

Un muchacho de 12 años había aspirado, hacía meses, una BALA DE PLOMO, que fué á alojarse en la parte más inferior del BRONQUIO DERECHO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin narcosis. EXTRACCION. CURACION. (77).

Obs. LXXXIII - SCHRÖTTER

Una mujer de 35 años había aspirado, el 9 febrero 1908, un fragmento de HUESO de vaca.

Intervención. - (Al caso de 3 $\frac{1}{2}$ años). BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, sin narcosis: el hueso fué encontrado en una ramificación del BRONQUIO DERECHO. EXTRACCION. CURACION.(78).

Obs. LXXXIV - SCHRÖTTER

Un niño de diez meses aspiró un enorme fragmento de HUESO de carne; el cuerpo extraño fué á alojarse en la parte más inferior del BRONQUIO DERECHO.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL: EXTRACCION. CURACION. (79).

Obs. LXXXV - SEBILÉAU & LOMBARD.

Una mujer de 45 años aspiró un ALFILER en el momento de colocarse en los labios: la enferma, sofocándose, introduce sus dedos en la garganta y empuja el alfiler; la disnea desaparece, pero en los días siguientes preséntasele tos y

espectoración muy fétida.

Intervención. - (12 días después del accidente: el 2 de febrero 1905). Traqueotomía y, al día siguiente, BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: el alfiler estaba tendido en la pared inferior de la tercera rama del BRONQUIO DERECHO. EXTRACCION.

Núcleo de hepatización en el lóbulo pulmonar inferior derecho; situación crítica. Por fin CURA. (80).

Obs. LXXXVI - SIEBENMANN.

Una niña de 4 años aspira, jugando, una HABICHUELA.

Intervención . - BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, con cloroforno: la habichuela estaba en el BRONQUIO PRAL DERECHO.

EXTRACCION de la mitad, primero, y después, á trozos, de la otra mitad que había caído en el otro bronquio. CURACION. (81)

Obs. LXXXVII - SIEBENMANN.

Niña de 4 años; había aspirado medio HUESO DE CIRUELA.

que fué á alojarse en la parte más inferior de la TRAQUEA.

TRAQUEOSCOPIA ESTOMATODIAL: EXTRACCION. CURACION. (82).

Obs. LXXXVIII - SIDNEY.

Un niño de diez meses habia aspirado una PEPITA DE NARANJA, la cual fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL DERECHO.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: EXTRACCION. CURACION. (83).

Obs. LXXXIX - SCHWYZER.

Una mujer de 48 años habia aspirado, cinco semanas hacia, un trozo de CARNE: fiebre, 39°; accesos de tos nocturnos.

Intervención. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, bajo narcosis: el cuerpo extraño estaba en el BRONQUIO PRAL DERECHO.

EXTRACCION á la segunda tentativa. CURACION. (84).

Obs. XC - SPIESS.

Una joven de 17 años habia aspirado, 4 $\frac{1}{2}$ años hacia, un

PASADOR DE CAMISA.

Intervención. - Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATO-DIAL, varias veces repetida: ningún cuerpo extraño se descubre en el árbol bronquial derecho ni en el izquierdo. En este último había gran cantidad de moco-pus procedente de un absceso peribronquial.

MURIO de tuberculosis 2 $\frac{1}{2}$ años después. (85).

Obs XCI - SPIESS.

Mujer, de 43 años; había aspirado una esquirla de HUESO, hacia ya año y medio. Padecía bronquitis difusa y síntomas de infiltración del lóbulo inferior izquierdo.

Intervención. - Traqueotomía y BRONQUIOSCOPIA TRAUMATO-DIAL: á la octava tentativa la esquirla es encontrada en el BRONQUIO PRAL IZQUIERDO, de donde es EXTRAIDA.

CURACIÓN. (86).

Obs. XCII - STEIN.

Un muchacho de unos 12 años aspiró un ALFILER de latón, que se había puesto entre los labios: acceso de tos violentísimo y sensación molesta de quemadura en la garganta.

Exámen. - Al laringoscopio vióse por bajo de la glotis, tumefacta, el alfiler, que se hallaba enclavado en la REGION SUBGLOTICA en sentido antero-posterior.

LARINGOSCOPIA DIRECTA, con el tubo-espátula de Killian: EXTRACCION del alfiler doblándole por su mitad contra la sección inferior del tubo-espátula. CURACION. (87).

Obs. XCIII - THOST.

Un niño de 3 años había aspirado un pequeño TORNILLO metálico que fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL IZQDO, según hacia suponer los síntomas y según confirmó la radiografía.

Intervención. - Traqueotomía á los nueve días; dos días después BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, tubo de 18 cmts por 8 mm: vióse el tornillo que no pudo ser extraído con pinzas; Thost introduce entonces un electro-imán, dos cmts más allá del tubo, y el tornillo es EXTRAÍDO inmediatamente. CURACION. (88).

Obs. XCIV - WILD.

Un hombre de 23 años aspira un trozo de PALADAR ARTIFICIAL, CON DOS DIENTES, en un ataque de epilepsia. El cuerpo extraño fué á alojarse en el BRONQUIO PRAL IZQDO, según resultado del analisis clinico que confirmó la radiografía.

BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, bajo anestesia general (éter)
EXTRACCION. CURACION. (89).

Obs. VC - TAPIA.

Un jornalero, joven, de 22 años, trabajaba en las obras de una carretera en un pueblo vecino de Madrid. El día 4 de agosto de 1906, al beber á chorro agua de un botijo, vió caer algo oscuro, que sintió al momento detenido en su garganta y que no pudo hacer pasar hacia arriba ni hacia abajo. La sensación de blandura y suavidad especial, y la circunstancia de abundar en dicho pueblo las sanguijuelas, le hicieron sospechar si sería una de éstas la causante de sus molestias; y en efecto, rompió el botijo y encontró otras tres sanguijuelas.

Vino á Madrid, y en una Casa de Socorro llegaron á ver el parásito á simple vista, pero no pudieron extraerle; entonces radicaba indudablemente en la faringe inferior. Brusca-mente una noche se despierta con un fuerte ataque de tos seguido de tan enorme dificultad respiratoria que creyó ahogar-

se: expuición de una gran cantidad de sangre, con la tos, y disminución de aquella; la voz era entonces casi áfona. A las pocas horas el ataque asfíctico se repitió, terminando de la misma manera: con expuición de sangre. Sin duda la sanguijuela había penetrado en la laringe.

Exámen. - (16 agosto 1906). Respiración difícil, húst-fago, ruido inspiratorio claro pero apagado y áspero, ligera afonia, tos escasa; cianosis de los labios.

