

Tállese en el otro labio un colgajo de igual forma triangular que la pérdida de substancia. La incisión externa parte de la comisura; la incisión interna desciende del extremo superior de la precedente hasta el punto de implantación del alfiler.

Hágase girar el colgajo sobre su pedículo basilar, encuádrese exactamente en la pérdida de substancia y fijese allí por la sutura entrecortada; luego ciérrese linealmente la brecha accidental, pero *sin colocar ningún punto sobre el pedículo*.

El procedimiento de Estlander da un resultado inmediato que puede parecer algo chocante: la boca está más ó menos estrechada, descentrada, retorcida. Pero según la experiencia de Estlander, de Haorth, de Salzmann, parece que con el tiempo la abertura bucal recobra casi su forma, sus dimensiones y su situación normales. En suma, el procedimiento de Estlander parece tener la doble ventaja de conservar un reborde mucoso natural y de restablecer la continuidad del músculo orbicular de los labios.

*Procedimiento de de Schulten* (1).— No permitiendo el procedimiento de Estlander la restauración integral del labio, sino en los casos en que la pérdida de substancia apenas excede de su mitad, de Schulten ha imaginado y aplicado cuatro veces con éxito, el procedimiento siguiente, fundado, por lo demás, en los mismos principios (forro mucoso del colgajo cutáneo, conservación de una parte del esfínter bucal) y que permite reconstituir toda ó casi toda la longitud del labio.

Sea por ejemplo un epitelioma que ocupe todo el labio inferior de una comisura á la otra y hasta el surco mento-labial. Después de haber excindido la lesión en forma cuadrilátera, movilícense, *verbi gratia*, dos colgajos cutáneos á derecha é izquierda. En *la cara interna del labio superior, en toda su longitud, despréndase en forma de puente, un colgajo de 1 centímetro á 1 centímetro y medio de ancho*, formado por la mucosa y una parte del esfínter y cuyas extremidades quedan fijas en las comisuras.

Reúnanse los dos colgajos cutáneos en la línea media. Hágase bajar el colgajo músculo-mucoso y reúnanse su borde inferior á la mucosa alveolar, su borde superior al reborde cutáneo.

Finalmente, ciérrese por una línea de suturas la pérdida de substancia del labio sano.

Este, primero un poco estrecho, se ensancha á la larga, sobre todo en los viejos; en cuanto al nuevo labio, cubre los dientes, retiene la saliva y funciona como un labio normal.

*Procedimiento de Larger* (de Maisons-Laffitte) (2).— Está fundado en el método de queiloplastia con utilización del labio sano, como los de Estlander y de de Schulten.

Trátase de reparar una pérdida de substancia resultante de la ablación de un epitelioma que ocupaba los dos tercios del labio inferior á la izquierda.

»Hágase una primera incisión *ab* (fig. 631), partiendo de la unión del tercio izquierdo con los dos tercios derechos del labio superior, dirigida hacia el ala izquierda de la nariz, comprendiendo todo el espesor del labio, hasta incluir el fondo de saco de la mucosa bucal.

»Hágase una segunda incisión *bc*, partiendo del extremo superior de la precedente y dirigida hacia abajo, paralelamente al surco geni-labial, hasta un

(1) De Schulten (*Congrés de l'Association des chirurgiens du Nord, Gothembourg, 6-8 Julio de 1893, y D. Z. f. Chir., XXXIX, 1894*)

(2) Larger (*Soc. chir., 24 Octubre de 1894, y Congr. fr. de chir., 21 Octubre de 1896, pág. 302*).

punto de la mejilla situado un poco más abajo del nivel de la comisura labial izquierda.

»Excíndase el reborde mucoso del colgajo así obtenido; sutúrese su borde inferior con el borde superior de la pérdida de substancia, luego su extremidad interna con el borde *d f*; excávase ligeramente su borde superior y guarnézcase la mucosa con la piel de este borde.

