

LECCION XLVI.

Consideraciones generales sobre la reseccion del maxilar superior.— Clasificación de los procederes quirúrgicos y bases en que se fijan.— Resecciones parciales, totales y osteo-plásticas ó temporarias.— Indicaciones especiales que dichas operaciones cumplen como procederes preliminares en la extirpación de los pólipos naso-farigeos.— Reseccion del pómulo: nuestro procedimiento.

Tienen todos los métodos operatorios, como medios terapéuticos, un período de prueba en que se demuestran las ventajas é inconvenientes que les son anexos. Este primer tiempo, que pudiéramos llamar de perfeccionamiento, sufre diversas metamorfosis y distintos cambios, hasta amoldarse al verdadero cumplimiento de la indicacion que el cirujano pretende llenar al practicar una maniobra quirúrgica. Dicho período en la reseccion del maxilar superior ha recorrido tan múltiples fases, que hoy existen multitud de trabajos sobre este asunto; los cuales pueden constituir una extensa y abundante *bibliografía*, ¿quiere indicar esto, que en dicha operacion se ha dicho la última palabra? Léjos de ello puede decirse, sin temor de ser desmentido, que mucho se anduvo; pero aún queda bastante que recorrer hasta vencer multitud de obstáculos y dificultades que suelen presentarse al resecar el maxilar. Desde la primera operacion que practicara Acoluthus, de Breslau, hasta las ejecutadas en nuestros días, siguiendo este profesor un proceder original, existen tan notables modificaciones, hay hecho tanto exfuerzo intelectual en pró de la perfeccion, que no se sabe qué admirar más, si los inmensos recursos con que el Arte hoy cuenta ó el incansable afan de nuestros prácticos, para llegar á la meta del perfeccionamiento. Más no seamos injustos: al dirigir alabanzas á los cirujanos de nuestros tiempos no debe excluir el que apreciamos en lo mucho que valen, los primeros ensayos que se hicieron en lo antiguo. La misma operacion de Acoluthus, este primer esbozo de reseccion, es tanto más digno de admirar, cuanto que se practicaba en 1693, en cuya época la cirugía estaba muy atrasada en la práctica de ciertas maniobras quirúrgicas. La del cirujano de Breslau, tenia que sujetarse en un todo á las circunstancias especiales en que se encontraba la enferma; el proceder en esta operada tuvo que ser un procedimien-

to del acaso, sin otras reglas que las exigidas por la pura necesidad. Haremos de ella un ligero resúmen, tanto más, cuanto que revela dicho cirujano un ingenio especialísimo para llevarla á cabo. Trátase de una mujer de Silesia, de unos 30 años de edad, á la cual, por causa de la extraccion de un diente en el lado izquierdo del maxilar superior, se le presentó un pequeño tumor en el alvéolo de dicho diente, cuya *neoplasia* adquirió en poco tiempo el volúmen de *dos puños* (valiéndonos de la misma frase de Acoluthus). Dicho tumor, en tan rápido y extenso crecimiento, llegó á ocupar casi toda la boca, empujando la mejilla hácia fuera en un limite próximo á la ruptura. La enferma, segun dice Acoluthus, arrastraba una existencia miserable, y esto le impulsa á buscar un cirujano que le practique la operacion para que la libre de tantos tormentos. Acoluthus hiende la comisura izquierda del labio, y puesto el tumor al descubierto, lo excinde parcialmente con un bisturi cóncavo y de hoja muy fuerte, sin poder extirpar mucha parte del tumor que llenaba la *base palatina*. La operacion, dice Acoluthus, fué larga, laboriosa y *una de las más crueles que habia visto*, porque tuvo que aplicar varias veces el cauterio actual para cohibir hemorragias y destruir fungosidades. Véase, pues, como en esta primera maniobra quirúrgica no se siguieron reglas fijadas de antemano, sino que el citado cirujano tuvo que guiarse exclusivamente, por la fuerza de las circunstancias y las inspiraciones del momento, falto como estaba de conocimientos anatómicos, y de la nocion diagnóstica de la *neoplasia*, objeto de la operacion; cuyo tumor, por los datos que expone el cirujano de Breslau, debió ser, posiblemente, un verdadero *miéloma*.

No es posible, en manera alguna, considerar como *operaciones regladas*, las llevadas á cabo por Camper, Planque, Beaupreau, Klein y Deschamps, ni tampoco las punciones del maxilar con objeto de dar salida á colecciones líquidas, practicadas por Molineth en el siglo décimo séptimo, y más tarde, por Bertrand y Gooch, cuyas operaciones están descritas en la Obra de Walther.

Sea cualquiera el procedimiento de reseccion que se adopte, han de precederle siempre como operaciones preliminares, ciertas maniobras operatorias con el objeto de prevenir algunos accidentes temibles, que suelen presentarse en el decurso de dicha operacion. El dolor que es intenso en esta clase de resecciones, ha llamado especialmente la atencion de los cirujanos; los cuales han

ideado multiplicados medios para abolirlo, ó hacerlo, al ménos, más tolerable; pero el profesor se encuentra en una disyuntiva, sin poder elegir satisfactoriamente ninguno de los extremos: ó el enfermo se anestesia para evitar el dolor, y en este caso insensibilizada la mucosa laringea, no avisa, que la sangre pasa á los pulmones é impide la hematosis, provocando la asfixia, ó se hace la reseccion del maxilar, sin el auxilio de ningun anestésico, ocasionando los dolores que son consiguientes. Para encontrar solucion á estos problemas, se han ensayado varios procederes que están muy lejos de haber resuelto la cuestion. Nusbaum, de Munich, practicando la traqueotomía y cloroformizando por la herida de la tráquea; Tredelenbourg anestesiando con su aparato de goma el conducto traqueal; Below, aplicando la cánula laringea; Verneuil, usando el taponamiento de las fosas nasales y verificando la operacion en dos tiempos; Roser, de Suiza, colocando la cabeza en extension forzada, para evitar que caiga la sangre en la laringe, y nuestro eminente maestro el sábio cirujano Dr. Creus, practicando la anestesia general durante el primer tiempo operatorio y quitando despues el cloroformo en lo restante de la operacion. Estos procedimientos no son otra cosa que medios auxiliares que aunque pretenden obviar el inconveniente que mencionamos, distan mucho de cumplir con su verdadero objeto.

Tambien se ha ensayado la anestesia local, que si bien hace desaparecer el dolor, durante el corte de los tejidos superficiales, es inútil á medida que se penetra en los tegidos profundos. Las inyecciones hipodérmicas de narceina y otros alcaloides; así como la administracion del hidrato de cloral, poco ántes de la operacion, sólo pueden auxiliar en algo, si bien en poco, para aminorar el dolor. El corte del nervio maxilar superior en el suelo de la órbita puede economizar grandes sufrimientos al practicar la extraccion del hueso. De este modo se evitan distensiones nerviosas que en algunos operados (en los que no se habian tenido estas precauciones) han producido el síncope y hasta la muerte. Este temible accidente ha sido provocado por una *hemorragia de dolor*, como ha dicho gráficamente un cirujano.

