

7.<sup>a</sup> Por la hechura del embudo ó recipiente, vuelto á recoger por su parte superior, se evita la evaporacion de ciertos líquidos, y además es necesaria poca cantidad de medicamento; no sucediendo como con la jeringa, que, por chica que ésta sea, toma más líquido que el necesario, exigiendo un vaso á propósito para llenarla.

8.<sup>a</sup> Por la articulacion blanda que forma el tubo de cautchouc con el aparato y la sonda, se evita que á cualquier movimiento intempestivo del enfermo pueda éste lastimarse, pues la elasticidad del tubo no se presta á la fuerza necesaria para que esto tenga lugar.»

## LECCION LXXV.

Consideraciones generales sobre la *Rinoplastia*.—Métodos para rehacer el extremo inferior del tabique, los lóbulos de la nariz y parte media del órgano.—Manera como deben prepararse las superficies cruentas y modo de diseccionar los colgajos en las regiones genianas ó frontal, aisladamente ó bien combinando el método francés y el indiano ¿Qué concepto merece la rinoplastia osteo-plástica?

Al ocuparnos de la Cirugía plástica en general, indicamos las reglas y métodos comunes que se podia aplicar en las distintas regiones del cuerpo humano. Mas aquellos han de modificarse segun el punto en que se practican y en consonancia con la indole y naturaleza del órgano que se pretende rehacer.

Prévios estos preliminares, vamos á estudiar la operacion de la *Rinoplastia* en las diversas modalidades operatorias que, con mayor ó menor éxito, se han ejecutado.

Desde luego llama la atencion, el por qué ciertas tribus semi-salvajes de la India, como los Koomas, hacian con tan buen resultado la rinoplastia, sin tener conocimientos anatómicos ni fisiológicos; y en cambio, en nuestra época, teniendo todos los datos necesarios, y practicándose dichos procedimientos por hábiles cirujanos, haya tanto fracaso, siendo estos causa de que se enfriara mucho el entusiasmo que por la rinoplastia se manifestó al tener noticia de lo que hacian los *Branca*s de Sicilia, y más tarde los Koomas de la India, especialmente estos últimos.

Este hecho tiene una fácil explicacion, atendiendo á la índole

de las indicaciones que en unos y otros casos se han cumplido. Generalmente la familia italiana de los Brancas y los Koomas han usado la rinoplastia en aquellos que la pérdida parcial ó total de la nariz ha sido motivada por una causa traumática; y en la época moderna dicha operacion se ha llevado á cabo en casos patológicos de los más graves; por ejemplo, en sifilíticos en los cuales la discrasia ha ocasionado tantos destrozos, que el organismo de los pacientes está en un estado de deterioro difícil de reponer. ¡Tal es el sello que muchas veces imprime esa enfermedad que lleva el estigma de la vergüenza! como dice muy bien el célebre Graves.

Se trata en otros casos de un epiteloma, de un *lúpus*, de un vicio de conformacion que ha producido atrofias orgánicas tambien difíciles de rehacer por medio de una operacion; en una palabra, en tanto que los antiguos operaron por soluciones de continuidad, ocasionadas por traumatismos, verificados en duelos, combates, castigos, etc., los modernos han empleado, *generalmente*, la rinoplastia por causa de afectos patológicos de la peor especie y sobre los organismos más empobrecidos y ménos favorables para garantizar el éxito operatorio.

No pretendemos narrar la historia de la Rinoplastia por ser muy extensa; sólo nos vamos á circunscribir á un dato que, referente á un antiguo cirujano español del siglo xvi, refiere Chinchilla, así como de la historia contemporánea de la citada operacion.

Dice Arceo: que en Fregenal se le presentó para que lo curara un hombre, con una herida en la cara, que se extendia desde las cejas hasta la extremidad de los labios, de suerte que la nariz juntamente con la mandíbula superior y dientes descansaban sobre la barba. Los cirujanos que se hallaron á la primera cura fueron muy imprudentes, porque se contentaron con cubrir la herida con un pedazo de paño y abandonaron la region lesionada.

Cuando se le presentó el enfermo, la parte estaba fria y casi muerta, de manera que fué muy difícil penetrar la aguja; sin embargo, atravesó toda esta parte con ella, y colocó los huesos de la mandíbula superior con sus mismos huesos del modo siguiente: aplicó una venda de dos dedos de ancha á la frente, á cuyo alrededor dió algunos circulares; á estos añadió otras desde la frente hasta el occipucio y desde un oido al otro; todas éstas en forma de cruz, pero muy unidas. Dispuesto todo así, dejó pendientes unos cabos de hilo de la circular de la frente, los cuales hizo pasar por

entre los caninos y molares de cada lado; despues los dirigió por las orejas cosiéndolos fuertemente á la circular de la cabeza. Enseguida extrajo los dientes de su lugar, y por medio de puntos de sutura reunió la mandíbula con las narices, y luego los huesos y demás partes. Quedó tan curado, que despues apénas se conocia la herida (1).

Los datos anatómicos que el cirujano debe tener presentes para practicar la rinoplastia hacen relacion á la piel de la nariz, capa subcutánea, músculos y esqueleto del órgano.

Respecto á la primera membrana es preciso recordar que es muy deslizable en toda su extension, exceptuando los lóbulos, en cuyos puntos la piel se adhiere íntimamente á las capas más profundas.

La parte muscular de la nariz se reduce á los piramidales y á los transversos, pues el pequeño músculo mirtiforme no tiene importancia en el concepto quirúrgico.

El esqueleto de la region se compone de cartilagos unidos por tejido fibroso, los cuales forman una bóveda que en union de los huesos propios de la nariz y un tabique, ó pilar medio correspondiente, constituyen la totalidad del esqueleto.

Las operaciones autoplásticas de la nariz se refieren á el subtabique, el cual ha sido rehecho en la época antigua por Dupuytren, utilizando el tubérculo medio en los casos que la manioobra operatoria se practicaba á consecuencia de un labio leporino complicado.

Michon restableció el *ala de la nariz* en 1843; Bouisson, en 1854, indicó la rinoplastia parcial por un nuevo procedimiento. En una época anterior Grœfe y Diefenbach hicieron un estudio detenido y operaciones importantes, tanto para la rinoplastia parcial como para la total.

En 1857 Nélaton llevó á cabo varias maniobras quirúrgicas de esta especie que fueron publicadas por sus alumnos Rouyer y Pean, presentando á la Sociedad de Cirugía los retratos fotográficos de los enfermos ántes y despues de la operacion.

Ollier habia publicado en 1864 una observacion, haciendo sobre este punto grandes estudios y trazando el camino de un nuevo método, en 1867. La idea fundamental del cirujano de Lyon se re-

---

(1) Yer. Arceo. *De recta curand.. vulnerum ratione*, cap. VII, págs. 57 y 58.

duce: á extraer de los restos de la nariz deforme que queda, la base para la reorganizacion en dicha region anatómica.

No fueron tan aceptables los procedimientos que el mismo recomendó en una época algo más posterior, los cuales consistian: en sacar de la frente un colgajo de reparacion con su periostio correspondiente para formar un nuevo esqueleto.

Denonvilliers, Gosselin, Verneuil y muchos otros cirujanos de los distintos países (cuya numeracion seria larga y sin gran utilidad) han contribuido á el perfeccionamiento de la operacion.

No es posible, sin detrimento de la claridad y del método, que expongamos el sin número de procedimientos que, para la rino-plastia, se han practicado, de manera, que para sintetizar el estudio, vamos á dividir las operaciones de este género en varios grupos:

1.º Procedimientos para rehacer la porcion inferior del tabique.

2.º Restauracion parcial.

3.º Rinoplastia de la totalidad del órgano.

Por diversas causas ha sido necesario rehacer la parte inferior del tabique de las fosas nasales. Unos cirujanos han seguido el procedimiento que Dupuytren practicara, disecando un colgajo sobre la parte media del labio, y, torciéndolo sobre su pedículo suturarlo sobre la nariz; mas como quedase deforme esta parte, fué modificada dicha modalidad operatoria por Gensoul, de Lyon, circunscribiendo en una incision en forma de V la pequeña base del colgajo y reuniendo la superficie cruenta del labio con los puntos de sutura necesarios.

Otros operadores emplean el procedimiento que habia ejecutado Blandin: disecar el colgajo sobre el labio superior avivando la cara cutánea para no torcer el pedículo.

Entre los dos proceder, el de Blandin ofrece á nuestro modo de ver mayores ventajas, porque el punto difícil de dicha operacion plástica, consiste en que el material de reparacion ha de salir del labio superior, y en éste, por su posicion, no se pueden disecar colgajos que aplicados sobre la parte inferior del tabique, no hayan de sufrir torsion; la cual, si el pedículo es pequeño produce la gangrena, como ha sucedido repetidas veces, y si es ancho ha de ocasionar una deformidad.

Aún bajo el concepto del traumatismo, tiene el proceder de

Blandin ventajas considerables sobre el de Diefenbach. Este último cirujano trazaba el colgajo en forma parecida á la de Dupuytren; pero con la diferencia de que no cortaba el pedículo (con el objeto de evitar la gangrena) hasta tanto que estaba adherido.