»En fin, sutúrese verticalmente el corte del labio superior con el de la mejilla y reconstitúyase mediante dos puntos la comisura izquierda (fig. 631). »

En los dos casos en los que Larger ha aplicado su procedimiento se ha conseguido un resultado estético y funcional perfecto: el labio superior ha recobrado sus dimensiones ordinarias, y el labio inferior, contráctil, puede retener la saliva, servir normalmente para la masticación y para la articulación de las palabras, permite soplar y hasta silbar. Para reparar *todo* el labio inferior sería preferi-

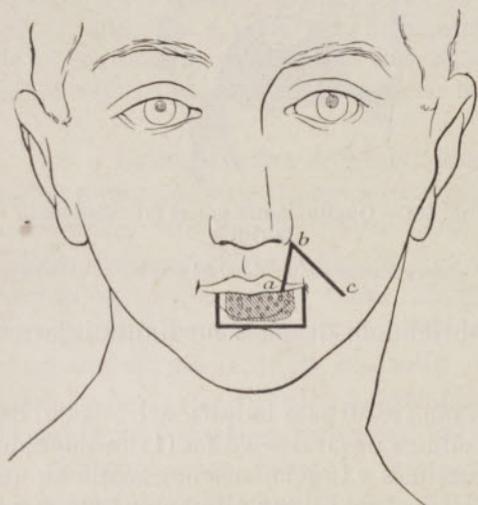


FIG. 631.—Queiloplastia por el procedimiento de Larger (incisiones)

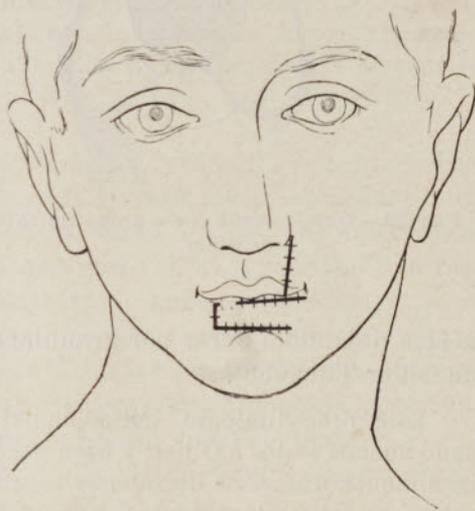


FIG. 632.—Queiloplastia por el procedimiento de Larger (suturas)

ble tallar dos colgajos, uno á la derecha, otro á la izquierda en el labio superior, que utilizar solo uno.

Guinard (1) ha recurrido dos veces al procedimiento de Larger pero conservando el reborde mucoso del colgajo, que desprende y fija en la mucosa vestibular de la encía.

*Procedimiento de Ollier* (2); *punte supra-hioideo con islote mentoniano de fijación*.—Hay que extirpar, por ejemplo, un epiteloma extendido á todo el labio inferior y hasta á las mejillas.

Hágase una incisión curva (fig. 633, A B B) que vaya de una comisura á la otra y cuya parte culminante atraviese el borde inferior del mentón. Circunscribáse el mentón por otra incisión curva (fig. 633 *a b*) cuyos extremos caen á derecha é izquierda de la precedente; su vértice debe corresponder al surco mento-labial. Quítense las partes limitadas por la incisión mayor, excepto el islote mentoniano que se debe conservar (fig. 633, *m*). Hemostasia.

Teniendo el sujeto la cabeza fuertemente echada hacia atrás, hágase en la región supra-hioidea otra gran incisión curva (fig. 633, D E), paralela á la primera, de modo que el colgajo así recortado tenga la altura, de más un tercio del

(1) Guinard. *Thèse d'Audouet*, París, 1895.