Hemos querido sentar los anteriores precedentes, porque ellos nos sirven como base en el juicio que formularemos acerca de los procedimientos de dicha maniobra operatoria.

Las condiciones que deben tener los buenos procederes en la

reseccion del maxilar superior, son las siguientes: 1.^a que dejen bastante *campo operatorio* para que el cirujano pueda trabajar con holgura en el decurso de los diversos tiempos de la operacion; 2.^a que las incisiones que se empleen en dichos procederes, no corten ni el conducto de Stenon, ni las ramas del nervio facial; porque en el primer caso se produce una fistula salival de dificil curacion y en el segundo una parálisis de los músculos de la cara; 3.^a procurar, en cuanto posible sea, que las incisiones se practiquen en los surcos naturales ó sitios cubiertos de pelo, para que la cicatriz sea ménos aparente, cumpliendo un fin de *estética quirúrgica*. A estas bases propuestas por Dubreuil, pudieran agregárseles otras más, como son, no dividir el lábio superior, cual propone Langenbeck y verificar el ménos traumatismo posible.

Distintos métodos pudiéramos seguir para valorar los procedimientos de reseccion en el maxilar: el del orden puramente cronológico, ó bien clasificar los procederes por grupos, atendiendo á la figura que tienen y sitio en que se verifican; separando los correspondientes á las partes blandas y los relativas al hueso; este último método nos parece el preferible, porqué es más fácil *juzgar comparando* los hechos afines que los lejanos y distintos. Resuelto pues á seguir este orden, nos ocuparemos en primer término de las resecciones parciales definitivas, de las generales, cumpliendo la indicacion como maniobra operatoria preliminar, ó para combatir un afecto que radique en el mismo hueso, y finalmente, trataremos las resecciones temporarias, llamadas por otro nombre *osteoplásticas*.

Para mayor facilidad en este estudio dividiremos los procederes de reseccion en varios grupos. El primero lo denominaremos *resecciones parciales definitivas*, incluyendo en este grupo: el de Guerin, modificacion del cirujano español Martinez Molina, Küchler, Demarquay y Arrachat de Lille.

La idea de Guerin, al practicar su procedimiento, es conservar toda la parte más alta del maxilar superior, operacion que no puede realizarse en todas ocasiones porque el afecto que reclama dicha reseccion no siempre se encuentra limitado á la cara externa y plano inferior del maxilar, sino que se extiende al suelo de la órbita, en cuyo caso hay que practicar la reseccion total. La manera como el cirujano francés practica dicha operacion es la siguiente: dirige una incision que partiendo de la parte externa del ala de la

nariz, venga á terminar en direccion más ó ménos convexa sobre la comisura del lábio.

Separa los colgajos, los cuales deben estar sujetos por medio de ganchos retractores, y disecciona toda la mucosa hasta dejar al descubierto la parte de hueso que pretende reseccionar. El corte de la parte ósea, se practica de distinto modo, segun la porcion que haya que extraer. Como se vé claramente, la idea del profesor francés, como hemos dicho anteriormente, es conservar (en cuanto posible sea) la cara inferior de la órbita; evitar el corte de órganos importantes y ocultar la cicatriz en el surco labio-geniano. El cirujano español Dr. Martinez Molina hace una incision longitudinal que se extiende desde muy cerca del ángulo interno del ojo hasta la comisura de la boca; disecciona los colgajos y verifica el corte del hueso con una estrecha sierra, siguiendo dos direcciones; hácia la bóveda palatina y por la cara interna del maxilar: de manera que dichos dos cortes vienen á representar un verdadero ángulo recto, cuyo vértice corresponde á la fosa nasal del mismo lado.

Dicho profesor español practicó esta operacion en un abogado de Madrid, el cual padecia un *osteosarcoma*. Como sucede *casi siempre* en la mayoría de estos casos, el afecto se reprodujo y el operado murió al cabo de un año. El procedimiento del cirujano de San Carlos es una combinacion del proceder de Kúchler y del de Hugiér en la parte relativa al corte de los colgajos y al de los huesos.



Fig. 138. Procedimiento de Guerin.



Fig. 139. Procedimiento de Kúchler.

El proceder de Kúchler consiste en practicar una incision rectilínea que venga desde muy cerca del ángulo interno del ojo hasta la comisura del lábio. Dada la disposicion de este corte, tie-

ne indudablemente más ventajas el procedimiento de Guerin que el de Küchler.

Los procederes de Demarquay y Arrachat de Lille, en la reseccion parcial, tienen muchos puntos de contacto, y parece como que ambos fueron inspirados por la misma idea; el primero contornea exactamente el surco de la nariz y al llegar sobre el tabique, hace una incision horizontal de 3 á 4 centímetros; la que puede prolongarse segun las exigencias del afecto patológico. El segundo proceder contornea de la misma manera el surco naso-geniano; pero en vez de detenerse el corte en el subtabique de la nariz, sigue por la parte media del lábio hasta llegar al borde libre de dicho órgano. Como incision auxiliar Arrachat de Lille; practica un corte de 3 á 4 centímetros que, partiendo á un centimetro del extremo superior de la primera incision sigue horizontalmente por el borde inferior de la órbita. A poco que se juzgue sobre estos dos procederes, se observará que la base fundamental del primero consiste en poner al descubierto la parte superior del maxilar, trazando un colgajo en ángulo, de vértice inferior é interno, cuyo colgajo se encuentra en las mejores condiciones de vitalidad y



Fig. 140. Procedimiento de Demarquay. Fig. 141. Procedimiento Arrachat de Lille.

oculta las cicatrices principales en los surcos naso-geniano y nasolabial. Otra de las ventajas que reúne dicho proceder, es la de no incidir el labio. Dadas las condiciones del procedimiento empleado por el célebre cirujano del Hospital municipal de París, puede usarse con ventaja cuando los afectos radiquen en la cueva Higmoro y cara inferior de la órbita, y siempre que se quiera conservar la bóveda palatina. El segundo proceder (Arrachat de Lille),

más bien que para la resección parcial, puede emplearse para la extracción total del maxilar superior, teniendo muchos puntos de contacto, con el procedimiento empleado por Nélaton, pues tan sólo se diferencia de él en que la incisión superior es recta en el primero, y curva en el segundo.

Figuran en nuestro segundo grupo aquellos métodos constituidos por una *incisión media ó interna, acompañadas ó no de otras incisiones auxiliares*. Están incluidos en este grupo los procedimientos de Nélaton, Heyfelder, Creus, Michaux, Maissoneuve y Heylen. El primero tiene inmensas ventajas, porque deja ancho *campo operatorio*, busca los surcos naturales al hacer los cortes, y



Fig. 142. Procedimiento de Nélaton.



Fig. 143. Procedimiento de Heyfelder.

no incide ningún órgano importante á excepcion del lábio; en cambio de estas ventajas, tiene á nuestro modo de ver un solo inconveniente que pudimos apreciar al practicar una operación d•



Fig. 144. Procedimiento de Michaux.