Al laringoscopio: cuerdas debilmente enrojecidas. Mediante la posición de Semeleder-Störk, llegáse á ver los anillos traqueales y á distinguir la SANGUIJUELA en la pared lateral y posterior de la TRAQUEA.

Intervención. - Posición sedente. Anestesia local (con estovaina). BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL, tubo de 25 cnts por 11 mm: Muy cerca de la bifurcación estaba el anélido, contrai-

do é inmóvil. Intento de extracción, pero la sanguijuela al sentir el contacto de la pinza se estiró rápidamente y comenzó á oscilar, de tal modo, que hacía imposible su prehensión; á todo esto, reflejos violentísimos, que hicieron preciso suspender momentáneamente toda maniobra. Anestesia local intensa: prehensión de la sanguijuela por su extremo libre; el anélido se dejó estirar, tanto, que ante el temor de romperle, Tapia soltó; inmediatamente, prehensión por su extremo adherente y EXTRACCION con gran facilidad. CURACION. (90).

Obs. VCI - TAPIA.

Niño, de 10 años. Jugando con varios amigos, al dar un grito (! á ese!), un HUESO DE ACEITUNA que tenía en la boca fué aspirado á la laringe, produciéndole fenómenos asfícticos gravísimos, que se desvanecieron pronto para ser substituidos por tos espasmódica bronquial acompañada de acentuada disnea.

Radioscopia negativa. Imposible hacer radiografía por que el niño no toleraba la posición decúbite: se exacerbaba la tos y la disnea. En vista de esto se decide hacer BRONQUIOSCOPIA.

Intervención. - Posición Rose. Anestesia clorofórmica. BRONQUIOSCOPIA ESTOMATODIAL; tubo de 25 cmts por 9 mm: hay que anestésiar local é intensamente la tráquea á causa de los reflejos. Nueva introducción del tubo, que al llegar á la laringe provoca una contractura generalizada de todos los musculos inspiratorios: apnea y cianosis consiguientes. Traqueotomía rápida, colocación de una cánula, maniobras de respiración artificial que vuelven la vida al niño.

Han desaparecido la tos, la disnea, y todo trastorno respiratorio: ¿habria sido expulsado el cuerpo extraño, en un acceso de tos ? No era posible, pues se hubiera visto. ¿Estaria detenido encima de la cánula ?

Tapando el orificio de la cánula el enfermito no podía respirar, pero ¿no sería debido á algo de edema laríngeo engendrado por el traumatismo que pudo producir el bronquioscopio ? El exámen laringoscópico, muy difícil, demostró la integridad anatómo-fisiológica de la glotis; era de suponer que el resto de la laringe estuviera bien.

Fenómenos de bronquitis intensa, que aparecieron en los días sucesivos y que obligaron á emplear la bomba de Killian para extraer los exudados, hicieron sugerir una tercera hipótesis: ¿habría penetrado el cuerpo extraño tan profundamente en un bronquio que dejase libre todo un pulmón y gran parte del otro ? Esto parecía lo más verosímil. Sin embargo, con la auscultación no pudo comprobarse. Recurrióse entonces al radio-diagnóstico por segunda vez: en el radiograma veíase una pequeña sombra, algo confusa, que parecía corresponder á

uno de los bronquios secundarios del lado derecho.

28 mayo 1906. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL: exploróse todo el árbol bronquial derecho y á continuación el izquierdo, pudiendo asegurar que el cuerpo extraño no se encontraba en las vías aéreas. Colocación de la cánula.

Dos días después, debajo de una vitrina de la sala de operaciones, apareció un hueso de aceituna. ¡No había duda: el hueso había sido expulsado!.

No obstante, al tapar el orificio canular, seguía efectuándose mal la respiración, por lo cual no se quitó la cánula. El enfermito marchó á su pueblo con ella puesta.

Un mes más tarde volvió y, aun cuando la cánula era de calibre apropiado, decidióse cambiarla por otra perforada en el dorso con objeto de ver si se restablecía la respiración por vía natural.

25 julio 1906. - Al quitar la cánula sobrevinieron bruscamente una serie de accesos intensísimos de tos, en extremo alarmantes; colocación rápida de la cánula, instilación de unas gotas de estovaina: la tos desapareció quedando una acentuada disnea con los mismos caracteres que el día en que vino por primera vez á la consulta.

Evidentemente, el hueso encontrado no era el que aspiró el muchacho; lo ocurrido fué que el cuerpo extraño había quedado detenido encima de la cánula y, al quitar ésta, perdió el apoyo y cayó nuevamente á la tráquea.

El Dr. Cejudo exploró al enfermito y confirmó que dicho cuerpo extraño existía y estaba enclavado, ahora, en el gran BRONQUIO DERECHO.

26 agosto 1906. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con tubo fenestrado de 7 mm de diámetro: el bronquio derecho esta-

ba totalmente obturado por pus, que rebosaba y vertía sobre el izquierdo; limpieza del campo con porta- algodones: después de varios minutos logróse ver una mancha pardusca rodeada por un anillo de pus, era el hueso de aceituna que estaba detenido en el BRONQUIO PRAL DRO al nivel del primer bronquio colateral.

A pesar del sumo cuidado puesto en extraerle no pudo ser extraído por falta de pinza apropiado. Tapia ideó una, que mandó construir, y que tiene dos ramas, delgadas, fácilmente insinuables entre el hueso y la pared bronquial, con tres finisimas y penetrantes puntas de aguja, en forma de arpon.

30 agosto 1906. - BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL, con solo anestesia local: prehensión al primer intento y EXTRACCION del hueso de aceituna, al mismo tiempo que el bronquioscopio.

Ocho dias después quitose la cánula y el niño marchó á su pueblo completamente CURADO. (91).

DEDUCCIONES. - Del estudio de los casos expuestos podemos deducir los siguientes resultados:

1° - Los CUERPOS EXTRAÑOS aspirados, son tan diversos y numerosos como siguen:

AGUJA.....	= 1	casos	HABICHUELAS.....	= 5	casos
AGUJA DE INYECC....	= 1	"	HUESOS DE CARNE. =	15	"
ALFILERES.....	= 5	"	HUESOS DE FRUTA. =	6	"
ASTILLAS.....	= 1	"	MONDADIENTES....	= 1	"
BALA DE PLOMO.....	= 1	"	MONEDAS.....	= 6	"
BOLOS ALIMENTICIOS. =	2	"	PASADORES CAMISA =	6	"
CANULAS TRAQUEALES. =	9	"	PROTESIS DENTAL. =	1	"
CAPSULA DE FUSIL... =	1	"	PLUMAS DE AVE... =	2	"
CLAVO DE HIERRO.... =	1	"	SANGUIJUELAS.... =	1	"
CORCHETES METALICOS =	2	"	SILBATO.....	= 1	"
CONTERA DE PARAGUAS =	1	"	TAPONES.....	= 2	"
CUCHARILLA RASPADO =	1	"	TORNILLOS.....	= 2	"
DIENTE.....	= 1	"	TUBITO.....	= 1	"
EMBOCADURA TROMPETA =	1	"	VARILLA.....	= 1	"
ESPINAS DE PESCADO. =	2	"			
FRUTOS.....	= 2	"	DIVERSOS.....	= 4	"
GUIJARROS.....	= 3	"			
HABAS.....	= 5	"	SOSPECHAS DE C.E =	1	"