Dicha modalidad operatoria ó *modus faciendi* representa dos traumatismos, con un intervalo más ó ménos largo, y sobre partes doloridas en la última sesion operatoria; en cambio, con el proceder de Blandin, puede cumplirse la indicacion en una sola maniobra quirúrgica. A más, el colgajo puede trazarse en la forma y disposicion que se crea más conveniente.

Con mucha frecuencia el cirujano ha de intervenir en la reparacion de uno de los lóbulos nasales, destruidos con motivo de un epitelioma, de un *lúpus* ó de un afecto sifilítico.

Tres puntos principales deben tenerse en cuenta para esta clase de operaciones: 1.º Separar todo lo lesionado 2.º Trazar el colgajo en la region geniana con las mayores garantías de vitalidad. 3.º Procurar que, al venir la cicatrizacion, no se retraigan los tejidos y se deforme la nariz *aplastándola* ó desviándola hácia la parte que correspondia á la base ó pedículo del colgajo.

Hace algunos años practicamos la rinoplastia parcial en una enferma, á la cual un *lúpus* habia destruido la parte lateral derecha de la nariz en todo su tercio medio, estableciéndose una solucion de continuidad de dos centímetros en todos sus diámetros, que ponía en comunicacion el interior de la nariz, y por cuyo punto podian observarse algunas otras alteraciones en la parte anterior del tabique nasal. Procedimos á la cauterizacion de esta última region, y despues de este primer tiempo operatorio, refrescamos en bisel, dándole una forma cuadrangular á la solucion de continuidad que hemos mencionado; despues de esto, disecamos un colgajo de la misma forma que la pérdida de sustancia, de largo pedículo, en la region geniana y maseterina. Cuando el colgajo tuvo las suficientes dimensiones, verificamos la coaptacion sobre la pérdida de sustancia referida, aplicamos varios puntos de sutura y la cicatrizacion fué completa al cabo de seis ó siete dias.

En otro individuo que padecia un epitelioma en el ala izquierda de la nariz, hácia la parte inferior, cuyo tumor tendria el tamaño de un garbanzo, procedimos á la extirpacion, respetando la capa de tejido más profunda que existe en esta region.

Para tapar la solución de continuidad, al mismo tiempo que para obtener la reunión primitiva y evitar de este modo los nuevos estímulos que con la reunión secundaria se presentan, debido á la supuración, trazamos un colgajo cuadrangular y de largo pedículo en la parte correspondiente de la región geniana, se suturó y se aplicó la cura conveniente. Levantado el apósito al cabo de dos días, nos encontramos con que la parte de colgajo que cubría la superficie cruenta se había gangrenado por completo; desprendimos, entonces la escara gangrenosa, la cual estaba apergaminada, seca y de un color negruzco y amoratado. Separado este cuerpo extraño, curamos la herida por segunda intención, y no tardaron en formarse granulaciones de buena índole que, llenando el pequeño hueco, cicatrizaron la herida en breve tiempo.

Respecto á la rinoplastia general se pueden presentar diversos estados que reclaman procedimientos distintos, pero especialmente cuando la destrucción no ha respetado ni aún el esqueleto de la nariz.

En este último caso, se ha dicho—y con bastante fundamento—que la operación no produce resultado, toda vez que los colgajos no teniendo un punto de apoyo que les dé forma apropiada, quedan como un velo membranoso dando á el nuevo órgano un aspecto extraño y hasta cierto punto repulsivo.

Muchos cirujanos no temen manifestar que en estas circunstancias, vale más una *protesis* que una rinoplastia.

De tres puntos distintos se han sacado los colgajos para rehacer la nariz; de la cara ántero-interna del brazo, de las regiones genianas y de la frente; constituyendo los tres métodos distintos, llamados: italiano, francés é indiano. También se han combinado los dos últimos, que en algunas ocasiones pueden cumplir fines quirúrgicos de verdadera importancia por su utilidad.

El método italiano está hoy completamente desechado, tanto en la forma empleada por Tagliacozzi, como del modo que lo ejecutaba Græfe. La figura del colgajo, la gran molestia para el operado, el cual ha de estar muchos días aprisionado en una estrecha *caperuza* para que el colgajo se adhiera, la propensión que, por esta manera de operar, queda á complicaciones y accidentes, hace que el método italiano esté borrado de la práctica moderna.

El método indiano ha gozado de gran *boga*, y consiste en sacar el colgajo de la frente, invirtiéndolo por su pedículo para adap-

tarlo sobre los bordes y superficies *avivadas* de la nariz que se ha de rehacer.

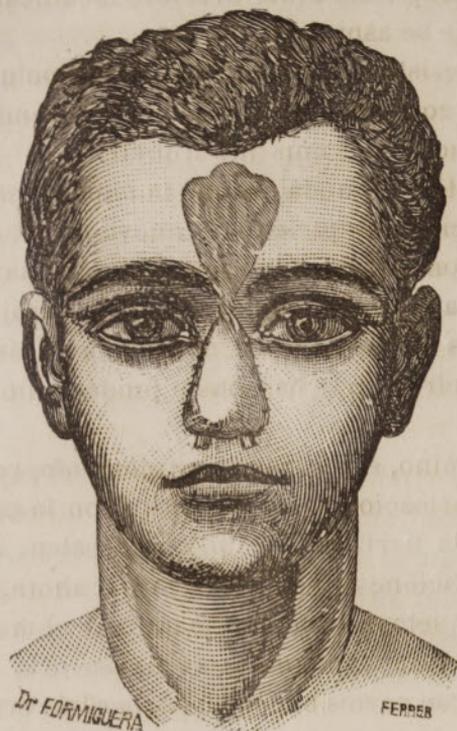


Fig. 310, Rinoplastia (método indiano).

Ofrece, sin embargo, algunos inconvenientes la práctica del mencionado método, lo cual ha sido motivo, para que se hayan ensayado una série de *tanteos* y modificaciones á el objeto de obviarlos.

La primera dificultad se refiere á la manera como queda el pedículo, por cuya causa se produce con bastante frecuencia la gangrena del colgajo.

Para evitarlo, Alquie, de Montpellier, Auber y otros recomendaban los colgajos disecados oblicuamente sobre la frente, para que los pedículos no tuviesen tanta torsion; pero aunque se disequen en esta última forma, no se llega á obtener el resultado apetecido, porque no se evita la torsion, y á más hay que incindir las arteriolas frontales que son las que principalmente deben sostener la vitalidad de los tejidos trasplantados.

Como la rinoplastia por el método indiano tiene muchos incon-

venientes, tanto por lo que se refiere á la forma y disposicion del colgajo como á la falta de medios para constituir el esqueleto en la nueva nariz, ha propuesto Ollier diversas modificaciones para alcanzar el fin á que se aspira.

La primera consistia en disecar el colgajo, incluyendo en él la parte de periostio correspondiente á la cara profunda de los tejidos transplantados, sacada del músculo frontal.

El objeto de Ollier se funda, en que la membrana perióstica sirviese para producir un esqueleto á la nueva nariz. ¿Se podia cumplir esta aspiracion? Nosotros creemos que dicha maniobra quirúrgica ofrecia mayores inconvenientes que ventajas.

Analicemos los hechos, y ellos nos demostrarán que las pretensiones de este cirujano se basaba en fundamentos no muy prácticos.

En primer término, el periostio *transplantado*, por si solo, no es una garantía de formacion de hueso nuevo con la consistencia necesaria para que la nariz tuviese un buen sosten. En segundo lugar las transplantaciones periósticas, hasta ahora, sólo han dado resultados incompletos; á más, si se quita á el hueso frontal su periostio, es condenar una parte de hueso á la necrosis, pues aunque se cubra con partes blandas la superficie cruenta, no podemos estar seguros de garantizar la vitalidad del hueso.

No debia estar Ollier muy satisfecho con este proceder, cuando en 1874 presentó á la Sociedad de Cirugía un nuevo método de rinoplastia. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que este último tiene su verdadera aplicacion cuando existe una nariz que, aunque pequeña y deformada, pueda servir de base á el órgano nuevo que se pretende *reconstruir*.

El modo como se practica la operacion mencionada, es el siguiente: Se incinde de arriba abajo la *nariz antigua*, de modo que con ella se forme un colgajo que sólo debe quedar adherido por los lóbulos y sub-tabique. Se disea, despues, un colgajo de la nariz, y en vez de torcer el pedículo como en el proceder antiguo, se coloca por debajo de la nariz primitiva que, como hemos dicho, se disecó en figura de colgajo. De este modo quedan preparados los materiales de reparacion para la rinoplastia. Se aplican, por último, los puntos de sutura y resulta una nariz formada por dos planos orgánicos: el primero más superficial, compuesto de los tejidos que se pudieron comprender en el primer colgajo, y el segundo, de los

tejidos transplantados desde la frente, los cuales quedan más profundos; presentando la cara cutánea á la cavidad de las fosas nasales y la cruenta con la de la misma especie del colgajo primero.

Cuando estaba destruido el lóbulo nasal, Ollier se valia para rehacerlo de los mismos tejidos transplantados desde la frente, invirtiendo una parte de ellos (la correspondiente á el punto necesario) sobre sí, y de este modo quedaba constituido dicho lóbulo mediante un doble plano orgánico.