Fig. 145. Procedimiento de Heylen.

este género en el Hospital de la Princesa, en una mujer afectada de un tumor considerable, que habia invadido todo el hueso maxilar superior. Verificamos en dicha paciente las incisiones tal cual re-

comienda Nélaton, levantamos el gran colgajo que se forma hácia la parte superior externa y fácilmente pudimos separar el hueso de sus principales articulaciones; mas al desprenderlo de su *union inmediata* con la apófisis terigóides, costó mucho trabajo poder introducir un *elevador gubia* entre dicha apófisis y la tuberosidad del maxilar, para separar ambos huesos. Varias veces que hemos ensayado en el cadáver el proceder de Nélaton, hemos podido apreciar el inconveniente que acabamos de referir.

Esto se explica: porque ó los instrumentos se introducen (siguiendo este método) oblicuamente entre la base del colgajo y la tuberosidad maxilar, y entónces los exfuerzos que se practiquen convergen sobre la apófisis terigóides que puede fracturarse, ó hay que introducir los instrumentos perpendicularmente á la recurva terigo-maxilar, en cuyo caso, casi siempre contunden todas las partes blandas que existen hácia el extremo posterior de region geniana y maseterina.

Si para obviar este inconveniente se quiere *desgajar* el hueso en la direccion de arriba abajo y de atrás á delante, usando la pinza ó *gatillo* de reseccion, se corre el riesgo de fracturar la apófisis terigóides, toda vez, que sobre ella han de reflejarse de una manera indirecta los exfuerzos que se practiquen, por cuyo motivo nunca debe intentarse (no solamente en el procedimiento de Nélaton, sino en todos los procederes) la extraccion del hueso, hasta tanto que éste se encuentre completamente separado de sus vínculos articulares.

El procedimiento de Heyfelder consiste en practicar una incision desde el ángulo interno de los párpados hasta una de las comisuras de los labios. Este tiene el mismo inconveniente que el de Nélaton, y á más, que siguiendo una línea recta, el corte que hace el cirujano formará una cicatriz muy aparente, siendo por otra parte innecesaria la division del párpado inferior.

Nuestro maestro el Dr. Creus practicó en Granada la reseccion total del maxilar derecho y parte del izquierdo, haciendo tan sólo un corte desde la fosa nasal derecha hasta el borde libre del labio. No es posible practicar ménos traumatismo, si bien juzgando imparcialmente hemos de confesar lo excepcional del hecho, pues se trataba de un enfermo que padecia un *fibro-mieloma*, y sabido es que esta clase de tumores se adaptan perfectamente á la extraccion, sin ampliar mucho con incisiones el campo operatorio.

Michaux verifica una incision por la parte media de la nariz é incinde el labio superior por el surco medio ensanchando el *campo operatorio* por medio de un corte curvilíneo, el cual bordea el ángulo orbitario inferior, dejando un itsmo en la parte interna del ojo, correspondiente al lado en que se practica la operacion. La idea que guiaba al profesor de Louvaina, consistia en trazar un gran colgajo, sin hacer incision alguna en la parte interna del ojo con el objeto de evitar las retracciones cicatriciales, y para que el colgajo tuviera un punto de apoyo suficiente. Por los motivos indicados, dicho cirujano disecciona el itsmo que hemos mencionado á la zapa, valiéndonos de la frase que usaba nuestro maestro el doctor Creus, al ocuparse de este punto.

El proceder de Michaux ofrece varios inconvenientes: como lo visible de las cicatrices, la diseccion de los tejidos blandos que tanta adherencia tienen en el ala del vestibulo de la nariz, y otros referidos ya anteriormente.

Iguales reproches pueden dirigirse al procedimiento de Maisonneuve, que es muy parecido al anterior, si bien se diferencia en que éste desde el extremo superior de la línea media, parte otra oblicua de arriba abajo y de dentro á fuera, formando con la primera un ángulo agudo, viniendo á corresponder el extremo externo de esta *línea auxiliar* á la region infra-orbitaria.

El cirujano holandés Heylen practica una incision media, como en los dos procederes anteriores, y otra auxiliar que, partiendo de la comisura del labio, se dirige oblicuamente hácia abajo y á fuera, hasta llegar á la parte media de la cara externa de la mandíbula. Pudiera comprenderse por la disposicion de los cortes, que este procedimiento se ideó, no sólo para la reseccion del maxilar superior de una manera exclusiva, sino tambien para las de este hueso y la de la mandibula inferior, atendiendo á la direccion que el cirujano holandés dá á la incision accesoria ó auxiliar.

Los procederes que incluimos en el grupo 3.^o son los de Blandin (primer procedimiento) segundo de Syme y el de Velpeau. El primero, practica una incision que se extiende desde la comisura del labio hasta la parte anterior del pómulo. El de Syme, la misma incision, solamente que termina en la parte posterior de dicho hueso. Por último, Velpeau hace un corte curvilíneo que, partiendo de la comisura labial, termina muy cerca del puente zigomático.

Como puede observarse, la idea principal de estos cirujanos, consistía en respetar el conducto de Stenon y ramas del facial é incidir la arteria de este nombre en un solo punto, donde pudiera ligarse con facilidad, y ensanchar el *campo operatorio* hácia la



Fig. 146. Procedimiento de Blandin. (1.º) Fig. 147. Procedimiento de Syme.

parte superior, para poder maniobrar sobre el pómulo con bastante holgura. Los dos primeros procedimientos ofrecen el inconveniente de que siendo la incision única y muy anterior, no deja espacio suficiente para operar con desahogo sobre la tuberosidad maxilar. El de Velpeau—el cual hemos visto practicar varias ve-



Fig. 148. Procedimiento de Velpeau.

ces á los Dres. Creus y Ustariz, en Granada y Madrid, respectivamente,—no resuelve tampoco las dificultades anexas á los anteriores, atendiendo á el siguiente dilema: ó la incision se inclina hácia delante, y entónces merece los reproches que hemos dirigido á los procederes de Blandin y Syme, ó se inclina muy hácia atrás, y en este caso corta—en la mayoría de los casos—el con-

ducto de Stenon, las ramas del facial, y casi todas las fibras del músculo masetero.

En el 4.º grupo colocamos los procederes de Dieffenbach, Blandin (segundo procedimiento) y el de Moutet, de Montpellier. La

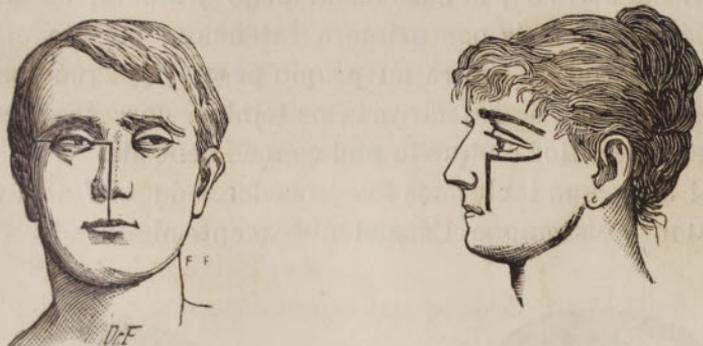


Fig. 149. Procedimiento de Dieffenbach. Fig. 150. Procedimiento de Blandin. (2.º

idea de estos tres operadores consistía en trazar un colgajo angular de vértice interno, con el objeto de poder separar el hueso fá-



Fig. 151. Procedimiento de Moutet.

cilmente de sus articulaciones internas y superiores, que son las más fuertes.