El mayor contingente lo dan los huesos de carne (15 casos), si-

guen en número las cánulas traqueales aspiradas (9 casos); los huesos de frutos, monedas, pasadores de camisa, alfileres, habas y habichuelas aspirados, vienen á ser proximately iguales en cuanto á frecuencia (6 y 5 casos). Los demás cuerpos extraños solo cuentan de una á tres observaciones.

2° - Los PACIENTES, distribuidos con arreglo á la edad y sexo, podemos clasificarlos en :

	Menos de 1 año. = 3	de ... 4 años. = 6
NIÑOS = 43.	de..... 1 año. = 2	de 5 á 6 años. = 11
	de 2 á 3 años. = 11	de 7 á 10 " = 6

	De 11 á 15 años = 6	12 muchachos.
ADOLESCENTES.= 14.	De 16 á 20 " = 4	2 muchachas.
	De edad indeter.= 4	

ADULTOS =30. Hombres = 22
(de 21 á 59 años). Mujeres = 8

VIEJOS = 2. Hombres = 1
Mujeres = 1

Como se ve la mayor proporción de pacientes pertenecen á

la infancia y al sexo masculino.

3° - El número de frecuencia de las LOCALIZACIONES en el árbol respiratorio, de los cuerpos extraños, es el siguiente:

LARINGE.....	= 9 casos	BRONQ° DERECHO....	57 casos
TRAQUEA.....	10 "	BRONQ° IZQDO.....	17 "

Sin localización fija = 2 Árbol respirat°, todo = 1

El porqué de la preferencia de los cuerpos extraños á caer en el árbol bronquial derecho nos lo da la Anatomía: sabido es que el bronquio derecho emana de la tráquea en ángulo muy abierto, al paso que el izquierdo lo hace en ángulo muy pronunciado.

4° - Las INTERVENCIONES laringo-traqueo-bronquioscópicas efectuadas, han sido:

ESTOMATODIALES = en 59 casos, en muchos de los cuales ha sido repetida dos y más veces.

TRAUMATODIAL = en 46 casos.

Como 59 y 46 suman 105 y solo son 96 las observaciones expuestas, la diferencia - 9 - (105 - 96 = 9) nos indica el número de casos en los que se ha practicado ambas intervenciones.

5° - Los RESULTADOS Obtenidos, han sido:

EXTRACCION y CURACION. = En 86 casos.
EXTRACCION y MUERTE... = En 2 " (Obs.43 y 68).
RESULTADOS NULOS..... = En 8 " (Obs.3-8-12-14-33-50-69-90)

Los casos de muerte ocurridos á pesar de la extracción del cuerpo extraño fueron producidos, el uno por bronconeumonia (Obs. 43) consecutiva á la septicidad del cuerpo. (cánula) y el otro (Obs. 68) por asfixia, debido al cuerpo extraño.

No se obtuvo resultado alguno en las Obs. supradichas, por que en unas no existia cuerpo extraño alguno en el arbol aéreo (Obs. 3-8 y 14), en otras el cuerpo extraño era tan ténue (plu-

món de ave. Obs 12) que fué aspirado á los alveolos pulmonares; en un caso (Obs. 33) la madre retiró al niño de la Clínica antes que consentir una tercera tentativa de extracción; en otro caso (Obs 50) por tener en cuenta los síntomas subjetivos de la enferma, que localizaba el cuerpo en el bronquio contrario, murió antes de poder intentar nueva bronquioscopia; en la Obs. 69, al tiempo de introducir la pinza extractora, un ayudante rompió el foco luminoso y el niño murió asfixiado; y por último en la Obs. 90, no se encontró el cuerpo extraño, aspirado 4 $\frac{1}{2}$ años hacia, por haberse deshecho éste sin duda: sólo se encontró una colección purulenta en su lugar.

V. - CONCLUSIONES.

PRIMERA. - La endoscopia de todas y de cada una de las ramificaciones del árbol aéreo es posible merced á la TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA de KILLIAN.

SEGUNDA. - La TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DE KILLIAN, tanto TRAUMATODIAL como ESTOMATODIAL, es factible en todos los sujetos de conformación normal y en todas las edades, y es el método más racional para explorar las vías aéreas.

TERCERA. - La TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA ESTOMATODIAL requiere cierta práctica por parte del operador; práctica, por otra parte, fácil de adquirir. Más difícil resulta hacer una cistoscopia que una bronquioscopia estomatodial. La traqueo-bronquioscopia directa ESTOMATODIAL puede y debe saber efectuarla todo cirujano, sobre todo los especialistas en laringelatria.

CUARTA. - La TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA TRAUMATODIAL no exige conocimiento técnico especial por parte del operador. Será, pues, el procedimiento preferido para explorar las vías aéreas, si el cirujano no ha practicado la bronquioscopia ESTOMATODIAL.

QUINTA. - La TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA TRAUMATODIAL, será asimismo preferida en los siguientes casos:

Si el paciente está traqueotomizado por una anterior afección.

Si el paciente es muy niño ó muy viejo. Si lo primero, por el pequeño calibre de su glótis; si lo segundo, por la dificultad de extender una columna vertebral anquilosada.

Si el paciente tiene alguna lesión ó deformidad bucal ó laríngea, congénita ó adquirida, que dificultara la introducción del traqueoscopio (Estenosis, cicatrices, flegmasia, anquilosis, tumores, etc.).

Si el paciente es indómito y se niega á dejarse traqueoscopizar, por via natural (niños, histéricas, etc.); en este último caso podemos usar, sin embargo, la anestesia general.

Si el cuerpo extraño es grande y con aristas, que puedan lesionar la laringe.

Si reside - el cuerpo extraño - muy profundamente en el arbol bronquial: la distancia desde el extremo exterior del traqueoscopio al cuerpo extraño se acorta así notablemente, facilitando la iluminación y manipulación.

Si hay gran urgencia operatoria. y

Si el cuerpo extraño no ha sido visto ó no ha podido ser extraído en varias sesiones de bronquioscopia ESTOMATODIAL.