Al lado del procedimiento de Ollier puede agruparse el que describía Dolbeau como perteneciente á Nélaton. Este cirujano dividia por medio la nariz antigua y la abria cual si fuesen dos *solapas*, colocando entre ellas un colgajo traído desde la frente para que formase el dorso y una parte de las caras laterales de la nueva nariz.

Dice Tillaux que la discusion que, con motivo de la comunicacion de Ollier, hubo en la Sociedad de Cirugía, puso en evidencia la reserva que sobre este punto demuestran la mayor parte de los cirujanos franceses, los cuales no se declaran muy partidarios de la rinoplastia general. El mismo Tillaux no ha podido por ménos de demostrar sus contrarias opiniones, cuando dice en su obra de Anatomía, pág. 269, lo siguiente:

«La rinoplastia total, es decir, el arte de formar una nariz nueva, es una pretension ambiciosa y una *irrealizable aspiracion*, porque todos los métodos sub-periósticos posibles no son suficientes para formar un armazon ósteo-cartilaginoso.»

Una sola indicacion admite Tillaux para la rinoplastia, esta es, cuando se hallan destruidos el tabique y los huesos propios de la nariz, y la mucosa pituitaria, por el contacto del aire exterior, se inflama, pudiendo causar una complicacion de mayor trascendencia. Entónces, aunque la *rinoplastia* no puede formar mas que un velo membranoso, produce un medio protector que evita las flegmasias.

El método francés consiste en trazar colgajos sobre las mejillas para traerlos por deslizamiento sobre la nariz.

Dicha operacion puede cumplir buenas indicaciones cuando se trata de la rinoplastia parcial; pero en la total, aunque se disequen dos colgajos laterales por la retraccion de los tejidos, aplastarian la prominencia del nuevo órgano.

Además, el método francés tiene el inconveniente de borrar los

surcos naso-genianos, dando á la nariz nueva un aspecto extraño, que está muy léjos de imitar á el órgano natural.

Con el objeto de dar mayor prominencia á la nueva nariz ensayó Verneuil un método mixto, combinando los colgajos por deslizamiento con el precedente de la region frontal. A dicha operacion pudiera muy bien denominársela: *rinoplastia de dobles planos*.

Practicase ésta, trazando un colgajo de la region frontal, el cual se invierte de manera que la cara cutánea quede frente á las fosas nasales, y la cruenta corresponda á un plano anterior.

Sobre ella se *adosan* dos colgajos laterales extraidos de las regiones genianas, con lo que la nueva nariz queda bastante prominente.

Este método, por más que diga Tillaux, ofrece algunas ventajas porque el mismo grosor de los colgajos pueden dar á la nariz una forma saliente, y la cara cutánea de unos colgajos y de otro representan el papel de mucosa y de piel, respectivamente.

El método de Verneuil se ha modificado tambien en otra forma, á el objeto de evitar que los colgajos que pudiéramos llamar *genianos* (por el sitio de que proceden) tengan que adosarse sobre el de la frente (porque de este modo se borran los surcos laterales). Para obviar este inconveniente se disecan los tejidos, de manera que quede la base de los dos *colgajos genianos* sobre el borde de las fosas nasales, invirtiendolos en tal forma que se puedan suturar sobre la parte media de la entrada nasal, y presenten: la cara cutánea hácia dicha cavidad y la cruenta hácia adelante, la cual se *adosa* sobre la correspondiente á el colgajo frontal.

Este procedimiento tiene mayores ventajas que el de Verneuil, porque el nuevo órgano nasal queda mucho más prominente.

Para que dé resultado la operacion, es necesario que el práctico procure asegurar la nutricion de los colgajos profundos que son los que quedan más comprometidos en su vitalidad por la disposicion de sus pedículos.

Para terminar lo relativo á la *rinoplastia* debemos indicar algunas otras modificaciones que se han aconsejado por diversos cirujanos. Sedillot ha recomendado el método indiano, pero en vez de tomar el colgajo de la frente, lo hace de la region geniana. Bonnet, empleando el mismo método, disecciona el colgajo del labio superior: práctica tambien aceptada por Blandin.

Estos procedimientos no pueden cumplir otra indicacion, á nuestro modo de ver, que la que hace referencia á la rinoplastia parcial: cuando haya que rehacer la parte lateral y media de la nariz, ó bien uno de los lóbulos de dicho órgano.

## LECCION LXXVI.

Consideraciones anatómicas sobre las fosas nasales como base para plantear los procederes quirúrgicos referentes á el taponamiento hemostático.—Sonda de Bellocq y manera de emplearla con las *torundas* y el hilo correspondiente.—¿Qué otra clase de medios se pueden aplicar para cohibir las hemorragias nasales?—Expulsion de los cuerpos extraños de dichas cavidades.—Rectificacion del cartilago del tabique.

Entre las diversas operaciones que se verifican en el interior de las fosas nasales, el taponamiento es una de las que revisten un carácter de urgencia más marcado.

Es necesario conocer perfectamente los diferentes canales, prominencias, depresiones, aberturas y todo lo concerniente á dichas regiones anatómicas, con mucho más motivo, cuanto que las maniobras quirúrgicas que en estas fosas se practican han de hacerse, valiéndose únicamente del tacto.

Fácilmente se comprende que este género de operaciones no se pueden llevar á cabo sin un conocimiento muy exacto de todos los puntos anatómicos que hemos indicado. Fundados en la necesidad de este estudio nos hemos de detener en consideraciones algo extensas sobre las fosas nasales.

Representan éstas dos cavidades la figura de una cuña truncada, cuya base fuese inferior y el vértice superior.

Por dicha forma puede conocerse que las fosas nasales (tanto la derecha como la izquierda, pues son semejantes en el estado normal) presentan una base, un vértice, cara interna, externa y dos aberturas: una anterior y otra posterior.

La base ó cara inferior mide de amplitud unos catorce milímetros y es cóncava en sentido transversal. En las dimensiones antero-posterior tiene la distancia comprendida entre el borde posterior del palatino (porcion horizontal y parte anterior del supra-maxilar). Dicha base se inclina ligeramente de arriba abajo y de adelante atrás.

La pared superior de las fosas nasales presenta una sucesion de planos que corresponden á diversas alturas y direcciones y cuyo *esquema* seria una verdadera *línea quebrada*. Esta disposicion es necesario tenerla muy en cuenta, porque la parte más anterior, formada por tejido óseo muy delgado, se puede romper con facilidad ocasionando gravísimos peligros. Y si la fractura ocurre durante una operacion y por el traumatismo de un instrumento, no quedaria muy bien parado el crédito del operador, á quien desde luégo se achacaria, y con alguna razon, una gran ignorancia anatómica sobre la region en que operaba: ignorancia no disculpable por lo mismo que aquella es delicadísima.

La anchura de la parte superior de las fosas nasales mide anteriormente unos dos ó tres milímetros, siendo algo más ancha hácia la parte media (punto correspondiente á la cara inferior del cuerpo del esfenoides) y mucho más en la cámara posterior de las fosas nasales, á cuya region forma esqueleto (que viene á ser el *techo* ó cara superior) la apófisis basilar (1).

La parte anterior de dichas fosas, en lo que á su bóveda se refiere, está compuesta por los huesos propios de la nariz, que presentan una direccion oblicua correspondiente á la que tiene la misma nariz. Más posteriormente, y en plano horizontal, se encuentra la lámina cribosa del etmoides; y á el final de ella, hay un *resalte* ó *escalon* formado por el *cubo*, que representa el cuerpo del esfenoides; continuando la bóveda que se halla constituida por la cara inferior de dicho cuerpo esfenoidal y apófisis basilar ó *techo* de la faringe.

La cara interna de las fosas nasales está formada por el tabique que separa á una de otra fosa.

El esqueleto del tabique representa un *pilar* ó *verdadero puntal* sumamente delgado, compuesto del vómer y lámina perpendicular del etmoides, entre cuyos dos huesos hay un espacio triangular anterior ocupado por un cartilago llamado del *tabique*.

La union de este tabique con la cara inferior, es el punto que debe seguirse para introducir cualquier instrumento en la cavidad de las fosas nasales.

La pared externa es la que presenta mayores puntos anatómi-

---

(1) Esta region no la describiremos hasta ocuparnos de los pólipos naso-faríngeos por tener más relacion con el afecto.

cos. Así como la interna es perpendicular á la bóveda palatina, la externa ofrece una oblicuidad dirigida de adentro afuera y de arriba abajo.

Hácia la parte superior hay dos conchas dependientes del hueso etmoides que dejan en su intermedio un canal llamado superior y varios agujeros que no tienen una gran importancia para la operatoria. Entre la segunda concha y la tercera (hueso especial) está el canal medio, en el cual se abre un agujero que comunica con la *cueva de Higmoro* ó seno maxilar.

La concha inferior, mayor que las superiores, forma un canal entre ella y la cara palatina. En dicha canal y á una pulgada (2 1/2 centímetros próximamente), de la abertura de las fosas nasales se abre el agujero inferior del conducto nasal.

Las aberturas corresponden á la parte anterior y á la posterior. La primera presenta una figura ovoidea cuya extremidad pequeña está dirigida hácia adelante, y la posterior, mucho más ancha (en un doble) hácia atrás.