Dieffenbach practica una incisión por la parte media de la nariz y del labio (como en los procederes del 2.º grupo). Del extremo superior de dicho corte, parte otro dirigido horizontalmente, que llega hasta la comisura interna de los párpados, y otra tercera, desde la comisura hasta el *estribo* anterior del puente zigomático. La idea del práctico, era, la de prevenir el ectropion, que muchas veces se presenta cuando se practican incisiones muy cerca de los párpados.

El proceder de Dieffenbach ofrece los inconvenientes que hemos mencionado al hablar de los del 2.º grupo. Blandin y Moutet, trazan dos colgajos de vértice interno y superior; esta forma indica ya sobradamente, que teniendo dichos colgajos el vértice hácia arriba y la base hácia abajo y afuera, es difícil que se verifique la cicatriz por primera intencion, porque el colgajo ha de estar suturado contra su propio peso, y porque los puntos de sutura que han de sujetar más los tejidos, corresponden, precisamente, á los sitios en que la piel es más delicada.

En el 5.º grupo incluimos los procederes de Lisfranc, Ferguson, Liston y Malgaigne. Consisten—excepto algunas ligeras dife-



Fig. 152. Procedimiento de Lisfranc.



Fig. 153. Procedimiento de Ferguson.

rencias—en un colgajo de truncado vértice, que corresponde al borde libre del labio superior. Apuntaremos sólo, varios de los



Fig. 154. Procedimiento de Liston.



Fig. 155. Procedimiento de Malgaigne.

inconvenientes que, en nuestro concepto, tienen dichos procederes. Todos ellos cortan el labio superior en dos puntos distintos, é incinden la arteria facial en su paso por los surcos labio-y naso-

geniano. Si bien es cierto que dicha arteria contrae pocas adherencias con los tejidos y puede disecarse con facilidad, hay que tener en cuenta lo rápido que el cirujano debe ser en los primeros tiempos operatorios de esta reseccion, lo cual impide que dicho vaso se diseque con la calma necesaria, y además, porque en la parte inferior es indispensable el corte en dichos procedimientos. Los de Fergusson, Malgaigne y Liston han de cortar casi siempre ramos del nervio facial y conducto de Stenon. El proceder de Lisfranc, cuya incision externa sube casi recta desde la comisura hácia la parte superior, acorta en extremo el *campo operatorio*, y la separacion de la tuberosidad maxilar de la apófisis tirigoides se verifica con grandes dificultades.

En el grupo 6.º comprendemos los procederes de Ried, Berard



Fig. 156. Procedimiento de Flaubert.



Fig. 157. Procedimiento de Ried.

y Flaubert (de Ruen), los cuales (representados por una Y griega) se componen de dos incisiones que forman tres colgajos angulares



Fig. 158. Procedimiento de Berard.

en la region geniana é infra-orbitaria. Estos dejan cicatrices muy aparentes; el de Ried y el de Berard, cortan el labio superior, y este

último, por la disposición del colgajo superior, puede producir el ectropion al formarse las adherencias.

Flaubert ensayó su proceder en las extirpaciones de pólipos, y dada la forma que tienen los cortes, pudiera emplearse con mediano resultado en las resecciones parciales, siempre que estuviesen circunscritas á la parte externa y anterior del maxilar.

En el 7.º grupo expondremos el primer proceder de Syme y el de Gensoul (de Lyon) á pesar de ser en extremo defectuosos; el primero de dichos cirujanos practicaba dos incisiones en forma de



Fig 459. Procedimiento de Syme. (1.º) Fig. 160. Procedimiento de Gensoul.

cruz, que venian á formar cuatro colgajos angulares. El gran traumatismo, lo aparente de las cicatrices, el gran número de puntos de sutura y lo estrecho del *campo operatorio*, hacen que consideremos á este procedimiento como un dato histórico, pues hasta su mismo autor tuvo que abandonarlo, inventando otro, como hemos manifestado en líneas anteriores.

El de Gensoul (de Lyon), fué el primero que se practicó en la reseccion del maxilar superior en el año 1827; porque, si bien, Lizars lo propuso en 1826, no llegó á ejecutarlo en el vivo. Gensoul hacia cuatro incisiones que venian á formar tres grandes colgajos, y extraia el maxilar y el pómulo á la vez, usando la gubia y el martillo. Todos los cirujanos están contestes en que este procedimiento hoy no puede tener aplicacion en la práctica, perteneciendo, como el anterior, á la historia de la Cirugía; porque dichos ensayos tan sólo revelan una de tantas etapas para llegar á la perfeccion que no alcanzaron.

En el grupo 8.º incluiremos el procedimiento de Langenbeck, que consiste en un gran colgajo de convexidad inferior y base su-

perior, el cual tiene por objeto el descubrir la parte ántero-externa del maxilar. La base principal de aquél consiste en no herir el labio superior ni los órganos importantes que por la cara se extienden. Tiene en su contra el proceder del cirujano de Ber-



Fig. 161. Procedimiento de Langenbeck.

lin, lo exiguo que deja de *campo operatorio*, y tener que incindir, si éste quiere ensancharse, el conducto de Stenon, ramos del facial, fibras del masetero y arteria transversal de la cara. Estos dos últimos inconvenientes no son de tanta importancia, que por ellos solos el cirujano se decidiese á abandonarlo.

Tambien nosotros hemos ensayado un proceder, cuyo fin principal es, reunir las mayores ventajas y los menores inconvenientes posibles en esta clase de maniobras operatorias; dicho procedimiento consiste en lo siguiente: practicamos una incision que venga desde la parte media del surco naso-geniano costeando el ala de la nariz y el surco fronterizo que separa la region geniana del labio; al llegar sobre este punto, y á un centimetro de la comisura labial, seguimos incindiendo en un corte curvilíneo hasta terminar en la parte anterior del masetero, procurando que la convexidad de dicha incision no interese el conducto de Stenon. Nuestro objeto ha sido en este proceder: el que la incision buscarse los surcos naturales naso-y labio-genianos; el no interesar el borde libre del labio, y evitar la herida del conducto de Stenon y ramas del facial, haciendo bastante accesible á los instrumentos la hendidura eseno-maxilar y apófisis ascendente de dicho hueso, trazando un colgajo cuya base póstero-superior tuviese bastantes elementos de nutricion; y finalmente, que al aplicar dicho colgajo, no estuviesen tirantes los puntos de sutura que han de sostenerle durante la cicatrizacion.

Hasta ahora nos hemos ocupado de los procedimientos que se refieren á las partes blandas. Algunos de ellos pueden aplicarse, tanto á las resecciones definitivas como á las temporarias ú osteoplásticas, sea cualquiera la indicacion que haya de cumplirse (en las definitivas), ya sea por alteraciones del maxilar como para la extirpacion de pólipos nasales ó naso-faríngeos. Vamos á empezar el estudio de otra clase de operaciones.