SEXTA. - Fuera de los casos expuestos anteriormente, la traqueobronquioscopia ESTOMATODIAL será la preferida para explorar el aparato respiratorio. Será preferida, además, á fin de

evitar la deformación que supone la cicatriz de la traqueotomía en las mujeres y niñas.

SETIMA. - A favor de la TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA podemos diagnosticar y precisar:

Si existe, ó no cuerpo extraño en las vías aéreas.

Toda otra afección del árbol bronquial, del pulmón, y aun de la pleura: puede introducirse el traqueoscopio, á través de la rama bronquial correspondiente, hasta un absceso ó núcleo de necrosis, vaciar éste por medio de la bomba aspirante ó inyectar después, sea medicamentos, sea una sal opaca á los rayos X, que nos guiará para hacer neumotomía.

OCTAVA. - La TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA, ya sea ESTOMATODIAL ó TRAUMATODIAL, han logrado la extracción de los cuerpos extraños de las vías aéreas en un 95 % de los casos.

Ahora bien, según la estadística de Preobraschensky (92) de 160 casos de cuerpos extraños en las vías aéreas, conocidos hasta 1891, solo 72 fueron expulsados espontáneamente ó á favor de traqueotomía, muriendo los 88 restantes. Es decir, un 45 % de curaciones y un 55 % de defunciones.

Según Polk, de 61 casos, posteriores á 1891, 47 curaron y 14 no. Es decir, 77 % de curaciones, á favor de traqueotomía, y un 22 % de defunciones á pesar de traqueotomía.

Término medio: 53,85 % de curaciones por 47,15 % de defunciones.

De nuestra estadística resulta: restando del número total 96, las obs. 3, 8, 14, 33 y 90, en las que no se extrajo el cuerpo extraño porque no existía, ó porque no quiso la familia, cuyas obs. no son fracasos del método, ni ninguna registra defunción, nos quedan 91 obs. de las cuales en 86 se extrajo el

cuerpo extraño y el paciente CURÓ, y en 5 el paciente MURIÓ. en un solo caso (obs. 68) á favor de la bronquioscopia y en los 4 restantes á pesar de la bronquioscopia.

En resumen: CURACIONES absolutas, 94,5 %; FRACASOS, 6,5 %.

Compárense las estadísticas antes y después de la era de la traqueo-bronquioscopia. Y resultará:

NOVENA. - Que la TRAQUEO-BRONQUIOSCOPIA DIRECTA debe ser, de ahora para siempre, el método de elección en el diagnóstico y sobre todo, en el tratamiento de los cuerpos extraños alojados en las vías aéreas.



Admirable
Federico Valenzuela

José Yunque y Pardo

Admirable
F. Obispo

BIBLIOGRAFIA.

- (1). - PIENIAZEK. "Exploración de la tráquea después de traqueotomía. TRAQUEOSCOPIA INFERIOR." (Wien. med. Blätter. 1899).
- (2). - PIENIAZEK. Arch. für Laryng. Bd. IV.
- (3). - CZERMAK. Du laryngoscope.
- (4). - SEMEIEDER. Allgem. Wien. med. Zeitung, 1859 (n°40.)
- (5). - STRÜBING. Tratado de Medicina clin. de Ebstein.
- (6). - TÜRCK. Du laryngoscope. 1861.
- (7). - von EICKEN. Der directen Untersuch ungesmetoden der Luftwege und der oberen Speinwegen. Arch. f. Laryn. 1904
- (8). - MIKULICK. Wien. med. Press. 1881.
- (9). - Von EICKEN. Wien, Klin. Wochenschr. 1902.
- (10). - Von EICKEN. Die klinische Werwertung der direkten &.
- (11). - KIRSTEIN. Berl. Klin. Wochenschr. 1895. y Med. und Chir. Bd. XII.

- (12). - KIRSTEIN. Munch. med. Woch. 1897. (n°38).
- (13). - KILLIAN. Für die Besucher der 70 Jahresversammlung der British med. Ass. als Manuskript Gedruckt.
- (14). - TAPIA. "Ann. des maladies de l'oreille" 1905 pg.389.
- (15). - NISHYAMA. "Arch, internat. de laryngol" 1907.
- (16). - KILLIAN. Münch. med. Woch. n° 38.
- (17). - KILLIAN. Deuts. med. Woch. 1902.
- (18). - KILLIAN. Wien. med. Woch. 1900.
- (19). - KILLIAN. Deuts. med. Woch. 1902.
- (20). - KILLIAN. Arch. für. Laryng. Bd.XIII.
- (21). - KILLIAN. Arch. für. Laryng. Bd.XIII.
- (22). - KILLIAN. Deuts. med. Woch. 1900.
- (23,24,25,26,28,30 y 31). - KILLIAN. Arch, f. Laryng. Bd.XV.
- (27). - KILLIAN. Wien.Klin. Wochens. n° 11. 1903.
- (29). - KILLIAN. Deuts. med. Woch. 1903.

- (32)(33)(34). - KILLIAN. Rev. hebdom. de laryngologie 1905. II.
- (35). - BODMER. Correspond. Blätt. f. Sweiser. 1904. n° 6
- (36). - BURK. Arch. für Laryngol. Bd XVII. n°1.
- (37). - COOLIGE. Ass. amer. of laringologie. 1899.
- (38). - COOLIGE. Arch. für Laryngol. Bd XV.
- (39). - COUSIEU. Annales des maladies de l'oreille... 1904. I.
- (40). - DENKER. Arch. für Laryngol. Bd XVII.
- (41,42). - EIKEN. Arch. für Laryngol. Bd. XV.
- (43) ELSBERG. Laryngoscope. 1906. II.
- (45). - FLETCHER. The journ. of the Amer. med. Ass. 1905.
- (46). - GAREL &° DURAND. Lyon medical. 1904. n° 17.
- (47,48). - GAREL. Lyon medical. Decbre. 1905 y Feb. 1906.
- (49,50). - GUISEZ. Presse medical. feb. 1905.
- (51). - GUISEZ. Gaz. des Hôpit. civils et milit. 1905. n° 28.
- (52,53,54). - GUISEZ. Ann. des mal. de l'oreille. 1906. n° 12.