(2) V. Ollier. *Thèse de Lavis*, Lyon, 1885.

futuro labio. Diséquese el colgajo en toda su extensión, dejándolo adherido por sus dos pedículos laterales y conservando la capa célula-adiposa. Hágasele ascender hasta la altura del arco dentario (fig. 634), en el sitio del antiguo labio. Hemostasia. Fijese, mediante algunos puntos de sutura, la parte media de su borde inferior al borde superior del islote mentoniano, que debe servir de *soporte* é impedir que el colgajo resbale hacia abajo de la mandíbula. Para más precaución, á fin de mantener el colgajo desplegado y darle todo su desarrollo en altura, colóquense uno ó dos puntos de sutura hacia cada comisura. Fórrse el colgajo cutáneo con láminas de mucosa que se toma principalmente de las mejillas. En fin, repárese por completo la brecha accidental (ó abandó-

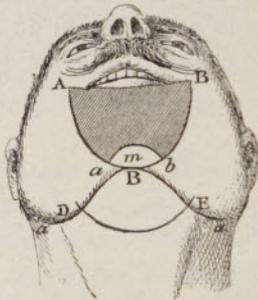


FIG. 633.— Queiloplastia por el procedimiento de Ollier



FIG. 634.— Queiloplastia por el procedimiento de Ollier

Ascenso y fijación, por la sutura, del puente supra-hioideo

nesela dejándola curar por granulación, cubriéndole después mediante injertos de Ollier-Thiersch).

Este procedimiento, imitación del de Morgan (1829) para la talla del colgajo, ha dado buenos éxitos á Ollier; y hace poco en la clínica de Gratz, Wölfer (1) ha obtenido igualmente una serie de buenos resultados estéticos y funcionales por medio de un colgajo supra-hioideo, levantado como una visera. Este último cirujano no conserva la piel del mentón como Ollier; se contenta con fijar el borde inferior del colgajo, suturándolo con el periostio y las partes blandas que cubren el borde inferior de la mandíbula: modificación muy sencilla, que al mismo tiempo que asegura la estabilidad del colgajo, deja ancho margen á las necesidades eventuales de la exéresis. Es preciso, no obstante, añadir que á la larga se nota cierto grado de descenso del labio y del islote mentoniano.

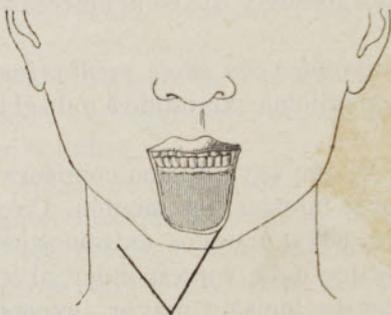


FIG. 635.— Queiloplastia por el procedimiento de Berg (incisiones)

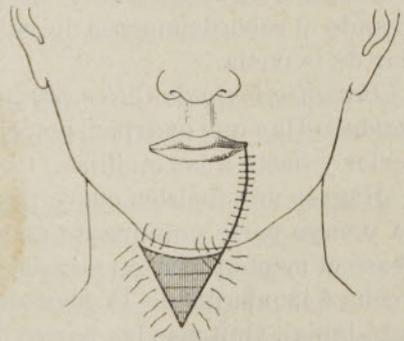


FIG. 636.— Queiloplastia por el procedimiento de Berg

Ascenso y sutura del colgajo cervical

*Procedimiento de Berg.*—Supongamos se trata de un cáncer que ha invadido todo el labio inferior y el mentón, incluso ó no el cuerpo de la mandíbula.

(1) Wölfer (*Langenbeck's Arch.*, XLI, Ht. 3, 1891).

Quítense el labio y el mentón mediante una incisión curvilínea cuyos extremos van á parar á las comisuras. Hemostasia. Hágase una incisión angular que empiece á dos dedos por abajo y por dentro de un ángulo de la mandíbula, se detenga en la parte media, y de allí suba hasta la rama opuesta de la primera incisión (fig. 635). Hemostasia. Diséquese el colgajo así deslindado y movílicese hacia arriba y afuera, hacia la comisura opuesta al pedículo. Hemostasia. Fíjese el nuevo labio mediante una serie de puntos entrecortados que reúnan la extremidad libre del colgajo á la rama correspondiente de la primera incisión; el resto de ésta forma el borde libre del labio. Ciérrese mediante sutura la brecha accidental, ó abandónesela dejándola cicatrizar en parte por granulación (fig. 636).