Tambien el cirujano ha de practicar algunas veces resecciones parciales del maxilar, sin interesar para nada, ni labios, ni mejilla. Ciertos tumores que radican sobre el borde alveolar de dicho hueso, llegan á adquirir grandes dimensiones, por lo que es preciso operarlos, cual hicimos nosotros en una enferma que llevaba una considerable *neoplasia*, que rodeaba á los incisivos superiores, por cuyo motivo tuvimos que practicar la extraccion de dichos dientes por medio de la dentuza, y resecar despues el borde anterior de los dos maxilares; con lo cual la enferma pudo encontrarse libre de dicho afecto, cicatrizando en poco tiempo la superficie cruenta. En esta clase de proceder no es posible fijar reglas generales, ni mucho ménos sugetarlos á la *critica quirúrgica*; obedecen en un todo al criterio puramente individual, que ha de subordinarse por completo á la naturaleza y extension del afecto.

Para la extraccion de pólipos, se han practicado, segun hemos ya referido, las resecciones definitivas y temporarias: las primeras son las más antiguas pues datan de 1832, en que Syme las ensayó por primera vez (por los procedimientos que ya hemos indicado) si bien con muy mal éxito, pues murió el operado pocos dias despues de haber sufrido la operacion. Floubert, de Ruen, en 1840, Michaux en 1847, y Maissonneuve en 1852—de cuyos proceder ya hemos hecho una ligera reseña —practicaron la reseccion definitiva de dicho hueso, iniciándose entónces distintos caminos por los cirujanos, para llegar sobre las fosas nasales, y obrar directamente sobre el pedículo de los pólipos; así observamos, que en tanto que unos prácticos, como los que acabamos de mencionar, buscaban ancho camino resecando todo el maxilar, otros operadores como Rampolla y Palasciano, penetraban con sus instrumentos en las fosas nasales, resecando parte del únguis y apóttis ascendente del maxilar superior, abriendo, como se comprende fácilmente, una pequeña abertura con el objeto de economizar el traumatismo.

Entre los dos métodos, (el de resecar el maxilar, ó una pequeña

parte) establece Nélaton su procedimiento, perforando la bóveda palatina para llegar sobre las fosas nasales. No negaremos al cirujano francés la originalidad de su idea; pero sabido es, que no hizo otra cosa que seguir el camino trazado en 1717 por Manne, de Avignon. El proceder de Nélaton ofrece varios inconvenientes á cambio de escasas ventajas, porque las operaciones que se practican en la parte posterior de la bóveda palatina se hacen con grandes dificultades, y á más, la abertura que queda en este punto no es lo suficiente extensa para obrar directamente sobre el pedículo del tumor; así vemos, que Nélaton, despues de extirpado el pólipo, tuvo que destruir el pedículo del mismo por medio de la electricidad, y más tarde con el cauterio de *gas del alumbrado* (inventado por él mismo), cuyo aparato hubo de abandonarse en las primeras aplicaciones, porque el aire necesario para la respiracion hacia oscilar la llama de la lámpara, y cauterizaba, muchas veces, tejidos sanos en vez de los enfermos.

Admitiendo, en principio, que para la extirpacion de pólipos, el mejor camino es la reseccion del maxilar, vamos á ocuparnos, si bien ligeramente, de las ventajas é inconvenientes que tienen las resecciones definitivas y temporarias, toda vez que los cirujanos se dividen en dos opuestas tendencias: unos que admiten las resecciones definitivas, y los otros las temporarias ú osteo-plásticas. En una palabra, intentaremos el paralelo, entre una y otra clase de resecciones, exponiendo ántes, como base del mismo, un ligero resúmen de los procederres empleados en dicha clase de maniobras operatorias.

En las resecciones definitivas que obran sobre el maxilar se han ideado diversos medios para verificar el corte del hueso: las cizallas, las sierras de cadena, la gubia y el martillo. Desechando este último medio, que emplearon los cirujanos en la época de Gensoul, de Lyon, porque produce fuertes conmociones, y corta el hueso irregularmente ocasionando múltiples esquirlas, queda por elegir entre la sierra y las cizallas; los cirujanos ingleses, siguiendo la práctica de Liston, usan con preferencia las cizallas para separar el hueso maxilar de todos sus vinculos óseos. Ofrece ésta algunos inconvenientes para separar el pómulo del maxilar, teniendo mayores ventajas, bajo este concepto, la sierra de cadena; de modo, que echando á un lado este exclusivismo que se nota entre la práctica inglesa y los partidarios de Chassaignac, que

usan con preferencia la sierra de cadena, creemos que pueden utilizarse ambos medios, usando la tijera de Liston para el corte de la bóveda palatina y apófisis ascendente del maxilar y la sierra de cadena para separar éste del pómulo.

Si la reseccion se hace parcialmente, pueden emplearse los taladros para introducir las ramas de las cizallas, ó bien la sierra de cadena, siempre que el conducto sea bastante ancho y pudiera operarse en él con la holgura necesaria.

Para extirpar el hueso, hay que cogerlo por medio de la tenaza ó *gatillo*, y verificar un movimiento de traccion en sentido ántero-posterior, ó bien puede practicarse un movimiento de torsion ligeramente espiroideo, como recomienda Billroth. Las ventajas que tiene la reseccion definitiva, son, que en el caso que se reproduzca un pólipo, no hay que practicar ninguna nueva operacion; y como quiera que dichos tumores tienen tanta tendencia á reproducirse, de aquí, que algunos cirujanos—contándose entre ellos el doctor Creus—opten con preferencia por dicho método.

Los que prefieren las resecciones temporarias, aducen que es altamente doloroso el mutilar, haciendo el sacrificio de uno de los huesos más importantes de la cara, estando el maxilar completamente sano.

Las resecciones *ósteo-plásticas* obedecen á un fin eminentemente conservador, separando el hueso por las partes blandas á manera de válvula, para separar el pólipo, procurando despues la cicatrizacion de los tejidos separados que hubo necesidad de incindir como operacion preliminar.

No es posible detenernos en discutir la prioridad de esta clase de operaciones, que pertenece á Hugier ó á Langenbeck, segun los franceses ó alemanes; pero consultando los datos históricos, resulta que hay más motivo para atribuir el invento al cirujano francés. Este práctico habia hecho estudios minuciosos y detenidos sobre esta operacion, y ¡coincidencia fatal! ¡el que tanto habia trabajado para la reseccion del maxilar superior vino á morir el 13 de Enero de 1873 de un cáncer de este hueso!... Hugier practicaba el corte de las partes blandas de la misma manera que Lisfranc, y en la seccion del hueso verificaba, dicho cirujano, un corte en la bóveda palatina y otro en la cara externa del maxilar, cuyas dos incisiones venian á formar un ángulo recto. Langenbeck traza un colgajo osteo-plástico con la convexidad mirando á la oreja, y

la base hácia el surco naso-geniano. Bœckel traza un colgajo cuadrangular de base posterior, y la extremidad libre hácia la parte anterior. Dicho proceder nos recuerda el inventado por el cirujano



Fig. 162. Procedimiento de Hugier. Fig. 163. Procedimiento de Julio Roux.

español Argumosa para la reseccion del maxilar inferior. Finalmente, Roux, de Toulon, ensayó un proceder que consiste en dos incisiones que forman un pequeño ángulo recto sobre el pómulo,



Fig 164. Procedimiento de Bœckel.

con el objeto de cortar la apófisis orbitaria externa y el origen del puente zigomático; además consta dicho proceder de otra incision que bordea los surcos naso-geniano y medio del labio superior.