- (55). - LAJEK. Arch. für Laryngol. Bd. XIV.
- (56). - HARRINGTON. Boston medical Vol. 146.
- (57). - HIRSCHLAND. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1904.
- (58). - HUG. Arch. für Laryngologie Bd. XV.
- (59). - JABOULAY-GAREL. Ann. des mal. de l'oreille. 1906.
- (60). - KAN. Arch. de laryngologie. 1906 T. I.
- (61). - KILLIAN (De Worms). Deuts. med. Woch 1901.
- (62). - KILLIAN (De Worms). Arch. für Laryngologie Bd. XV.
- (63). - LAFITE & DUPONT. Archives internationales. 1906. I.
- (64). - LINS. Ann. des mal. de l'oreille. 1905.
- (65,66). - MOURE. Rev. hebdom. de laryngol. 1906. T. I.
- (66). - MOLINIE. Marseille medical 1904.
- (67,68). - NEUMAYER. Deuts. med. Woch 1900.
- (69). - NISHIYAMA. Archives internationales de laryngol. 1907.
- (70 á 72). - POLOTNY. Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1904. n°8

- (73). - PATERSON. Proceedings of the laryn. 1904.
- (74). - PIENIAZEK. Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1903.
- (75). - PIENIAZEK. Arch. für Kinderheilk Bd. X.
- (76). - PIENIAZEK. Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1903.
- (77,78). - SCHRÖTTER. Wiener Klin. Woch. 1902. n° 45.
- (79). - SCHRÖTTER. Soc. de medicine int. et de pediatrie. 1906.
- (80). - SEBILHAU. Soc. de chirurgie. séance du 17 mai 1905.
- (81,82). - SIEMENMANN. Korresp. Blätt. f. Schweizer. 1904. n° 4.
- (83). - SIDNEY. Medical record. feb. 1905.
- (84). - SCHWYZER. Annals of Surgery 1904. n° 2.
- (85,86). - SPIESS. Münch. med. Woch. 1901 y 1902.
- (87). - STEIN. Deuts. med. Wochens. 1904.
- (88). - THOST. Arch. für Laryngol. Bd. XVII. hf. 1
- (89). - WILD. Versam. des Vereins süddentt. Laryng. 1901.
- (90). - TAPIA. Siglo médico 16 marzo 1907.
- (91). - TAPIA. Revista Barcelonesa de enfermedades de oido.

garganta y nariz. 1907. n° 7.

(92). - v FICKEN. - Die Klinische Verwertung der direkten untersuchungsmethoden der Luftwege und der oberen Speisewegen. - pg. 63.


TAPIA. Manuel Garcia: Su influencia en la laringologia y en el arte del canto.



- Estadística —
Cuadros sinópticos

Nº	OPERADOR	PACIENTE	CUERPO EXTRAÑO		SINTOMATOLOGIA
			Naturalidad y días.	Localización	
1	KILLIAN	M-63 años.	HUESO DE CERDO.	BRONQ° PL DRO.	
2	KILLIAN	H- 4 años.	HABA.	BRONQ° PL DRO.	Inquietud. Disnea
3	KILLIAN	H- 2 años.	MONEDA.	BRONQ° IZQDO.	Grave: enfisema subcutáneo; 39°.
4	KILLIAN	H-42 años.	HUESO DE CARNE.	BRONQ° PL DRO.	Bronquitis crónica con broncoectasia.
5	KILLIAN	M-33 años.	HUESO DE CARNE.	BRONQ° PL DRO.	Víase al laringoscopio.
6	KILLIAN	M- 6 años	PASADOR DE CAMISA.	REGION SUBGLO-TICA.	Voz apagada. Víase al laringoscopio.
7	KILLIAN	H-50 años.	CANULA	BRONQ° PL DRO.	
8	KILLIAN	H-24 años.	AGUJA.	PULMON DERECHO	Hemoptisis. Radiografía, positiva.
9	KILLIAN	H- 6 años.	HABICHUELA.	BRONQ° PL DRO.	Bronquitis dra.



	INTERVENCIÓN			OBSERVACIONES	BIBLIOGRAFIA
	Anest.	Tentativas	Resultados		
997	Local	Estomat. = 2	Extracc.- C.		Munch.med.Wooh.-n°38
998	Local.	Traumat. = 1	Extracc.- C.	Tend ^a á caer.	Deuts.med.Wooh.-1902
999	Gral.	Traumat. = 1	No se vió. Periesofagitis.	Murió por mediastinitis	Wienn.med.Wooh.-1900
999	Herfina. Cocaina.	Estomat. = 1	Extracc.- C.	Intentos de extracción por varios métodos.	Deuts.med.Wooh.-1902
900	Herf. y Cocaina	Estomat. = 2 Traumat. = 1	Sin resultado Extracc.- C.	Embarazada.- Hemorragia bronql.	Arch.f.Laryng. - Bd. XIII.
900	Gral.	Laringoscop. directa.	Extracc.- C.	Traqueotomia por espasmo glótico.	Deuts.med.Wooh.-1900
900	Local.	Traumat. = 1	Extracc.- C.	Era traqueotom°.	Arch.f.Laryng.-Bd.XV.
900	Local.	Estomat. = V Traumat. = V	Nulos. Nulos.	Aguja en la perforación pulmon.	Arch.f.Laryng.-Bd.XV.
900	Gral.	Estomat. = 2	Extracc.- C.	Falta 1/4 (1).	Arch.f.Laryng.-Bd.XII

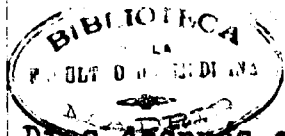
Nº	OPRESIONES	RESIDENTE	CUBA	Localización	SINTOMATOLOGIA
			Naturalidad y firma.		
10	KILLIAN	H-28 años.	PASADOR DE CAMISA.	BRONQ° IZQDO.	Bronquitis crónica. Bronquiectasias.
11	KILLIAN	H-40 años.	PASADOR DE CAMISA.	BRONQ° IZQDO.	Sintomas de caliza, dere
12	KILLIAN	H-42 años.	PLUMON DE AVE.	(?).	Disnea y bronquitis disnea
13	KILLIAN	H-20 años.	HUESO PUNTIAGUDO.	BRONQ° PL DRO.	Hemoptisis.
14	KILLIAN	H-24 años.	SOSPECHAS DE C. F.	(?).	Esputos fétidos Bronquitis dra.
15	KILLIAN	H- 8 años.	CONTERA DE LATA.	BRONQ° PL DRO.	Radiog ^a . Positiv
16	KILLIAN	H- 4 años.	GUIJARRO.	BRONQ° PL DRO.	
17	KILLIAN	H-35 años.	AGUJA DE INYECCION	BRONQ° PL DRO.	Dolor agudo.
18	KILLIAN	M- 7 años.	SILBATO DE ESTAÑO.	BRONQ° DERECHO. (Ram. de 3° orden)	Silbido inspiratorio. Tos.