La figura representa un verdadero cuadrilongo que mida 22 milímetros de altura por 41 de anchura. Tiene la abertura posterior dimensiones que, como más adelante demostraremos, influyen en la forma de las torundas para verificar el taponamiento.

Las fosas nasales están revestidas de una mucosa llamada pituitaria que es sumamente rica en vasos y nervios.

Esta abundancia vascular y la forma como se distribuyen los vasos, son causas para que en ciertos individuos se presenten hemorragias considerables que muchas veces son incoercibles á toda clase de tratamiento, á excepcion del quirúrgico.

En estos casos la operacion reviste un carácter de urgencia, mucho más si el paciente ha sufrido grandes pérdidas sanguíneas.

Diversos medios tiene á su disposicion el cirujano para verificar el taponamiento nasal. Entre estos se cuenta, en primer término la sonda de Bellocq, las torundas de hilas y las hebras para sugerar á éstas sirviéndoles de fiadores.

La sonda de Bellocq viene á ser una cánula metálica hueca, un poco encorvada en uno de sus extremos, formando un *arco* de unos diez á doce centímetros de diámetro. Dicha cánula lleva en su interior una cinta de cobre muy elástica sujeta á una varilla ó estilete metálico *labrado á tuerca* con el cual se atornilla un mandril. Por medio de éste se puede empujar la cinta metálica, que acom-

pañá en su extremo un pequeño boton perforado, para hacerla pasar á la boca en el momento necesario.



Fig. 311. A Sonda de Bellocq.

Fig. 312. B La parte interna ó mecanismo del instrumento.

La preparacion del instrumento, se hace introduciendo por el agujero del boton que vá en el extremo de la cinta, una hebra de seda bastante larga, puesta en doble. Se arreglan dos torundas: una para la parte posterior y otra para la anterior, quedando el aparato asi dispuesto para la operacion.

Al introducir el instrumento se sujeta bien la cinta metálica por medio del mandril dentro de la cánula; se engrasa la sonda y se lleva el pico de la misma por el ángulo que forma el tabique con la cara inferior de las fosas nasales. En esta disposicion se recorre de adelante atrás hasta llegar sobre la base y cara posterior del velo palatino. Puestos en este punto, las náuseas y cierto *cosquilleo* muy molesto hacen comprender á el operador que ha llegado á la cavidad posterior de la boca.

Pasado este tiempo operatorio el cirujano hace correr el mandril dentro de la cánula, y sale la cinta metálica, la cual lleva en su extremo la hebra de seda, que entrando en la cavidad bucal se sujeta fuera de la boca, sacando la sonda de Bellocq por el mismo camino que se introdujo.

En la union de la tercera parte del hilo se anuda una torunda perfectamente aprisionada, para que quede sujeta sobre la parte posterior de la abertura nasal.

Uno de los datos que el cirujano debe tener más presente en el taponamiento de las fosas nasales, es la forma, así como las dimensiones de las ventanas posteriores de dichas fosas. Miden éstas 22 milímetros de longitud y 11 de anchura.

A ellas deben ajustarse necesariamente, las torundas que se aplican en este sitio, cuando se practica el taponamiento por el proceder de Bellocq. Si la torunda es más pequeña que las dimensiones referidas, la hemorragia no podrá cohibirse, porque la sangre escapará entre las hilas y las paredes de dichas ventanas, no dando lugar, por consiguiente, á la formacion del coágulo que ha de obturar los vasos. Si la torunda es muy grande, además del inconveniente de lo difícil de su aplicacion, hay que añadir el que ejerce presiones sumamente molestas sobre el velo del paladar, así como tambien sobre el pabellon de la trompa de Eustaquio.

Una vez colocada la torunda en la abertura posterior de la fosa nasal correspondiente á la hemorragia, se fija en la parte anterior de esta cavidad, otra pelota de hilas de las dimensiones necesarias, que queda sujeta mediante un nudo hecho con la misma hebra. El extremo de ésta se reúne con el hilo fiador que, procedente de la torunda posterior, sale por la boca y se sujetan en el pabellon de la oreja del mismo lado.

De este modo quedan obstruidas las aberturas nasales, y la sangre, al derramarse en la cavidad, viene á formar un coágulo que que sirve de tapon hemostático para impedir su salida.

Este procedimiento, que pudiéramos llamar clásico, lo empleamos nosotros en un individuo, el cual padecia una abundante hemorragia que le habia hecho perder muchísima sangre, por lo que el enfermo se encontraba en un estado de gran postracion orgánica.

No siempre se tiene á mano la sonda de Bellocq, y aún muchos prácticos la desechan, porque se puede sustituir perfectamente con otros instrumentos que cumplen el mismo objeto operatorio; así es, que se recomienda el estilete enrollado para pasar el hilo por las fosas nasales y la boca.

Tambien en una ocasion tuvimos que valernos de una sonda de goma para hacer un doble taponamiento con motivo de una hemorragia muy rebelde.

Tratábase de una mujer afectada de una rinorragia, hacia dos ó tres dias, no habiéndosele podido contener definitivamente con los medios que habia empleado durante este espacio de tiempo, toda vez, que cesaba la salida de sangre y al cabo de algunas horas se iniciaba de nuevo en gran cantidad. El estado de la paciente se iba agravando, en tales términos, que llegó ya á inspirar sérios temo-

res, sembrando la alarma entre los individuos de la familia. Llegados á presencia de la enferma, y no teniendo á mano la sonda de Bellocq, empleamos una de goma de las que sirven para la vejiga urinaria, pasando una hebra de hilo por las aberturas de la extremidad; y cuando el pico del instrumento llegó á la cavidad posterior de la boca, y por medio de unas pinzas que introdujimos en dicha cavidad, sacamos el hilo, quedando éste colocado lo mismo que con la sonda de Bellocq.

El procedimiento de las torundas ofrece varios inconvenientes que vamos á exponer. En primer término, lo laboriosa que la operación se hace en algunos casos, pues el roce de la sonda sobre el velo palatino, las náuseas, la aplicación de dos cuerpos extraños (torundas) una anterior y otra posterior, la titilación que produce el hilo fiador pasando por la boca y labios, y especialmente la manera como la hemorragia se detiene á expensas de un coágulo que obtura todas las fosas nasales, son motivos más que suficientes para que consideremos como muy imperfectos los procedimientos de taponamiento mediante las torundas.

Hay, además, otro inconveniente que hemos podido notar algunas veces, el cual consiste, en que el coágulo sanguíneo que se ha de formar en la cavidad de las fosas nasales, se descompone por el contacto del moco, produciendo un olor infecto durante los días que permanece en el interior de las fosas nasales; y después, para desinfectar éstas, cuesta gran trabajo, debido á las prominencias y anfractuosidades que existen en dicha región. Finalmente, la cantidad de sangre que se necesita para formar el coágulo, representa— aunque pequeña— una pérdida tanto más apreciable, cuanto que en los individuos en los cuales se aplica el taponamiento se encuentran ya muy debilitados, porque suelen recurrir á el medio quirúrgico en último resultado y cuando han fracasado todos los demás puestos en uso.

Los inconvenientes mencionados han hecho pensar á los cirujanos en otros procedimientos que no adoleciesen de los defectos que dejamos indicados. Martin ha recomendado una pequeña cánula metálica parecida á un *soplete* recto, que lleva atado en uno de sus extremos una vejiga de goma ó de tripa. Se introduce ésta dentro de las fosas nasales, se *insufla* por la cánula la mencionada vejiga se dilata y se extiende por toda la cavidad, formando un tapon obturador.

Gariel ha inventado un aparato parecido, siendo la vejiga de *cautchouc vulcanizado*.

Tambien se han empleado intestinos de cerdo, receptáculos de goma cilindricos; siquiera el cirujano use para buenos fines, lo que para malos, fabrica una industria tan torpe en sus inventos como inmoral en sus aspiraciones (1).

Un antiguo discípulo de la escuela de Barcelona nos comunicó que habia puesto en práctica el taponamiento con un papel *absorbente ó chupon* (como vulgarmente se dice) obteniendo buenos resultados.

Aunque no conocemos este último medio, creemos que no puede igualar en ventajas á los receptáculos de goma ni al intestino de cerdo.

Para emplearlos, se introduce con el pico de una sonda ó estilete, ó bien con una cánula cualquiera, uno de los receptáculos que acabamos de indicar, y despues que haya llegado á la mitad ó parte posterior de las fosas nasales, se llena de agua ó de una disolucion astringente el trozo intestinal; lo mismo puede hacerse con el reservorio de goma. Creemos que de este modo queda mejor hecho el taponamiento que insuflando una cantidad de aire.

Muchas veces se presentan en la práctica enfermos que se han introducido cuerpos extraños dentro de las fosas nasales. Entre estos deben contarse huesos de fruta, semillas y hasta *anélides*. Nosotros pudimos extraer á un niño de poca edad una sanguijuela que estaba implantada en la parte anterior de las dichas fosas.

Si el anélide estuviese colocado más profundamente y fuese molesto tantear con las pinzas, podemos pasar, por el punto sobre el cual se presume que está la sanguijuela, una esponja con sal.

Cuando se trate de cuerpos extraños de otra especie es necesario practicar un minucioso reconocimiento, y si éste no diese resultado, deberemos emplear unas inyecciones empujadas con alguna fuerza y en distintas direcciones para ver si obtenemos que dichas sustancias cambien de sitio para que se hagan más accesibles á la accion de los instrumentos prensores.