El procedimiento de Berg constituye un recurso precioso para ciertos casos en que el epitelioma del labio inferior ha invadido extensamente las partes vecinas. Nos ha dado un resultado muy aceptable en un individuo al que, después de haberle quitado el labio y el mentón por un enorme epitelioma, tuvimos que reseca el cuerpo de la mandíbula, excavar las dos regiones submaxilares y proseguir á la derecha la enucleación de un rosario ganglionar hasta la bifurcación de la carótida primitiva.

C. EXÉRESIS CON QUEILOPLASTIA SECUNDARIA (Verneuil).—Se ha hecho notar á menudo que las grandes brechas creadas á veces por la ablación de los canceroides labiales, se reducen por sí mismas, con el tiempo, en proporciones verdaderamente sorprendentes. Por eso, en tales casos se ha preconizado la restauración tardía de los labios. Esta restauración se hace indudablemente con mucho menos gasto y mayor facilidad que en las exéresis recientes. Pero ¡qué penosa situación la de los operados, que quedan, durante un tiempo más ó menos largo, con su mandíbula al descubierto, que pierden constantemente su saliva, toman y mastican con dificultad los alimentos y hablan bastante mal!

En todo caso, desde el punto de vista técnico, la queiloplastia secundaria no difiere esencialmente de la queiloplastia inmediata.

Siempre que se opera un cáncer de los labios, es necesario, no solamente hacer una exéresis extensa que ponga al abrigo de una recidiva local, sino también vaciar con cuidado la región submaxilar de un lado ó de los dos lados (ganglios linfáticos y *glándula salival*) *en cuanto los ganglios sean algo aparentes al tacto*. En el caso contrario, vale más abstenerse de esta enucleación y confiarse á la prueba del tiempo: así se evitan destrozos inútiles ó cuya necesidad no está demostrada.

## ESTAFILORRAFIA Y URANO-ESTAFILORRAFIA

### I

La estafilorrafia ó sutura del velo del paladar ha sido introducida en la práctica por Ph. Roux. Más tarde, en manos de Dieffenbach, de Sédillot, de Fergusson, de Smith, de Trélat, de Ehrmann, de J. Wolff, de Félizet, ha sido objeto de sucesivos perfeccionamientos, que hacen de ella, hoy día, una operación bien reglada, casi siempre segura en sus resultados inmediatos y accesible á la mayoría de los cirujanos.

Ordinariamente se recurre á ella para corregir la fisura congénita completa del velo, acompañada ó no de fisura de la bóveda palatina. Pero su éxito no es posible sino cuando las dos mitades del velo no están demasiado atrofiadas; en el caso contrario, se hace preciso, para reparar la brecha y para devolver al

velo sus funciones, dirigirse desde luego á los diversos recursos de la prótesis. Tiene, pues, sus límites de aplicación.

Aparato instrumental:

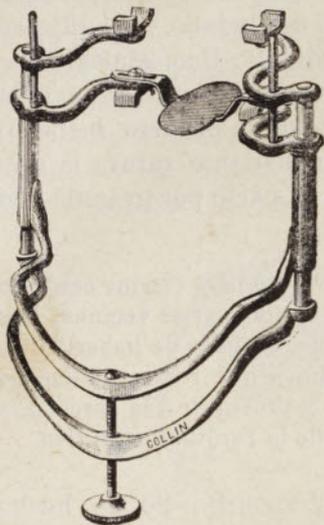


FIG. 637.—Mordaza de Trélat

Una mordaza abre-boca como la de Smith ó la de Trélat (fig. 637);

Un bisturí recto (fig. 638) y dos bisturís acodados, á la derecha y á la izquierda, con mango largo;

Una pinza recta ó semicurva, de garfios, larga;

Tijeras finas, rectas y curvas, largas;

Dos ganchos largos, puntiagudos; uno de ellos encorvado, el otro doblado en ángulo recto;

Dos porta-torundas;

Una lanza ó paleta acodada de Trélat (fig. 639).