	I. H. F. V.	C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.
C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.	C. O. A.
901	Gral. Estomat. = 2 Local. Estomat. = 1	Estomat. = 2 Estomat. = 1	Nada se vió. Extracc. - C	Murio 2 meses des- pués: pleuresia la do sano.	Arch.f.Laryn.-Bd.XV.
902	Local.	Estomat. = 1	Extracc. - C	Explorose antes el bronq ^o dro.	Wienn.Klin.Wochens. n° 11 - 1903.
902	Gral.	Estomat. = 1	Nada se vió.	Dias después ex- pect ^o espont ^a - C.	Arch.f.Laryn.-Bd.IV.
903	Gral.	Estomat. = 1	Extracc. - C		Dents.med.Woch.1903.
903	Gral.	Estomat. = 1	Nada se vió.		Arch.f.Laryn.-Bd.IV.
1903	Gral.	Estomat. = 1	Extracc. - C		Arch.f.Laryn.-Bd.IV.
1904	Gral.	Estomat. = 1	Extracc. - C		Rev.hbd.d.Laryn.1905
1904	Gral.	Estomat. = 1	Extracc. - C		Rv.hbd.d.Laryn.1905.
1904	Gral.	Estomat. = 3	Extracc. - C	Dificil de extra- er.	Rv.hbd.d.Laryn.1905.



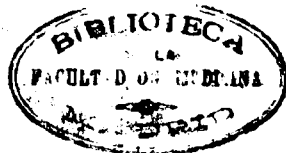
Nº			Causa	Localización	Enfermedad
19	BONKER.	H-11 años.	ALfiler.	BRONQ° PL DRO.	Falta. Radiog. negativa.
20	BURK.	H- 3 años.	TORNILLO DE ACERO.	BRONQ° IZQDO. (Ram. de 3ª orden)	Sintom. c. Radiog. p.
21	COOLIDGE.	H-23 años.	CANULA TRAQUEAL.	BRONQ° PL DRO.	Radiog. negativa.
22	COOLIDGE.	H-adulto.	MONEDA (10 cts).	BRONQ° PL DRO.	
23	COUBIQU.	M-adulto.	HUESO DE CERDO.	REG.SUBGLOTICA.	Sensac ⁿ molesta en la garganta.
24	DENKER.	H- 7 años.	HUESO (esquirla).	REG.SUBGLOTICA.	Asfixia.
25	EICKEN.	H-3½ años.	HABA.	BRONQ° IZQDO.	Sintom. c. rta.
26	EICKEN.	M-5½ años.	GUIJARRO.	BRONQ° IZQDO.	Sint. de localiz ⁿ en el bronq° dro.
27	ELBERG.	H- 4 años.	ALfiler GRANDE.	BRONQ° PL DRO.	
28	FLETCHER.	H-22 años.	PASADOR DE CAMISA.	BRONQ° DERECHO.	Neumonía.

903	Local.	ESTOMAT.= 1 TRAUMAT.= 2	Intentose. EXTRACC. - C.	No pudo hacerse. Mucho moco-pus.	Corresp. Blatt. für Swizer. - 1904.
	Gral.	TRAUMAT.= 2	EXTRACC. - C.	A favor de un electro-iman.	Arch.f.Laryn.Bd XVII
998	Gral.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC. - C.	Con un uretroscopio	Ass.amer.Laryn.1899.
901	Gral.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC. - C.		Arch.f. Laryn.Bd.XV.
904.	Local.	LARINGOSCO- PIA DIRECTA.	EXTRACC. - C.	Diagnosticado al laringoscopio.	Ann.d.malad. 1904.
	Gral.	IDEM ID.	EXTRACC. - C.		Arch.f.Laryn.Bd.XVII
903.	Gral.	ESTOMAT.= 1 TRAUMAT.= 1	EXTRACC. - C.	Diez dias despues ex- puls ⁿ de un trozo	Arch.f.Laryn.Bd.XV.
903.		TRAUMAT.= 2	EXTRACC. - C.	1 ^a explorese el otro bronq ^o (aro)	Arch.f.Laryn.Bd.XV.
	Gral.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC. - C.	Plegola per t.	Laryngoscopia 1905.
904.	Gral.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC. - C.	2 ^a de intervenc ⁿ	Bv.hbd.d.Laryn.1905.



N°	OPERADOR	EDAD	OBJETO	ANATOMIA	DIAGNÓSTICO
29	GARRE-DURAND	H-24 aña.	ALFILER.	BRONQ° DERECHO (Ram. de 3° orá)	Nula. Radiog ra fia positiva.
30	GARRE.	H-14 mes.	HUESO DE POLLO.	GLOTIS.	Bisnea. apagada.V
31	GARRE.	H-2½ aña.	CORCHETE.	GLOTIS.	Afonía, Disfonia
32	GUISEZ.	H-adulto.	MONEDA. (50 onts).	BRONQ° PL DRO.	Nula.
33	GUISEZ.	Niño.	TUBITO DE VIDRIO.	BRONQ° DERECHO	Nula.
34	GUISEZ.	H-adulto.	MONDADIENTES.	TRAQUEA.	
35	GUISEZ.	H-adulto.	MONEDA. (10 fros).	BRONQ° PL DRO.	Sonido de Crisis disfonia
36	GUISEZ.	H-adulto.	MONEDA (50 onts).	BRONQ° PL BRO.	Dolor fijo el maxilon dno
37	GUISEZ.	H-6½ aña.	EMBUCASIA DE TROMPETA.	BRONQ° DERECHO	Sonido musical Radgª positiva

904	Local.	ESTOMAT.= 4 TRAUMAT.= 3	Nulos. EXTRACC. - C	No sirvió el else tre-iman.	Lyon med. 1904.n°17
	Gral.	LARINGOSCO- PIA DIRECTA.	EXTRACC. - C	Al laringoscopio no pudo verse.	Lyon med. 1905.
	Gral.	LARING.DIREC	EXTRACC. - C	Radg ^a previa pos ^a	Lyon med. 1906.
04	Local.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC. - C	Era cobrad ^r trav ^a	Presse med. 1905.
04	Gral.	ESTOMAT.= 2	Nulos.	Retiraron el niño	Presse med. 1905.
04	Local.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC. - C		Presse med. 1905.
905	Local.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C	Rad ^a previa pos ^{ya}	Ann.d.malad.& 1 ^a oreille, &°. 1906.
906	Local.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC. - C	Rad ^a prev.posit ^a	Idem id.n° 12.
906	Gral.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC. - C		Idem id. n° 12.