En otras ocasiones los cuerpos extraños provocan, por su permanencia, un flujo purulento ó fenómenos flegmáticos de mucha

---

(1) Artículo nuestro en la *Gaceta Médica de Cataluña*. — «Hemofilia en el concepto quirúrgico.»

intensidad, y que, tumefactando la mucosa, son causa de obstrucción, que, al dificultar los reconocimientos, impiden también la extracción de dichas sustancias.

En estos casos las inyecciones emolientes y antisépticas pueden favorecer las maniobras quirúrgicas. Sedillot cita una observación del Dr. Jacquemin, cuyo práctico refiere que en una ocasión una *haba* había producido una supuración muy fétida.

No siempre el tabique de las fosas nasales se encuentra en dirección perpendicular á la bóveda palatina, pues existen muchos individuos en los cuales esta pared orgánica está más inclinada á un lado que á otro. Algunos cirujanos han propuesto *enderezar* dicho tabique mediante operaciones.

Creemos inoportunas la mayor parte de las maniobras quirúrgicas y sólo en casos muy excepcionales es cuando debe intervenir; como por ejemplo: si la desviación del tabique nasal produce flegmasías crónicas, ulceraciones, flujos purulentos y otra clase de accidentes, teniendo en cuenta al practicarlas que no vaya á ser el *remedio peor que la enfermedad*.

También puede operarse cuando la parte desviada presente facilidad para los instrumentos.

Hace muy pocos días estaba un individuo en la Clínica de Operaciones, cuyo sujeto, de índole escrofulosa, tenía una desviación hácia el lado derecho del cartilago del tabique. Como era muy accesible el órgano, quisimos ensayar la rectificación del mismo mediante unas *garra-finas* de Vidal de Casis, cuyas ramas, para que no dañasen la mucosa, estaban recubiertas de algodón. Muy poco pudimos obtener con ellas y entónces empleamos unas pinzas de presión continua, con lo cual conseguimos enderezar bastante la dirección viciosa de dicho cartilago.

En muchas Obras de Cirugía se trata del cateterismo del seno maxilar por la abertura que éste tiene sobre el canal medio de las fosas nasales. Aunque se citan algunos casos en que la operación ha dado resultado para la extracción del moco acumulado en dicho seno, creemos que es preferible perforarlo por uno de los alvéolos, ó bien por la cara externa del maxilar en el punto correspondiente á la parte más declive.

Es mucho más preferible la operación indicada que el cateterismo, por ser éste muy difícil en la mayoría de casos, é incomprendible en muchos individuos por la disposición anatómica de la con-

cha inferior y del canal medio; tanto es así, que hay que sospechar si las veces que se ha verificado el cateterismo ha sido completamente ficticio.

Otro de los inconvenientes de esta operacion es la falta de resultados constantes, toda vez que no estando dicha abertura en el punto más declive del seno no se puede hacer el desagüe quirúrgico con facilidad.

La cueva de Higmore es asiento de tumores y especialmente de pólipos, que unas veces comprimen las paredes del seno maxilar y otros salen á el canal medio por el agujero de comunicacion. Nosotros conservamos una pieza patológica bastante curiosa, en la que se vé un pólipo implantado en el seno maxilar salir por la abertura del canal medio.

Dicha pieza pertenecia á un cadáver que sirvió en unas oposiciones, habiéndole tocado en suerte á el actuante lo siguiente: *Reseccion del maxilar superior*. Como esta operacion está indicada en los casos de pólipos, el ejercicio práctico no podia estar más en carácter.

## LECCION LXXVII.

¿Qué conducta debe seguir el cirujano para extirpar los pólipos que se implantan en las fosas nasales y cámara rétro-nasal? Datos anatómicos para indicar los puntos más convenientes con el fin de atacar la implantacion de dichas neoplásias de una manera directa.— Juicio crítico acerca de la *avulsion, ligadura, cauterizacion y legrado del pedículo en los pólipos*.

Las condiciones diferentes que acompañan á los pólipos nasales y á los naso-faríngeos reclaman procederes quirúrgicos distintos, porque el punto de implantacion influye en un todo sobre la indole de la maniobra operatoria que hay que verificar.

Hay que tener tambien en cuenta que, *por regla general*, los pólipos nasales son verdaderas hipertrofias mucosas que suelen presentarse en los jóvenes, las cuales pueden curarse con tratamientos quirúrgicos poco cruentos; en cambio, los pólipos naso-faríngeos son generalmente fibrosos, que implantándose sobre el periostio de la apófisis basilar, se extienden, *desgastando* cuanto á su paso se opone, incluso la base del cerebro.

Otras veces dichos afectos son producciones cancerosas, y entonces no hay que decir con que cuidado deben hacerse las extirpaciones.

Finalmente, como dato que puede servir de base á el tratamiento quirúrgico hay que indicar: que ciertos pólipos tienen su raiz ó pedículo principal, pero que á medida que se van extendiendo contraen adherencias con los tejidos que se ponen en contacto, de tal modo, que pudiera dar motivo á equivocaciones lamentables para el operador, en algunas extracciones.

Los tumores poliposos suelen tambien reproducirse despues de la extraccion, sin que esto pueda indicar de que sean cancerosos.

Fijado el diagnóstico del afecto, mediante los reconocimientos necesarios, el cirujano debe tener en cuenta algunos datos anatómicos que, referentes á la cavidad posterior de las fosas nasales, pueden servir de excelente guia para la operacion.

El espacio ó cavidad naso-faríngea representa una figura de *cubo* con sus seis caras correspondientes. La superior, punto más frecuente de implantacion para los pólipos mencionados, está compuesta por un plano ligeramente oblicuo de adelante atrás formado por la apófisis basilar y la mucosa. Dicho plano se continúa hácia adelante con la cara inferior del esfenoides que es casi horizontal; de manera, que entre los dos representa un ángulo muy obtuso cuya abertura está dirigida hácia adelante y abajo.

Esta disposicion hay que tenerla presente para aplicar en dicho punto las leguas que se emplean para *desarraigar* las producciones poliposas.

La parte posterior de la figura cuboidea está formada por la cara ántero-superior de la columna vertebral. En las partes laterales la mucosa tiene dos repliegues medios en donde están las fositas de Rosenmuller y más hácia adelante los rebordes del pabellon de la *trompa de Eustaquio*.

Forman la cara anterior, las aberturas nasales y borde del tabique, y la inferior por un plano imaginario que dividiere en dos cavidades la posterior de la boca y la de las fosas nasales. Cuando el velo palatino se contrae, dicho plano está representado por la parte posterior del órgano mencionado.

Aunque el tratamiento quirúrgico de los pólipos cuenta una larga historia, nos concretaremos á exponer algunos datos expuestos por los antiguos cirujanos españoles y á indicar algunas con-

sideraciones sobre la cirugía moderna referente á la operacion de la cual nos venimos ocupando.

Dice Chinchilla, que Albucasis, de Córdoba, sujetaba el pólipo con una erina y con ella lo atraia hácia fuera para verificar la excision.

En el siglo décimo-sexto—refiere el mismo historiador—que Darachacon empleaba la *ligadura*, la *cauterizacion* por medio de una cánula; y para abrir *campo operatorio* dividia el lóbulo de la nariz.

Dicho cirujano describe su procedimiento en la forma siguiente:

«Se colocará el enfermo en una silla; se procurará dilatar con una mano la abertura de la nariz correspondiente al pólipo, y con un instrumento en forma de hoja de mirto, y aún mejor cóncavo á manera de escoplo ó media caña, se cortará lo más cerca posible de su raiz. Si hay hemorragia se le podrá dar al enfermo para que absorba el agua de vinagre, ó se le aplicará una esponja. Si quedaran restos del pólipo se podrán arrancar por una sierrecita de hilo, ó sea un cordonete que tenga tan próximos los nudos como los dientes una sierra, la cual introduciendo por la boca y sacándola por la nariz, se tira de sus cabos como si fuese una sierra. Para conseguir la cicatrizacion aconseja las inyecciones con el zumo de granadas ágrias, ásperas y los disecantes.»

Chinchilla tambien habla de Pedro Lopez Leon, el cual se valia de un bisturí en forma de *media caña* cortante tan sólo por uno de los lados.

Este historiador hace mencion de Juan Calvo, cirujano de la Universidad de Valencia; pero éste adelantó bien poco el tratamiento quirúrgico de los pólipos nasales.

En el siglo décimo-octavo, Francisco Villaverde, cirujano del Colegio de Cádiz y de la Armada, proponia en una Obra de Cirugía que escribió, diversos métodos para extirpar los pólipos, y entre ellos merece alguna originalidad el que su autor llamaba la *concuasacion*, que venia á ser una especie de magullamiento; sin duda con la pretension de que se reabsorviese la *neoplasia* ó se destruyese mediante la supuracion.

Como pertenecientes tambien á la Cirugía española no dejaremos de indicar, que ya en época más cercana á la nuestra Argumosa y Sanchez Toca practicaron extirpaciones de pólipos

naso-faríngeos. De este último hemos oído referir á varios de sus discípulos operaciones atrevídisimas para extraer dichas neoplasias que radicaban sobre la apófisis basilar.