El procedimiento del cirujano francés lo empleó el Dr. Gonzalez Encinas, hace unos cuantos años, en la Clínica de San Carlos de Madrid, llegando á cicatrizarse las porciones óseas y los tejidos blandos.

Por lo expuesto se deduce, que si el pólipo puede cauterizarse perfectamente, y por otra parte, la edad del enfermo induce á pensar que no es fácil la reproduccion del tumor, entónces la resec-

cion *osteo-plástica* puede emplearse con grandes ventajas. En cambio, si esta afeccion se presenta en un sugeto de edad avanzada, si radica en las partes posteriores de las fosas nasales, y la naturaleza del tumor hace sospechar que la recidiva no tardará en venir, será más conveniente hacer la reseccion definitiva, conservando— si es posible, como el Dr. Creus indica en su opúsculo— los huesos de la bóveda palatina, y respetando la cara inferior de la órbita.

Los Tratados de Cirugía se ocupan muy poco de la reseccion del pómulo. Nosotros hemos creído siempre que dicho hueso sufre con frecuencia multitud de afectos, especialmente fracturas, y el cirujano se ve obligado á resecar sobre este punto, por lo cual creemos justificadas las líneas que escribimos sobre dicha operacion.

La obra de Heyfelder, pág. 278, habla de la reseccion del pómulo, y al exponer los casos en que se ha practicado, dice: que Dieffenbach fué el primero que practicó la reseccion de dicho hueso en un caso de cáries. La conducta del cirujano aleman fué imitada por Michaux, Blasius y Heyfelder. Este último, al exponer la maniobra operatoria dice lo siguiente: «Se practica una incision curvilínea, empezando en el vértice de la apófisis frontal y terminando en la base del hueso, ó bien se disea un colgajo triangular que tenga por base estos dos últimos puntos, y por vértice el arco zigomático.» Otros cirujanos han propuesto un corte que se dirija en línea recta desde la apófisis frontal á la zigomática, y otro perpendicular á la anterior, y dirigido adelante y un poco hácia abajo; de manera que formen uno con otro dos pequeños colgajos, uno superior y otro inferior.

Nosotros hemos tenido ocasion de practicar tres resecciones del



Fig. 165. Procedimiento ordinario.



Fig. 166. Procedimiento de Morales.

pómulo, y hemos seguido el proceder siguiente: Hacemos una incision que parte del reborde orbitario inferior, en el punto en que

se articula el malar con el maxilar superior, y continuamos dicho corte contorneando el borde inferior de este hueso hasta llegar á la parte anterior del puente zigomático; una vez en este punto, continuamos la incision paralelamente á dicho puente hasta la union de su tercio anterior con los dos posteriores; pero esta terminacion puede avanzar más ó ménos, segun la parte afecta del hueso.

Practicado este primer tiempo operatorio, se han incindido pequeñas arteriolas sin importancia, correspondientes á la infra-orbitaria y á la trasversal de la cara; esta hemorragia última, en algunas ocasiones hay que aplicar la ligadura, si bien es mucho mejor la acupresion por la manera como se distribuye la arteria. Puede recurrirse tambien como hemostasia preventiva y hasta definitiva á la torsion, cuando los vasos no son de gran calibre. En este primer tiempo operatorio, cortamos necesariamente los tendones de los músculos que se insertan en el borde inferior del pómulo.

Terminado esto, disecamos el colgajo hácia la parte superior, hecho lo cual pasamos una aguja enhebrada con un hilo fuerte y en cuyo extremo vá atada la sierra de cadena; cortamos la parte anterior del puente zigomático, y despues, en tanto que un ayudante levanta el colgajo protegiéndolo perfectamente para que no lo magulle la sierra, pasamos este instrumento, desde la parte posterior del pómulo hasta la anterior, de manera que la sierra de cadena separe el hueso por la base de la apófisis orbitaria del pómulo, y por toda la parte con que dicho hueso se articula con el maxilar superior. Durante esta maniobra es necesario formar con la sierra un ángulo bastante agudo, por cuyo motivo suele entorpecerse en su marcha; cuando esto suceda, puede recurrirse á los medios siguientes, ó bien abrir el ángulo de la sierra dando ligeros y suaves vaivenes, ó levantando un poco el pómulo hácia la parte posterior usando un elevador, y de este modo la sierra obra con más holgura y puede pasar hácia la parte anterior.

Las ventajas de este proceder consisten en que se adapta el colgajo á favor de su propio peso, tiene por la base suficiente entrada de vasos para garantir la vitalidad, y por último, que deja mucho campo operatorio, para que el cirujano pueda practicar con desahogo todos los tiempos de la operacion.

En las lecciones sucesivas nos ocuparemos de las resecciones

que se practican sobre el tronco y sobre las extremidades, siguiendo el orden en que están colocados los huesos formando el esqueleto.

LECCION XLVII.

Resecion del maxilar inferior.—Bosquejo histórico de la operacion.— Datos anatómicos que son necesarios tener en cuenta al practicar dicha clase de maniobras quirúrgicas.—Procedimientos de reseccion parcial del cuerpo de la mandíbula y de una de las ramas.—Indicaciones y manual operatorio de las resecciones osteo-plásticas.—Idea general de las resecciones totales.

La operacion de la cual vamos á ocuparnos en este capitulo tiene larga historia; pero nuestro propósito es solamente hacer un ligero bosquejo para conocer las diferentes fases de progreso de esta importante maniobra operatoria.

Dupuytren en 1812 verifica la reseccion del cuerpo de la mandíbula, con motivo de un osteosarcoma de dicho órgano. Delpech modifica el procedimiento ordinario, dejando la última lámina ósea, para que sirva de sosten á las inserciones de los genio-glosos, pues cuando estos pierden la fijacion, la lengua retrocede, obturando con su base la parte superior de la laringe y amenazando la asfixia puramente mecánica.

Palmi fué el primero que propuso la reseccion de la rama de la mandíbula; pero no se llevó á cabo el procedimiento hasta 1821, por Græfe, (1) y en el mismo año por V. Molt. Desde esta época, dicha reseccion se ha verificado repetidas veces, pudiéndose hoy contar un gran número de hechos.