Como agujas, la de Reverdin ó la de Durham

(fig. 640), ó sencillamente las agujas finas de

Hagedorn y un pequeño porta-agujas de Pozzi;

Hilo de plata fino y de seda;

Un tuerce-hilo de Coghill.

Procedimiento.—El paciente debe estar *absolutamente en ayunas*. Si es un niño se le cloroformiza y se le coloca, *con la cabeza colgando*, en un

extremo de la mesa, de modo que la luz natural alumbré bien la boca, estando ésta completamente abierta y la lengua deprimida con la mordaza de Smith. Si es un adulto, como la operación es poco dolorosa, se le sienta frente á una



FIG. 638.—Bisturí recto

ventana con la cabeza convenientemente echada atrás y sostenida por un ayudante, sin practicarle la anestesia general; sin embargo, si lo desea, ó si los contactos con el velo provocan náuseas y arcadas, se puede embadurnar el velo



FIG. 639.—Paleta acodada de Trélat

con una solución de cocaína (4 por 100); se emplea con preferencia la mordaza de Trélat.

1.<sup>er</sup> tiempo: *Refrescamiento de la fisura*.—Supongamos que se ha de hacer

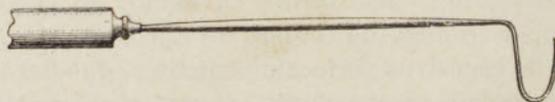


FIG. 640.—Aguja de Durham

la operación con la cabeza colgando. Después de haberse sentado detrás del niño, mientras un ayudante pone tenso el borde derecho de la fisura por medio de un hilo de seda pasado previamente á través de la base de la semiúvula, uti-

lizando al mismo tiempo la pinza dentada, córtese en el borde, desde la úvula hacia la bóveda del paladar, oblicuamente de fuera á dentro, una tirilla de 2 á 3 milímetros de anchura y que comprenda todo su espesor (fig. 651); prolónguese la incisión hasta algunos milímetros más allá del ángulo de la fisura. Repítase igual refrescamiento en el borde izquierdo de la fisura, mientras el ayudante lo pone tenso con otro hilo, empleando la mano izquierda si se es ambidiestro; téngase cuidado de alcanzar bien la incisión derecha más allá del ángulo de la fisura. Enjúguese con los porta-torundas la pequeña cantidad de sangre y las mucosida-