Hace algunos años en las Clínicas de San Carlos, en Madrid, se hicieron resecciones para la extirpacion de pólipos por el Dr. Gonzalez Encinas y por el Dr. Creus (de esta operacion hablaremos más adelante) con cuyo motivo éste último publicó un Folleto titulado: «Una página para la historia de los pólipos naso-faríngeos» (1) de cuya publicacion tomamos varios datos para la redaccion de estas líneas.

Hace Rochard una brillante crítica acerca del asunto que nos ocupamos, y entre las indicaciones de mayor importancia, dice el cirujano francés: que la cirugía moderna ha dirigido con verdadero ahínco las investigaciones sobre el tratamiento quirúrgico de los pólipos, descartando muchos procederes que hoy no cumplen sino limitadas indicaciones. En efecto, la ligadura, el arrancamiento, la avulsion, la cauterizacion han venido á ser medios complementarios ó bien radicales para pólipos de largo y estrecho pedículo en los que se pueden emplear dichos recursos.

Las operaciones preliminares para atacar directamente á la neoplasia tienen hoy mayor importancia que los métodos que pudiéramos llamar *directos*. ¿Por cuántos caminos podemos llegar sobre la produccion morbosa para extirparla?

Hé aquí una pregunta que, una vez hecho el diagnóstico, ha de hacerse siempre el práctico, estableciendo un detenido exámen entre unas y otras vías, ya naturales ya artificiales por las que podamos operar.

Si el pólipo es mucoso se le reconoce por las aberturas nasales anteriores y por este camino debemos introducir unas pinzas finas, como las de Duplay ó la de Pean para verificar la avulsion y cauterizacion. En el caso de que haya poco campo operatorio se dilata á la nariz lateralmente, como se hacia en épocas anteriores.

Hace algun tiempo que en union de nuestro compañero Dr. Rodriguez Mendez practicamos una extirpacion de pólipos, valiéndonos de la torsion y arrancamiento de los pedículos de dichas producciones morbosas. Era el operado un hombre de sesenta y tantos

---

(1) Este Folleto viene á ser una reunion de notables artículos que vieron la luz en la Revista que dirige nuestro amigo Dr. Ulecia.

años, el cual venia padeciendo pólipos desde su juventud; éstos habian ido aumentando de volúmen, hasta el punto de dificultar los movimientos del velo palatino, llenando por completo ambas fosas nasales, y aventando hácia adelante y afuera los bordes articulares anteriores de los huesos propios de la nariz.

Obligado este enfermo á dar entrada al aire para la respiracion por la cavidad bucal, presentaba un aspecto extraño; pero que unido este sintoma á la deformacion de la nariz y la voz un poco gangosa, hacian presumir, á la simple inspeccion, el diagnóstico probable de tales tumores.

Este individuo habia sufrido la operacion dos ó tres veces sin éxito satisfactorio, y como no tuviera mejoría, marchó á Lyon, donde fué operado por Degranges, el cual extrájole varios pólipos usando unas pinzas que introducía por las fosas nasales, ejecutando con dicho instrumento la torsion y arrancamiento. Con esto pudo el enfermo respirar por la nariz; pero al cabo de cinco ó seis meses retoñaron las producciones morbosas obturando de nuevo las fosas de la nariz.

Despues de varios años volvió el enfermo á Lyon, donde fué otra vez operado por el mismo cirujano, experimentando algun alivio, si bien pasajero, porque á los 15 ó 20 dias se encontraba en las mismas condiciones que ántes de la operacion.

Habian transcurrido algunos años de esto último, cuando el Dr. Mendez y nosotros procedimos á la extirpacion de dichos tumores en el citado individuo. La operacion consistió en lo siguiente: Sentado el paciente en una silla con la cara en frente á la luz de una ventana, se le aplicó la anestesia local en el ala de la nariz y surco naso-geniano del lado izquierdo; anestesiada esta parte, se practicó la separacion del ala de la nariz, por medio de una herida incisa desde el borde externo é inferior hasta el hueso nasal del mismo lado, con lo cual quedó mayor campo operatorio. Hecho esto, empezamos acto continuo la extraccion de los pólipos por torsion y arrancamiento: la maniobra operatoria fué de larga duracion, y difícil por el gran número de tumores fibro-mucosos que llenaban la fosa nasal izquierda.

Limpia ya la cavidad y pasando el aire por dicho punto, pudiendo penetrar en el torax en cantidad suficiente para la respiracion, sin necesidad de abrir la boca, se procedió á la cauterizacion de los puntos de la mucosa donde habian estado implantados los pólipos:

esta fué enérgica y repetida. En la fosa nasal derecha se hizo la misma operacion, exceptuando el corte del ala de la nariz porque no se creyó indispensable.

Al cabo de algunos dias, el enfermo pudo dejar el lecho con la herida perfectamente cicatrizada y respirando con entera libertad por las fosas nasales.

Tres meses despues se reprodujo un pólipo en la fosa nasal del lado izquierdo en la parte supero-anterior del canal medio; se le extrajo dicho tumor, se cauterizó fuertemente el punto donde se implantaba, y el enfermo se encontró en las mejores condiciones.

Han transcurrido cinco años, no habiéndose notado en dicho individuo, durante este tiempo, el más pequeño signo de reproduccion, encontrándose, pues, en las mejores condiciones.

Excluyendo la vía nasal, quedan diversos caminos que se han seguido por distintos cirujanos para llegar sobre el pólipo. El primero de ellos consiste en atacar á la neoplasia por la boca replegando el velo palatino. De este medio nos hemos valido en un enfermo de la clinica de operaciones, el cual tenia un grueso pólipo (verdadero fibroma) implantado sobre la mucosa correspondiente á el ala pterigoidea.

Introdujimos un constrictor con alambre sumamente fino, pero reuniendo muchos de ellos pudimos abarcar el pediculo del pólipo á un centimetro de su verdadera implantacion. Empezamos la torsion, y ántes de extrangular á el tumor, fueron rotas sucesivamente todas las cuerdas de alambre.

Sacamos el constrictor, pero el pólipo estaba ya privado de vitalidad y de un color negruzco. Como hubiera alguna fetidez, llevamos con cuidado una tijera de bordes muy curvos y excindimos la neoplasia, cauterizando la implantacion del pedículo.

La cauterizacion la hicimos del modo siguiente: dentro de una sonda pusimos una esponja cilíndrica del mismo volúmen que el instrumento y dentro de éste, colocamos un mandril, como si fuese una *baqueta*, para que cuando llegara la abertura de la sonda sobre la implantacion poliposa, empujar el mandril, exprimiendo á su vez la esponja, que iba llena de una fuerte disolucion de cloruro de zinc para que cauterizase la parte.

En la forma expuesta verificamos repetidas veces la cauterizacion, lo cual se puede hacer sin riesgo alguno y con una gran facilidad.

Cuando la abertura bucal no dá espacio bastante, hay cirujanos que incinden el velo palatino. Esta práctica data desde Manne, d' Avignon, que la recomendó por vez primera en 1717. Petit, Morand, Nannoni y Diefenbach han seguido algunas veces este procedimiento.

Parece como un perfeccionamiento á el método de Manne lo que hacia Nélaton, reseca la bóveda palatina para penetrar más directamente sobre la parte posterior de las fosas nasales. La operacion de Nélaton tenia un precedente en Adelmann, cuyo profesor habia resecaado anteriormente la bóveda palatina.

Este método se ejecuta separando la fibro-mucosa en forma de dos colgajos cuadrangulares ó trapezoideos, y pasando un perforador cuatro veces para practicar otros tantos agujeros se excinden las láminas óseas para verificar la abertura necesaria. En caso indispensable debe researse la parte inferior del tabique de las fosas nasales.

No podemos conceder gran importancia á los procedimientos de Rampolla y Palasciano, cuyos profesores recomiendan perforar el unguis para penetrar en las fosas nasales.

La reseccion del maxilar deja ancho campo operatorio, y si no fuese por el gran traumatismo que ocasiona, seria el camino que mayores ventajas podria reportar.

Dicese que Wately habia indicado dicha operacion en 1805; pero es lo cierto que el primero que la ejecutó con este objeto fué Syme, en 1832.

Desde esta época se fueron practicando algunas, á pesar del mal éxito que obtuvo la del primero; asi se observa que la llevan á cabo Flaubert, de Rouen, en 1840; Michaux, en 1847; Robert, en 1849; Maisonneuve, en 1852; y la reseccion temporaria ú osteoplástica, en 1859, por Langenbek; en 1860, por Hugier; y posteriormente por Bækkel, Roux y otros cirujanos.

Como parecia mucho traumatismo la reseccion del maxilar, propuso Laurence la diseccion de un gran colgajo que comprendiese toda la nariz (incluso su esqueleto) levantándole sobre la frente. Bækkel y Chassaignac trazan el colgajo, pero invirtiéndole lateralmente; y Ollier disecciona la nariz con su esqueleto, quedando adherida tan sólo por la parte inferior dejándola caer sobre el labio superior.

Estos procedimientos, que nosotros hemos ensayado en el ex-

dáver con diversos variantes, no dejan mucho campo operatorio, especialmente cuando se trata de operar pólipos cuya implantacion sea muy posterior.