N°	Nombre	Edad	Material	Enfermedad	Observaciones
38	GUISEZ.	M-5½ años.	HUESO DE DATIL.	BRONQ° IZQDO.	Silenc° resp° palm. izqd°.
39	HAJEK.	H-adulto.	CANULA TRAQUEAL.	BRONQ° PL DRO.	Bronquitis
40	HARRINGTON.	H- 6 años.	HABA.	BRONQ° PL DRO.	Silc° resp° dro
41	HIRSCHLAND.	H-10½ años	TROZO DE CARNE.	BRONQ° IZQDO.	Silc° resp° dro
42	HUG.	M-38 años.	HUESO DE VACA.	BRONQ° IZQDO.	
43	JABOULAY- - GAREZ	H-59 años.	CANULA TRAQUEAL.	BRONQ° PL DRO.	Bronconeumonía dra. Rad° posit°
44	KAN.	M- 6 años.	HABA.	BRONQ° PL DRO.	Bronconeum° dro
45	KILLIAN (J.A)	H-3½ años.	ESPINA DE PESCADO.	BRONQ° IZQDO.	Bronquitis dif°
46	VILLIAN (J.A)	H-joven.	MONEDA. (1 pfennig).	BRONQ° PL DRO.	Silc° resp° dro
47	LAFITE - DUPONT.	M- 9 años.	HUESO DE CARUELA.	BRONQ° PL DRO.	Fiebre. Consumo° Dolor al toser.

02. Gral. ESTOMAT.= 2 EXTRACC. - C. Cogida escapó y Ann. des maladies de
cayd en otro br: l'oreille, 8^{vo}. 1906.
- Local. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C. Arch. f. Laryn. B. XIV
- Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C. Boston med. Vol. 146
- Local. ESTOMAT.= 2 EXTRACC. - C. Esofagosc^o prev^o Monat. f. Orenh. 1904.
- 04 Local. ESTOMAT.= 1 Vióse.
TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C. Arch. f. Laryn. Bd. XV
06. Local. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - Murió de bronco- Ann. des mal l'orei-
neumonía á 12 ds lle. 1906.
- Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C. Mucho moco-pus. Soc. neerland. 1906.
01. Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C. Deuts. med. Woch. 1901
03. Local. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C. Arch. f. Laryn. Bd. XV.
05. Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C. Usóse el tubo-
espátula Killian. Arch. intern. 1906.



Nº	Apellido	Edad	Objeto	Localización	Observaciones
48	LINS.	H-43 años.	HUESO DE POLLO.	BRONQ° IZQDO.	Fiebre.
49	MOURE.	H-63 años.	DOS TROZOS DE HUESO DE POLLO..	BRONQ° PL DRO.	Simulac ^o pleu- nia dra. Rea- negativa.
50	MOURE.	H-56 años.	HUESO DE BIFTECK.	BRONQ° IZQDO.	Enf ^o que jase torax dro. Sig- estetoscóia is-
51	MOLINIE.	H-11 años.	TAPONCITO.	BRONQ° DERECHO (Ram de 3 ^o Ord)	Fiebre: 40°
52	NEUMEYER.	H- 6 años.	ASTILLA DE MADERA.	BRONQ° PL DRO.	
53	NEUMEYER.	H-9 meses	TROZO DE CARNE.	TRAQUEA.	
54	NEUMEYER.	H-13 años.	HUESO DE CARNE.	BRONQ° PL DRO.	
55	NEUMEYER.	H- 9 años.	MINA DE LAPIZ.	BRONQ° PL DRO.	
56	NEUMEYER.	H- 4 años.	GRANO DE CAFE.	BRONQ° PL DRO.	

- 04 Gral. ESTOMAT.= 6 EXTRACC.- C. Dificil de extr. Ann.d.malad. 1905.
- 04 Local. TRAUMAT.= 1 EXTRACC.- C. Larga convalescen-Rev.hebd. de laryng.
cia: infección lo-1906.
cal.
- 05 Local. ESTOMAT.= 1 Nulos.(sólo Murio: bronconeu- Idem id.
pudo explo- monia izqda.
rar brq° dro)
- 04 Gral. TRAUMAT.= 2 EXTRACC.- C. Salio una tasa Marseille Med. 1904.
de pus.
- 04 Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC.- C. Deuts.med.woch. 1900.
- 04 Local. ESTOMAT.= 1 EXTRACC.- C. -Idem Id.
- 04 Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC.- C. -Idem Id.
- 04 Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC.- C. -Idem Id.
- 04 Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC.- C. -Idem Id.



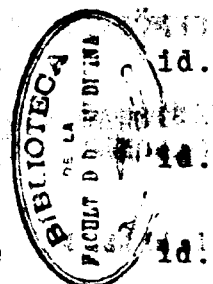
N°	Apellido	Edad	Objeto	Localización	Observaciones
57	NEUMAYER.	H-11 años.	GLASSO.	BRONQ° PL. DRO.	
58	NISHIYAMA.	H-adolesc	HUEZ (fragmento).	BRONQ° PL. DRO.	
59	NOWOTNY.	H- 5 años.	HABA.	BRONQ° PL. DRO.	Respiracion do dro. abo
60	NOWOTNY.	H-2½ años.	GUIJARRO.	BRONQ° PL. DRO.	Idem idem idem
61	NOWOTNY.	H-6½ años.	ESPIÑA DE PESCADO.	REG. SUBGLOTIC.	Exoftalmos. Hemo- fago. Disnea.
62	NOWOTNY.	H-3½ años.	HUESO DE CARNE.	RG. SUBGLOTICA.	Vióse al larínge
63	PATERSON.	H- 8 años.	CORCHETE DE CORSE.	RG. SUBGLOTICA.	Vºº. al larínge
64	PIENIAZEK.	M- 6 años.	HABICHUELA.	BRONQ° PL. DRO.	Neumonia dra.
65	PIENIAZEK	M-40 años.	DIENTE.	BRONQ° DRO.	Fiebre.
66	PIENIAZEK	M- joven.	CUCHARILLA (trozo)	BRONQ° PL. DRO.	Radª. positiva.

	OBSERVACIONES	BIBLIOGRAFIA
Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C.		Deuts.med.Woch. 1900
Local. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C.		Arch.intern. 1907.
04 Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C.	Estenosis consecutiva: granuloma.	Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1904.
04 Gral. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C.		Idem id.
Gral. LABI... PIA DIRECTA EXTRACC. - C.	Al laringosc°: edema lar.	Idem id. Vióse C.E.
Local. IDEM ID. 1 EXTRACC. - C.	Vióse al laring°.	Idem id.
Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C.	Cayó BRONQ° DRO.	Idem id.
Gral. TRAUMAT.= 1 EXTRACC. - C.		IDEM ID. 1903.
Gral. TRAUMAT.= 2 EXTRACC. - C.		Idem id.
Local. ESTOMAT.= 1 EXTRACC. - C.	Padeoia. tisis laríngea.	Idem id.