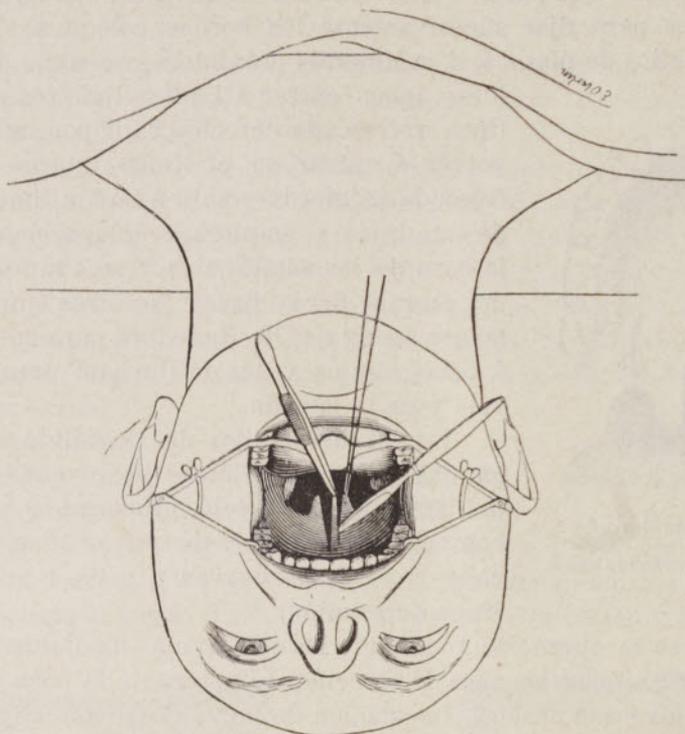


FIG. 641.— Estafilorrafia

Refrescamiento del borde derecho de la fisura, la cabeza colgando, mientras un ayudante pone tenso la mitad correspondiente del velo con un hilo de seda. La boca se mantiene abierta con la mordaza de Smith

des que pueden acumularse en el fondo de la garganta; estas mucosidades son á veces muy molestas.

Refrésquese finalmente el lado interno de las semiúvulas.

2.º tiempo: *Incisiones liberadoras*.—Como las dos mitades del velo, casi siempre atrofiadas y retraídas, *no pueden llegar ó llegan difícilmente á contacto para la sutura*, hágase á cada lado, sistemáticamente, una incisión liberadora, ya paralela á la fisura y *fraguada capa por capa hasta conseguir la fácil aproximación* (Tillaux) (1), ya *curvilínea y atravesando desde luego el espesor del velo* (Félizet) (2), espesor que no es el del velo normal y que «no mide menos de 18 milímetros en el sitio que hay que atacar.»

La incisión de Félizet (fig. 642) es cóncava hacia adentro; corresponde á la unión del tercio externo con los dos tercios internos del velo; toca casi por una parte al hueso palatino y llega hasta 5 ó 6 milímetros del margen. Para operar con seguridad y completamente la transfixión del velo, se emplea una especie de *pie con corredera* (Collin) con dos paletas terminales, una dentada, inferior,

(1) Tillaux. *Traité de chir. clinique*, I, pág. 527, 1887.

(2) Félizet (*Soc chir.*, pág. 685, 24 Octubre de 1894.

la otra guarnecida de plomo, superior y 2 ó 3 milímetros más ancha; estas paletas cogen, extienden y fijan el velo; sobre el plomo que sobresale es donde el bisturí ataca el velo á fondo. La hemorragia, poco considerable, no tarda en cohibirse.

Si la fisura interesa la bóveda, se desprenden del hueso, á este nivel, los bordes refrescados, así como su ángulo de unión, con una lanceta acodada de Trélat.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Sutura de la fisura*.—Mientras un ayudante pone igualmente tensas las dos asas que pasan á través de las semiúvulas, con ayuda de las pinzas de garfios para fijar sucesivamente los bordes, colóquese simétricamente una serie de hilos de plata á 4 milímetros próximamente unos de otros; estos hilos deben entrar á 1 ó 2 milímetros por fuera de la línea refrescada derecha, salir por su límite interno, volver á entrar en el límite interno de la línea refrescada izquierda y salir á 1 ó 2 milímetros por fuera de esta línea; se empieza la colocación de los hilos en la base de las semiúvulas y se continúa hasta cerca del ángulo de la fisura. Nosotros empleamos únicamente las agujas de Hagedorn para la fisura del velo, ó estas agujas y las de Durham para la fisura del velo y de la bóveda.



FIG. 642.—Estafilorrafia  
ab, Incisiones liberadoras de Félizet

Con el tuerce-hilos de Coghill ó solamente con los dos índices, apriétese luego cada hilo, á partir del borde libre del velo, procurando *estrictamente* el contacto de las superficies refrescadas, y córtese cada cabo con tijeras curvas á unos 4 milímetros de la línea de reunión.