Fig. 313. Reseccion osteo-plástica lateral de la nariz (proceder de Bæckel y Chassaignac).

Una vez expedito el camino se puede emplear la avulsion la ligadura, la cauterizacion, la electrolisis, legrar el pedículo (1) etc.



Fig. 314 Constrictor de Maisonneuve (modelo pequeño) para la ligadura de los pólipos.

Hemos querido omitir la descripcion de un verdadero *farrago* de instrumentos que se han recomendado en diversas épocas para

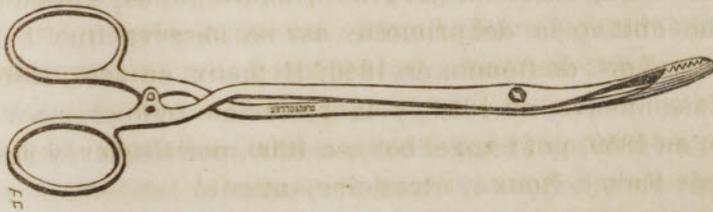


Fig. 315. Pinza de Duplay para la avulsion y arrancamiento de los pólipos.

la operacion que nos ocupa, lo mismo que de los procedimientos quirúrgicos, reñidos hoy con la práctica moderna.

---

(1) Para esta operacion se han construido unas legras especiales como la que recomiendan Guérin y el Dr. Creus, cuyos instrumentos tienen su especial aplicacion sobre la apófisis basilar.

No terminaremos la lección sin exponer algunos datos (como ántes hemos anunciado) respecto á la operación que el Dr. Creus practicó en la Clínica quirúrgica de San Carlos, de Madrid, pues tanto el procedimiento que dicho profesor empleara como algunas de las consideraciones que expone son muy importantes por la enseñanza que reportan.

En Octubre, del año 1878, hizo el Dr. Creus una extirpación de pólipo que, si bien obtuvo un resultado fatal, es, sin embargo, muy instructivo el hecho por las diferentes circunstancias que se presentaron en este enfermo, que son dignas de tenerse en cuenta cuando haya de hacerse una operación de este género. La operación consistió en lo siguiente:

Colocado el enfermo en decúbito, se obtuvo la anestesia por medio del cloroformo: con una tijera curva, primero, y despues con un pequeño bisturí, cortó el Dr. Creus el límite externo del labio superior, y despues todos los tejidos hasta llegar al hueso, siguiendo la línea naso-yugal, y terminando la sección á la altura del tercio inferior del hueso propio de la nariz. La hemorragia de la coronaria se cohibió en ambos lados provisionalmente por medio de la acupresion, y en el resto de la herida, ligando unas y torciendo otras de las arteriolas que daban sangre.

Disecó el Dr. Creus, rápidamente, todas las partes blandas que cubrían la cara anterior del maxilar; llevando en ellas intacto el periostio, descubriendo la circunferencia correspondiente de la abertura nasal y toda la superficie del maxilar, por fuera, con inclusion de la tuberosidad: por arriba y de frente, segun una línea horizontal al nivel del orificio infra-orbitario; y desde este punto hasta la apófisis ascendente, subiendo con oblicuidad, unos ocho milímetros.

Con una dentuza extrajo el canino; con un grueso y corto trócar, sin cánula y de punta triangular, taladró facilmente el maxilar desde el orificio infra-orbitario, primero hácia su fosa nasal y en la misma dirección ascendente que marcaba la disección de las partes blandas, separadas por medio de retractores, y despues horizontalmente hácia afuera y atrás, para llegar á salir por la parte más posterior de la tuberosidad. Con estos agujeros se hizo posible y aún fácil, la división del hueso en el mismo sentido, por medio de una tenaza incisiva de Liston. Con un bisturí de punta, cortó dicho cirujano la fibro-mucosa palatina en dirección de una

línea desde el alvéolo del canino á la espina nasal posterior del palatino; perforó entónces la insercion del velo, acabando de dividirla con un bisturi de boton.

En este tiempo, el enfermo habia recobrado su sensibilidad por haberse suspendido las inhalaciones de cloroformo. Con la misma tenaza incisiva separó el Dr. Creus en dos golpes la porcion horizontal del maxilar y del palatino en la propia direccion marcada por el bisturi sobre la mucosa, y como existia parte del neoplasma entre el maxilar y la apófisis pterigoides, no fué necesario separar en este punto dichos huesos, y conforme lo habia previsto el operador, bastaba una pequeña traccion para extraer el trozo dividido, sin dar lugar su separacion á la más pequeña hemorragia.

Terminada esta primera parte de la operacion, apareció la parte más gruesa del tumor, que estaba cubierta por la mucosa nasal y se cortó con la tigura, dejándola patente. Se prepararon los cauterios, así como un depresor de la lengua que habia de defenderla de la accion del fuego. Retraido perfectamente el colgajo, tomó el Dr. Creus con su mano derecha una gubia encorvada, introdujo su indice izquierdo hasta lo más alto de la region prevertebral, rápidamente cortó las raices del pólipo, legrando en direccion curva tambien el techo de la fosa nasal y apófisis basilar donde se implantaba el tumor. Este fué, como se temia, el momento critico: la sangre salia á borbotones de las superficies cortadas del tumor como si se hubiese herido un importante vaso, y por más que se arrancaron con las pinzas las porciones divididas, y se manejaron los cauterios con valiente decision, la sangre perdida, produjo dos efectos: síncope y asfixia por los coágulos que obstruian la faringe. La colocacion declive de la cabeza del enfermo, los enérgicos frotos sobre la region cardiaca, las presiones alternativas remediando los movimientos respiratorios, y la extraccion de los coágulos de la faringe, sacaron al paciente de aquel gravisimo apuro, y al Dr. Creus de una momentánea, pero suprema angustia.

El enfermo habia vuelto á la vida y la hemorragia se habia contenido; pero no era posible, sin exponerse á graves peligros, el concluir la extraccion de los restos del pólipo, por lo cual, este cirujano, practicó el taponamiento de la gran cavidad desocupada, usando el algodón en rama seco. Reunió despues los bordes de la herida con puntos de sutura metálica y ensortijada, separando án-

tes los alfileres de la acupresion por creer improbable la hemorragia.

Una hora despues de la operacion falleció el enfermo, y en la autopsia se encontró una gran pérdida de sustancia en la base del cráneo, por la cual se comunicaba el pólipo de las fosas nasales con un voluminoso tumor de aspecto lobulado y de ocho centímetros de extension en su mayor diámetro.

El Dr. Creus establece varias conclusiones, de las que vamos á transcribir las siguientes: . . . . .

8.º Mientras no se demuestre que hay un método destructor que ponga al abrigo de las reproducciones, la cura radical de los pólipos debe responder á dos objetos: destruir el tumor, y dejar brecha practicable por donde se pueda vigilar su nuevo crecimiento para combatirlo con medios destructores; 9.º la ligadura en todas sus formas y la cauterización, son medios insuficientes y peligrosos para destruir estos tumores; la escision es difícil y muy expuesta á las hemorragias; la avulsion difícil é incompleta de muchos casos; la electrolisis imperfecta é insuficiente y la abrasion más eficaz; 10.º las vías naturales no bastan para atacar estos neoplasmas; la vía natural es, en general, insuficiente, la palatina (Nelaton) puede servir bien cuando no haya ramificaciones excéntricas considerables; 11.º la reseccion del maxilar, aunque produce una irreparable pérdida, es necesaria en los casos complicados y por si sola no constituye un grave traumatismo; 12.º cuando sea posible, debe conservarse el suelo de la órbita y el pómulo, así como el periostio de la cara anterior del hueso resecao; la tenaza incisiva es preferible á la sierra de cadena en la mayoría de los casos por la mayor rapidez de la maniobra, y porque las secciones resultan con ella limpias; 13.º las llamadas resecciones osteoplásticas no satisfacen al segundo *desideratum* de la cura radical, además de sus inconvenientes y peculiares dificultades.

## LECCION LXXVIII.

Excision del *rodete nuevo del labio*.—Tratamiento quirúrgico de los angionomas labiales y modo de cohibir las hemorragias en el curso de la operacion.—Tratamiento quirúrgico de la atresia bucal.—Idem del labio leporino simple y manera de *avivar* los bordes, suturarlos y mantenerlos unidos.—Operaciones que se verifican con motivo del labio leporino complicado.

Suelen los labios ser asiento de afecciones y deformidades que reclaman la intervencion quirúrgica. En muchas de ellas están indicadas operaciones de complacencia, en el sentido que nosotros admitimos dicha palabra.

Expone Malgaigne un procedimiento operatorio para excindir lo que se llama *rodete mucoso*. Consiste éste en una hipertrofia, la cual debe su origen á la discrasia escrofulosa, ó bien á un estado natural, como sucede en muchos individuos, especialmente en los de ciertas razas.

La operacion verificada en estas condiciones es de pura complacencia, porque el individuo puede vivir perfectamente sin consecuencias ulteriores teniendo el rodete mucoso.

Los afectos que en un periodo más ó ménos largo pueden ocasionar accidentes y complicaciones, aunque sean compatibles con la vida, deben evitarse con el debido tiempo, mediante ciertas maniobras quirúrgicas. Trátase, por ejemplo, de un individuo que padezca un angionoma del labio, que vaya creciendo hasta el punto que ocasione molestias y aún ulceraciones por el roce y pueda producir hemorragias de mucha consideracion como en el siguiente caso: Hace muy pocos dias que hemos operado en la Clínica un jóven de unos 24 años de edad, el cual llevaba un angionoma compuesto en su mayor parte por vasos arteriales.