Las indicaciones que cumple esta operacion son de diversa índole, pero se pueden establecer tres agrupaciones. En la primera se pueden incluir todos los tumores que tienen su asiento sobre el hueso. En la segunda, las cáries y las necrosis; pues el maxilar inferior las padece con mucha frecuencia, debido á los abscesos provocados por los molares. Tambien se forma la necrosis en los

(1) Aunque se cree que Desault habia reseccado la mandíbula no hay datos que justifiquen la asercion. Tampoco debe considerarse como el primero que practicó la operacion á Fischer: pues tanto un cirujano como otro sacaron unas esquirlas y verificaron desarticulaciones con motivo de heridas por armas de fuego.

que trabajan sobre el fósforo, constituyendo el afecto una forma especial que se la conoce con el nombre de fosforada, por la relación etiológica de la misma. En el tercer grupo de las indicaciones incluimos las que reclaman resecciones osteo-plásticas, como por ejemplo: hay que disecar un grueso tumor que ha contraído grandes adherencias con las paredes internas, y no es fácil hacer la extracción ni por la boca, ni por la región supra-hioidea; entonces se recurre á incindir las partes blandas, dividiendo después el hueso, hasta separarla en dos mitades (como en las verdaderas resecciones ósteo-plásticas) para operar directamente sobre la neoplasia.

Determinadas en el conjunto general las indicaciones, es conveniente que manifestemos algunos de los datos anatómicos que son necesarios conocer para practicar las resecciones sobre la mandíbula.

El maxilar inferior tiene una parte media llamada cuerpo y dos laterales, denominadas ramas de la mandíbula. Este hueso se compone de dos láminas muy compactas que dejan en medio un diploe. Tiene además un conducto denominado dentario, el cual empieza en la parte media é interna de la rama del maxilar y termina en el agujero llamado *mentoniano* que está situado sobre el límite lateral del cuerpo de la mandíbula. Dicho conducto recorre la parte media de la rama de ésta, caminando á igual distancia del borde inferior que del superior; si bien en el viejo—por la atrofia de las cavidades dentarias,—está aquél más cerca del primero que del segundo. Por dicho conducto penetra el nervio y la arteria dentaria inferior.

Las inserciones musculares que más interesan á el cirujano son la del masetero, milo-hioideo, geni-glosos, pterigoideos—externo é interno—y el temporal. Este último, como es sabido, viene á insertarse sobre la apófisis coronoides, comprendiendo los bordes, vértice y caras de dicho punto óseo, si bien (y esto hay que tenerlo presente en la desarticulación) en estas últimas, las inserciones ocupan casi toda la interna y una pequeña parte de la externa.

Los métodos y procederes los debemos dividir bajo tres bases: los que se practican sobre el cuerpo del hueso, los que se verifican sobre las ramas y las resecciones osteo-plásticas.

En cuanto á los primeros tenemos el procedimiento de Dupuytren que incinde el labio y menton por la mitad hasta llegar sobre

el hioides, resecaando despues el hueso con la sierra de *cresta de gallo*: una vez separados los dos colgajos angulares que resultan de la incision. Delpech en una ocasion reseco la mayor parte del hueso, dejando una pequena lámina posterior para que sirviese de sosten á los geni-glosos. Otros prácticos verifican una incision crucial: un corte que sea como el que practicaba Dupuytren y otro que bordee el limite inferior del cuerpo de la mandibula, cruzando como es natural á el primero que se ejecuta. Gensoul hace una incision lateral. Tambien se ha recomendado resecaar por la boca sin incision exterior, ó bien con un corte curvilíneo que pase por el borde inferior del cuerpo del maxilar.

En las resecciones osteo-plásticas del cuerpo de la mandibula—para cumplir alguna de las indicaciones que anteriormente hemos manifestado—Sedillot recomienda cortar el hueso en ángulo saliente y entrante, con relacion á los fragmentos, haciendo para ello, dos trazos oblicuos con la sierra, con el objeto de asegurar mejor la in-mobilidad, mediante la sutura ósea.

Billroth y Boeckel practican la separacion del cuerpo del hueso sin que pierda sus adherencias con el labio inferior, constituyendo un colgajo cuadrangular de base inferior, mediante dos incisiones paralelas que se verifican en las partes laterales. Despues se practica la sutura ósea, ó bien con la *vilma metálica de Hamond*, ó los aparatos de fractura, constituidos por canales de gutapercha.

Entre los accidentes que pueden producir un sério contratiempo, y hasta la muerte del operado, se cuenta la asfixia puramente mecánica, ocasionada por la retrocesion de la lengua, una vez que este órgano ha llegado á perder su insercion anterior mediante los geno-glosos. Varios casos de muerte se han citado por este motivo, lo cual puede evitarse, procurando respetar la lámina ósea más posterior del cuerpo de la mandibula; y en el caso de que esto no sea posible, sujetar la lengua mediante un hilo metálico que tome como punto de apoyo uno de los incisivos laterales, caninos ó primeras muelas, ó sacando el hilo al exterior, tomando como punto de fijacion una *fronda resistente*.

Algunos prácticos, y entre ellos Hugier, han propuesto—para evitar el accidente mencionado—resecaar en dos tiempos lejanos. Este procedimiento es inadmisibile por las muchísimas dificultades que hay que vencer en la práctica.

Otra complicacion sobre la cual llama Sedillot la atencion, me-

rece un detenido estudio, con el objeto de evitarla en cuanto posible sea. Consiste ésta, en que una vez rota la continuidad del hueso, por la reseccion que se practica, los músculos maseteros, pterigoideos y el mismo temporal, tirando de los fragmentos hácia la parte superior é interna llegan á ulcerar por su contacto las mucosas de la boca, por la cual dicho autor habia tenido que resecar algunas veces los extremos óseos. Tan grave creia Sedillot este accidente, que no titubeaba en manifestar, que en muchos casos seria preferible verificar la desarticulacion de la mandíbula.

Hoy que conocemos diferentes aparatos para inmovilizar los fragmentos, tomando como punto de apoyo los dientes ó los arcos alveolares, no hay necesidad alguna de recurrir á los medios extremos que propone Sedillot.

La reseccion de la mitad de la mandíbula ha sido practicada por Græfe desde 1821 hasta nuestros dias, considerable número de veces. El Dr. Creus, en su Memoria sobre los *mielomas*, expone un cuadro con varios procedimientos, de los cuales hace el juicio crítico de los mismos, con el acierto que distingue á nuestro maestro. Nosotros vamos á seguir el orden que él ha trazado en su *Monografía*, respecto á los proceder operatorios.

Dice el Dr. Creus, que los primeros cirujanos que practicaron la mencionada reseccion verificaban la ligadura de la carótida externa por el temor de las hemorragias; hoy, que los conocimientos anatómicos y el estudio de regiones es mucho más perfecto, seria una precaucion altamente censurable el tener que recurrir á dicha operacion preliminar.



Fig. 167. Procedimiento de Græfe.

Græfe—dice el Dr. Creus en su *Memoria*—practicó la primera incision (para resecar la mandíbula) desde la comisura derecha de

los labios hácia el borde posterior de la rama del maxilar; la segunda incision, empezando y concluyendo en los extremos de la primera, circunscribia una especie de elipse, extendida desde la comisura hasta cerca del lóbulo de la oreja. Del extremo posterior elipsoideo hizo otro corte siguiendo el borde del maxilar hasta el cóndilo.

Valentin Mott ejecutó su procedimiento con un corte que, tomando origen sobre el cóndilo, vino á terminar sobre un punto cercano al menton; bordeando durante todo este trayecto el maxi-



Fig. 168. Procedimiento de Valentin Mott.

lar inferior. Despues, como existiese una parte dañada por debajo de la oreja, practicó un pequeño corte oblicuo, el cual tomaba origen de la incision general cerca del *trago* y terminaba en la parte anterior del esterno-mastoideo.