Termínese la operación reuniendo las semiúvulas mediante uno ó dos puntos de seda y quítense las asas de tracción. Limpieza de la boca y de las fauces, así como de las fosas nasales. Insuflación de polvo de aristol ó aplicación de un barniz yodofórmico sobre la línea de reunión y sobre las incisiones liberadoras; éstas cicatrizan por sí mismas, á menudo en muy poco tiempo.

La alimentación debe ser absolutamente líquida durante unos doce días, y se da por la boca ó con la sonda esofágica, según la laxitud ó la tensión del velo; no se debe permitir la ingestión de alimentos sólidos antes de los veinte días. Está prohibido hablar en alta voz durante los primeros doce días.

Se quitan los puntos del octavo al vigésimo día, empezando por los de la bóveda palatina ó que están más cerca de ella. Durante todo el tiempo de la cicatrización, se mantendrá la boca lo más limpia que sea posible mediante colutorios é irrigaciones antisépticas.

La estafilorrafia no siempre tiene éxito, hay que saberlo bien, aun en manos de los cirujanos más hábiles y más experimentados. La línea de reunión puede ceder, en parte solamente ó en su totalidad, bajo la influencia de múltiples causas: refrescamiento incompleto, coaptación imperfecta, accesos de tos, vómitos, movimientos de deglución, ejercicio prematuro de la voz, infección. Si la dehiscencia es parcial, se espera uno ó dos meses antes de intentar una nueva operación; si es total, hay que esperar mucho más tiempo todavía y á veces, entonces, ante la retracción cicatricial, no hay más remedio que renunciar á toda restauración.

Cuando la fisura ha podido ser cerrada de un modo definitivo, es justo felicitarse del éxito plástico, cualesquiera que fueren los desiderata inevitables

Pero por lo mismo no se crea que á la vez se hayan normalizado las funciones de deglución y sobre todo las de fonación, del velo; esto, como ha hecho notar especialmente Trélat, requiere tiempo y educación, tanto más cuanto más tardía ha sido la operación. Importa estar prevenido de ello y prevenir á los interesados. A veces hasta puede ser ventajoso ó indispensable, cuando el velo ha quedado muy tenso y corto, añadirle un velo artificial con ó sin resonador.

## II

La *urano-estafilorrafia* consiste en la reparación de la fisura congénita que interesa á la vez la bóveda y el velo del paladar. Toda la reparación se hace con preferencia en una sesión.

Según Verneuil, á Dieffenbach corresponde el honor de haber sido el primero en aplicar á la fisura y á las perforaciones del paladar el método de auto-plastia con doble puente muco-perióstico, que es hoy día casi el único usado: se cortan los colgajos en cada mitad de la bóveda, luego se les moviliza y sutura en la línea media. Baizean, Langenbeck, Pollock, Mason-Warren, etc., han desarrollado poco después el mismo método; pero en último término, entre nosotros es sobre todo Trélat (1) quien ha elevado la urano-estafilorrafia á su perfeccionamiento actual.

Aparato instrumental:

El mismo que para la estafilorrafia simple;

Además una espátula de bordes romos (fig. 643);

Las legras curvas y acodadas de Trélat ó de Le Dentu (fig. 644).

Para que la operación sea posible y tenga, por consiguiente, probabilidades de éxito, es necesario, según Trélat, que la fisura palatina no sea demasiado



FIG. 643.— Espátula de bordes romos



FIG. 644.— Legra acodada de Le Dentu

ancha y que se pueda dar á cada uno de los colgajos una anchura de 12 á 13 milímetros; si han de tener 2 ó 3 milímetros menos, vale más abstenerse.

*Procedimiento con dos colgajos laterales.*—Sea por ejemplo una división del velo y del centro de la bóveda. Iguales cuidados y medidas preliminares que para la estafilorrafia.