El tumor se extendia por el borde lateral derecho del labio y por la cara mucosa del mismo y mejilla en una extension de más de unos cuatro centímetros cuadrados.

Dicha neoplasia presentaba el color amoratado, que es propio de esta clase de tumores, siendo la prominencia que formaba tan considerable, que muchas veces, á pesar de estar el labio inferior muy invertido hácia afuera, se introducía, al hablar ó masticar, entre las

arcadas dentarias, causándose en muchas ocasiones *mordiscos* dolorosos.

Vamos á referir el proceder operatorio que hemos empleado: anestesiado el enfermo, hicimos una excision triangular sobre la cara cutánea del labio para levantar la piel y ponernos en relacion con la parte anterior del tumor.

Separada la piel, al despegar la *neoplasia* por las partes laterales, no se podia dar el más pequeño corte sin que sobreviniesen múltiples y abundantes hemorragias que costaba gran trabajo el cohibirlas con las pinzas hemostáticas de Péan. En estas circunstancias, tomamos una aguja curva que llevaba enhebrada una seda larga, y con ella fuimos pasando el labio en diversas porciones hasta limitar el tumor por la ligadura mediata.

Cohibida la hemorragia y limpio el *campo operatorio*, pudimos disecar sin molestia alguna; lo cual verificado, excindimos las ligaduras una por una, y torciendo y estirando las múltiples boquillas arteriales no hubo pérdidas sanguíneas.

Reunimos despues las superficies cruentas por medio de la sutura ensortijada, y á el aplicar el apósito sobrevino un flujo hemorrágico por la parte bucal, siendo necesario aplicar una torunda empapada en aceite esencial de trementina, y más tarde unas hilas con tanino con lo cual se combatió muy bien el accidente (1).

Levantado el apósito á el dia siguiente, la herida no presentó ninguna complicacion y el enfermo está ya infiebril.

Otras operaciones, de las que en los labios se practican, son las que tienen por objeto remediar la *atresia de la abertura bucal* y el *labio leporino*.

La primera de ellas está indicada en esos casos, en que á consecuencia de una enfermedad infecciosa como la viruela, escarlatina, etc., se han producido extensas ulceraciones que, al cicatrizar, coarrugan los bordes labiales, achicando considerablemente la abertura de la boca.

Tambien con motivo de quemaduras, se forma un tejido retráctil en las inmediaciones de los labios, por cuya causa debe practicarse la *rectificacion de la abertura bucal*.

Los individuos que padecen la *atresia* ó bien el *achicamiento* no

---

(1) El tanino se aplicó para que el contacto fuese permanente, pues esto no podia hacerse con la trementina.

pueden alimentarse bien; la locucion es ininteligible y la operacion, más que de complacencia, es de pura necesidad.

Entre los procederes que se han empleado, no hay ninguno que reuna las condiciones ventajosas del de Diefenbach ó de Werneck (pues la *prioridad* no está muy esclarecida), que tiene por objeto, dilatar la abertura bucal y, disecando la mucosa cuanto sea necesario, suturar con la piel, para que de este modo, formándose un borde labial no adherente, pueda quedar la abertura de las dimensiones que se tracen de antemano.

El labio leporino viene á ser una solucion de continuidad muy parecida á la que las liebres presentan normalmente en dicha region.

Esta semejanza es el motivo por el cual se le dió el nombre que lleva á dicha deformidad de *lepus leporis*, que en latin significa *liebre*.

El labio leporino puede ser sencillo ó doble, simple ó complicado con la solucion de continuidad de la bóveda palatina. Generalmente esta deformidad corresponde á las partes laterales; pocas veces en el centro del labio; y en el inferior no se presenta sino como un raro fenómeno.

Los métodos y procederes quirúrgicos han de basarse en datos de anatomía normal, y en la manera como los órganos se encuentran modificados por motivo del *labio leporino*.

Refiérense los primeros á la constitucion orgánica del velo labial. Este está compuesto de una piel fina, y muy abundante en vasos linfáticos, una capa célula-adiposa, el músculo orbicular con sus fibras en direccion elipsoidea, una capa glandular profunda (entre las dos anteriores se distribuyen las arterias coronarias) y la cubierta mucosa.

En el labio leporino suelen estar muy atrofiadas las capas anatómicas, dato que hay que tener muy en cuenta para la sutura.

Suponiendo que se trata de un labio leporino sin complicacion alguna, la operacion hecha por el proceder ordinario consta de tres tiempos: 1.º Avivamiento de los bordes. 2.º Sutura de los tejidos. 3.º Empleo de los medios que aseguren la inmovilidad del órgano para que el proceso cicatricial no se perturbe en su marcha.

Respecto al primero, se ha verificado de diversos modos, tanto por el empleo de medios que se ponen en práctica, cuanto por la

manera como se incinden los bordes de la solucion de continuidad. Así es, que mientras unos cirujanos han ejecutado dicho tiempo

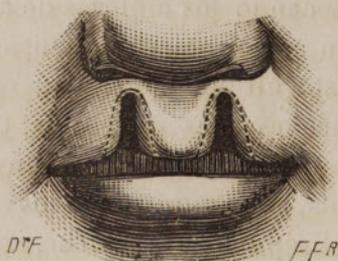


Fig. 316. Manera como deben *avivarse* los bordes para proceder á la *queilorrafia*.

con el cauterio actual, ó con vejigatorios, otros han empleado el bisturí ó tijera. En cuanto á la forma que se le ha de dar á los bordes cruentos, unos optan por cortar en un plano ántero-posterior y otros en forma de bisel, para que el aumento de la superficie cruenta garantice mejor la cicatriz de los tejidos.

Tambien se ha hecho el *avivamiento*, aprovechando los bordes para constituir un pequeño tubérculo que obture la escotadura que pueda quedar.

Finalmente, en lo que á este tiempo operatorio se refiere, debemos indicar: que cuando la separacion de los tejidos es muy considerable, hay diversas modalidades operatorias en la manera de avivar los bordes de la solucion de continuidad. Se pueden incidir dos pequeños colgajos que se confronten con los bordes opuestos del labio, y tambien puede hacerse el refrescamiento por una incision en forma de arco, de concavidad inferior, como sucede con el procedimiento de Nélaton (del cual nos ocuparemos más adelante).

Practicado el avivamiento, se procede á la reunion de los labios de la herida, empleando para ello alfileres largos ó unas cánulas que llevan una especie de lanza en uno de sus extremos; de manera, que una vez colocadas aquellas se les separa el punzon que sirvió para pasar las cánulas mencionadas á través de los tejidos.

Es motivo de discusion la manera de colocar los alfileres, pues en tanto que unos prefieren aplicar el primer punto de sutura sobre el borde libre, otros creen que es más ventajoso pasar aquel por la parte superior de la solucion de continuidad.

Los que opinan del primer modo creen que los labios de la he-

rida se coaptan mejor, y el cirujano puede tener mayores garantías para obtener una cicatriz con bastante rapidez.

En cuanto á los que sostienen la segunda opinion, basan su creencia en que, colocando los alfileres de arriba abajo se puede repartir y graduar con mayor acierto la tension de los tejidos. Nosotros creemos que esta última modalidad operatoria ofrece mayores ventajas por las razones expuestas; porque del otro modo pueden quedar los puntos muy tirantes ó muy flojos.

Pasados los alfileres, se van cruzando los extremos de estos con una hebra de seda antiséptica para formar, con una série de vueltas, la sutura ensortijada.

Falta para terminar la operacion, colocar medios que procuren el reposo de la parte operada y que neutralicen la accion separadora de los músculos de la cara, que tienden á desunir las partes laterales del labio, como sucede con los pequeños caninos, zigomáticos, elevadores, etc.

Para conseguir dicho objeto se han empleado diversos medios que iremos exponiendo, empezando por los más sencillos y de más fácil práctica. En primer término debe recomendarse á la nodriza ó á una persona interesada de la familia (si se trata de un niño de poca edad), que cuando el operado lllore, le comprima las mejillas para que, apretando los músculos, no se separen los labios de la herida.

Como el proceder anterior no siempre es realizable, se han buscado otros, cuya accion sea constante; así vemos, que Sedillot recomienda dos compresas graduadas, sujetas por vendas en las partes laterales de la cara. Y si no fuese bastante, emplea un aparato de resorte, muy parecido á el que Gofres aconseja para la fractura del maxilar superior, con la diferencia, que el de Sedillot lleva dos pequeñas almohadillas, como si fuesen dos *bragueros*, sostenidas por sus correspondientes varillas metálicas, pudiendo ajustar la compresion mediante unos tornillos aplicados en la articulacion de las indicadas varillas.

Mucho más difícil es neutralizar la accion separadora de los músculos antedichos, cuando la solucion de continuidad del labio alcanza hasta las fosas nasales. Para estas ocasiones Guersant se vale de una gran *garra-fina* (cuyo grabado exponemos) para que, comprimiendo las partes laterales de la nariz, se pueda obtener el resultado apetecido.