Cussack ha ensayado dos distintos procederes: uno trazando un colgajo de base superior, y el otro representa una especie de ocho



Fig. 169. Procedimiento de Cussack (1.º) Fig. 170. Procedimiento de Cusack (2.º)

de guarismo colocado oblicuamente, partiendo del extremo posterior una incision hasta cerca del cóndilo.

Cloquet y Velpeau verifican: el primero una incision horizontal

que, partiendo de la comisura, termine cerca del ángulo de la mandíbula; despues hace otro corte que divida el labio inferior, quedando un colgajo angular, cuyo vértice está representado por una



Fig. 171. Procedimiento de Cloquet.



Fig. 172. Procedimiento de Velpeau.

parte de labio; el segundo de dichos cirujanos hace la misma primera incision que Cloquet, añadiéndole otra que, partiendo de la mitad, se dirige hácia abajo, figurando una verdadera T.

Practica Lisfranc una incision curvilínea que, tomando origen desde el labio, bordea todo el limite inferior y posterior de la mandíbula hasta llegar sobre el cóndilo, de manera que forma colgajo

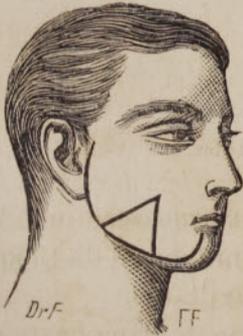


Fig. 173. Procedimiento de Lisfranc.



Fig. 174. Procedimiento de Chassaignac

de base superior. Como incision accidental—cuando hay que desprender partes blandas—verifica una en forma de A sobre la cara externa del maxilar inferior. Muy parecido al anterior, es el procedimiento de Chassaignac, diferenciándose tan sólo en que divide por mitad la barba, sin pasar de la depresion mentoniana.

Blandin traza un colgajo cuadrangular con la base superior y el borde más libre hacia la parte inferior. Este medio incide



Fig. 175. Procedimiento de Blandin.

dos veces el conducto de Stenon y las ramas nerviosas del facial.

Muy sencillo es el proceder empleado por Hugier. Este práctico verificaba un corte que, partiendo de la comisura, terminase cerca



Fig. 176. Procedimiento de Hugier.

del ángulo de la mandíbula; formando en su *trayectoria* una ligera convexidad inferior. Este último se parece mucho al de Cloquet y Velpeau, quitando en estos las incisiones auxiliares.

Guérin hace la incisión desde la sínfisis mentoniana hasta el ángulo de la mandíbula. Ollier, para verificar la resección subperióstica, bordea completamente el límite inferior del maxilar, empezando al nivel de la sínfisis hasta terminar á la altura del lóbulo de la oreja. Con el objeto de no hacer muy aparente la cicatriz, se verifica la incisión á seis ó siete milímetros por dentro del mismo borde del hueso.

Para no interesar en la disección á la arteria maxilar interna

habia propuesto Maisonneuve, practicar, en vez de la desarticulacion, la avulsion del hueso, procedimiento que no puede verificarse del modo que dice el cirujano francés, como no esté alterado completamente la parte ósea de la apófisis coronoides; pues la insercion del músculo temporal es muy fuerte y resistente.

Verneuil sigue un procedimiento parecido en un todo al de Chassaignac, por más que algunos lo han creido original del cirujano francés.

Hace pocos dias tuvimos que practicar la reseccion del maxilar inferior (parte lateral izquierda) teniendo que extraer la glándula submaxilar, mitad inferior de la parótida y una considerable cantidad de tejidos que estaban degenerados á consecuencia de un carcinoma, llegando la diseccion hasta por delante del paquete carotideo. El proceder que empleamos fué el siguiente: Hubimos de extraer el primer molar, y despues hicimos dos grandes incisiones que circunscribieron una extensa elipse, en la cual estaba comprendido el voluminoso tumor; dividimos la mandibula con la sierra de cadena y empezamos á separar el hueso hasta desarticularlo por completo. Mas como las incisiones de la elipse no eran bastante, unimos otro corte al extremo posterior elipsoideo que bordeaba el maxilar hasta muy cerca del cóndilo. Separado el hueso y el tumor con las glándulas que hemos mencionado, procedimos á disecar unos colgajos hácia la parte inferior y superior; aplicamos los puntos de sutura y colocamos el apósito de Lister. Hoy (26 de Noviembre) lleva el enfermo 10 dias de la operacion, y aunque no se ha podido reunir la herida por primera intencion está cubierta de excelentes granulaciones cicatriciales y en un buen estado del proceso de separacion (1).

En este individuo fué necesario el verificar muchas ligaduras que se hicieron con el catgut al objeto de no dejar fiador. Hubo tambien necesidad de incindir una gran parte de la mucosa bucal por estar degenerada; y los labios de la herida—en esta membrana—los suturamos con la misma sustancia empleada en las ligaduras dando un buen resultado. En la diseccion que verificamos sobre la glándula sub-maxilar, tuvimos que recurrir á la excision

(1) Hoy 16 de Enero presenta fenómenos de reproduccion del carcinoma en la parte súpero-posterior del cuello, cuando creiamos á este enfermo fuera de toda recidiva, en vista del buen estado en que se encontraba, despues del tiempo transcurrido desde la operacion.

del músculo hio-gloso, disecando hasta ponernos en relacion con fibras del constrictor superior de la faringe, en cuyo punto no estaban los tejidos degenerados.

El Dr. Argumosa, despues de haber fijado las indicaciones (1) y considerando sólo al osteosarcoma como el único afecto capaz de reclamar la operacion, recomienda el proceder siguiente: «Puede establecerse como regla general la incision primera de la piel que



Fig. 177. Procedimiento de Argumosa.

cubre la base del hueso, despues de elevarla sobre su cara externa y desde la vertical de la comisura labial de aquel lado hasta el ángulo del hueso. Otra segunda incision hay que hacer siempre que descienda vertical desde dicha comisura, hasta la extremidad anterior de la primera. Falta todavía otro corte para acabar de limitar el colgajo, y debieudo atenernos siempre á lo que más atañe al paciente, no debe hacerse, como muchos han hecho, desde el ángulo al cóndilo, pues interesa la parótida y sobre todo sus conductos excretorios, sino desde encima de la misma comisura, sobre el borde alveolar superior hasta el cóndilo. A tres golpes de bisturí se reduce, como en el otro método, la limitacion de este colgajo; el primero, el ya dicho de la base; el segundo, que bajará á reunirse con esta en su extremo anterior, desde la fosa canina, pasando por delante de la comisura, y el tercero, desde dicha fosa al cóndilo.» Hemos querido transcribir el proceder del Dr. Argumosa tal cual él lo explica en su obra, *Resúmen de Cirugia*, y del estudio de dicho procedimiento se desprende que el cirujano español queria respetar el conducto de Stenon, ramas del facial y arterias que penetran en la cara, por la parte posterior.

(1) *Resúmen de Cirugia*, pág. 162 y siguientes del tomo segundo.