N°	OPERADOR	PACIENTE	CUERO Y MEMBRANAS	SINTOMATOLOGIA
67	PIENIAZEK.	H-2½ aña.	HABICHUELA.	BIF. TRAQUEAL. Insp ^u forz nide estrida
68	PIENIAZEK.	M-18 mes	HABICHUELA.	BRONQ° PL DRO. Terax dro Matidez comp
69	PIENIAZEK.	H- 4 aña.	HUESO ALBARICOQUE.	BIF. TRAQUEAL.
70	PIENIAZEK.	H- 7 aña.	SEUDO-MEMBRANAS.	TRAQUEA. Asfixia. Cianosis
71	PIENIAZEK.	H- 2 aña.	GRANULOMA.	TRAQUEA. Disnea. Asfixia.
72	PIENIAZEK.	H-3½ aña.	SEUDO-MEMBRANAS.	ARBOL AEREO. Asfixia. Cianosis
73	PIENIAZEK.	H-adulto.	CANULA TRAQUEAL.	BIF. TRAQUEAL.
74	PIENIAZEK.	H-adulto.	PLUMA DE AVE.	BIF. TRAQUEAL.
75	PIENIAZEK.	H-adulto.	CANULA DE CAUCHO.	BRONQ° PL DRO.
76	PIENIAZEK.	H-adulto.	VARILLA METALICA.	BRONQ° PL DRO.

Gral	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.			Monatsschrift für Ohrenhilk. 1903.
Gral.	ESTOMAT.= 1 TRAUMAT.	Asfixia.- M. EXTRACC.-	Al coger el c. e. se deshizo.	Idem idem id.	
Ninguna	TRAUMAT.= 1	Nulos. -	M. P. rot ^a foco luz.	Idem idem id.	
id.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Estaba traqueot ^o .	Arch.f.Kinderheilk. Bd.X.	
id.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Idem id.
id.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Idem id.
Local.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Monats.f.Ohren.1903
Local.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Idem id.
Local	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Idem id.
Local	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem	id.	Idem id.



N°	CHILLENSE	INDICACION	QUÍMICO	SINTOMATOLOGIA
77	PIENIAZEK.	H-adulto.	ALFILER IMPERDIBLE.	BRONQ° PL DRO.
78	PIENIAZEK.	H-adolesc	TAPONCITO DE CORCHO	BRONQ° PL DRO. Torax dro. ingu- vil. Sil° resp°.
79	PIENIAZEK.	H-adulto.	CANULA TRACHEAL.	BRONQ° IZQDO.
80	PIENIAZEK.	H-adulto.	CANULA DE CAUCHO.	BRONQ° PL DRO.
81	PIENIAZEK.	H-adolesc	CAPSULA DE FUSIL.	BRONQ° DERECHO.
82	SCHRÖTTER.	H-12 años.	BALA DE PLOMO.	BRONQ° PL DRO.
83	SCHRÖTTER.	M-35 años.	HUESO DE VACA.	BRONQ° DERECHO.
84	SCHRÖTTER	H-10 años	HUESO DE CARNE.	BRONQ° DERECHO.
85	SEBILIAU & LOMBARD.	M-45 años.	ALFILER.	BRONQ° DERECHO. (ran. 3° orden). Expectu fétida.
86	SIEBENMANN	M- 4 años.	HABICHUELA.	BRONQ° PL DRO.

INTERVENCIÓN	Técnicas	Resultados	OBSERVACIONES	BIBLIOGRAFÍA
Local.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Estaba traquetom ^a	Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1903.
Local.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem id.	Idem id.
Local	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem id.	Idem id.
Local	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Idem id.	Idem id.
Gral.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Traquet ^a en la misma sesión.	Idem id.
Local	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Wien.klin.Woch. 1899.
Local.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.	A los 3½ años.	Wien.klin.Woch. 1892.
Ninguna	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Soc. de med. et de pe- diatrie. 1906.
Local.	TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Traquet ^a previa el día anterior.	Soc. de chir. 1905.
Gral.	ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Korresp. Blätt. f. Schweizer Aerts. 1905



N°	OPERADOR	PACIENTE	CUERPO EXTRAÑO		SINTOMATOLOGIA
			Identificación y tamaño	Localización	
87	SIEBENMANN	M- 4 años.	HUESO DE CIRUELA (1/2)	TRAQUEA.	
88	SIDNEY.	H-10 meses	PEPITA DE NARANJA.	BRONQ° PL DRO.	
89	SCHWYZER.	M-48 años.	TROZO DE CARNE.	BRONQ° PL DRO.	Fiebre Esc...
90	SPIESS.	M-17 años.	PASADOR DE CAMISA.	BRONQ° IZQDO.?	
91	SPIESS.	M-43 años.	HUESO DE CARNE.	BRONQ° IZQDO.	Bronquitis crónica. Inflamación inferior.
92	STELL.	H-12 años.	ALFILER DE LATON.	SUBGLOTIS.	Víase el larino
93	THOST.	H- 3 años.	RODILLO METALICO.	BRONQ° IZQDO.	Radiog. positivo
94	WILD.	H-65 años.	PALADAR ARTIFICIAL.	BRONQ° IZQDO.	Radiog. positivo
95	TAPIA.	H-28 años.	BANGUISUELA.	TRAQUEA.	Abscesos cefálicos. alivio hemoptis.
96	TAPIA.	H-10 años.	HUESO DE ACEITUNA.	BRONQ° PL DRO.	Disnea; tos espas módica, bronquia.

INTERVENCIÓN		OBSERVACIONES	BIBLIOGRAFIA
Anest. Tentativas	Resultados		
Gral. ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Korr. Blät. Schw. 1905
Ninguna TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Med. Record. 1905.
Gral. TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Ann. of Surgery. 1904
Gral. TRAUMAT.= 1	Nulos. -	Abceso peribronq	Münch. med. Woch. 1901.
Local. TRAUMAT.= 8	EXTRACC.- C.		Münch. med. Woch. 1902.
Local. LARINGOSCOPIA DIRECTA	EXTRACC.- C.		Deuts. med. Woch. 1901.
Local. TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Con electro-iman	Arch. f. Laryn. Bd XVII
Gral. TRAUMAT.= 1	EXTRACC.- C.		Versam. des Vereins städt. Laryn. 1901.
Local. ESTOMAT.= 1	EXTRACC.- C.	Difícil de coger	Siglo médico. 1907. (16 de marzo).
Gral. y Local. ESTOMAT.= 1	Acceso apnea.	Caso muy curioso	Rev. Barc. ^a enfermds de oídos.
Local. TRAUMAT.= 3	EXTRACC.- C.		



Verifico el ejercicio el día
17 de junio de 1907 y
pre' calificado de Satisfac-
tante
El Jefe
Arturo de Rodenas

Federico Olózaga Manjarrés

Manjarrés

El recet.
de. Mañanas