1.<sup>er</sup> tiempo: *refrescamiento de la fisura.*—Empiécese por el refrescamiento del velo, luego ráspense lo más ampliamente posible los dos bordes de la fisura palatina hasta é incluso su ángulo, que se desprende luego cuidadosamente del plano óseo subyacente con el bisturí ó con la lanceta de Trélat.

2.<sup>o</sup> tiempo: *talla y disección de los dos colgajos.*—Para conservar la arteria palatina posterior en cada colgajo (Tillaux) (2), hágase á fondo en cada lado con la punta del bisturí una incisión que empiece *por detrás* del último molar y llegue al canino *siguiendo el arco alveolar sobre el cuello de los dientes.*

Si, á ejemplo de Trélat, no se tiene en cuenta la arteria, hágase á fondo una incisión situada á 12-14 milímetros del borde refrescado de la fisura palati-

(1) U. Trélat. *Clinique chir.*, I, 586, 1891.

(2) Tillaux. *Traité de chir. clinique*, I, 321, 1887.

na y que se extienda por delante hasta más allá de su ángulo, por detrás hasta un centímetro más allá del paladar óseo (fig. 645). La hemorragia producida por la sección de la arteria es cohibida por compresión.

En un caso como en el otro, introdúzcase en la parte media de la incisión liberadora una espátula roma, hágasela salir á nivel de la fisura y despéguese la membrana fibro-mucosa hasta lo más lejos posible hacia adelante y hacia atrás por una serie de presiones. Extiéndase aún más el despegamiento hacia adelante con ayuda de espátulas de doble curvatura, hasta más allá del ángulo fisural; luego hacia atrás, según la regla formulada por Trélat, á fin de poder movilizar convenientemente el colgajo palatino, córtese con movimientos de sierra, con una legra curva de extremidad redondeada y cortante, la aponeurosis propia del velo del paladar sobre el borde posterior de la bóveda.

3.<sup>er</sup> tiempo: *sutura del velo y de los colgajos palatinos* (fig. 646).—Reúnanse

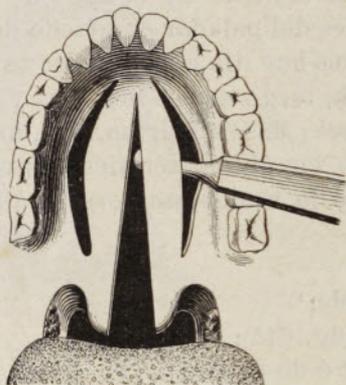


FIG. 645.—Urano-estafilorrafia

Incisión liberadora de Trélat y despegamiento del colgajo derecho con la espátula

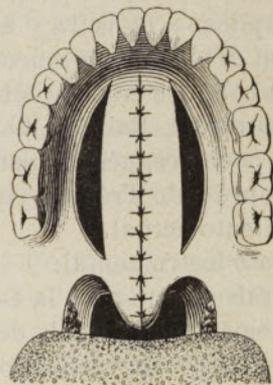


FIG. 646.—Urano-estafilorrafia

Sutura del velo y de los colgajos palatinos

los dos bordes de la fisura con hilos de plata, como se ha dicho en la operación precedente.

*Procedimiento con un colgajo lateral.*—Cuando la fisura del velo coexiste con una fisura lateral de la bóveda, se toma el colgajo mucoperióstico de la membrana del mismo lado; ó bien, como Lannelongue (1), á título de excepción, se lo puede desprender de la parte inferior del tabique y reunir su borde superior, convertido en externo, al borde correspondiente de la fisura, previamente refrescado; el colgajo procedente del vómer conviene especialmente «á los casos de hendidura ancha con ausencia casi completa de la mitad de la bóveda palatina que se ha de reunir.»

La cura y cuidados consecutivos son los mismos que para la estafilorrafia.

Cuando se trata de una perforación, en lugar de una división, de la bóveda, se recurre igualmente á la movilización de colgajos laterales según el método subperióstico.

La urano-estafilorrafia es á veces seguida de fistulas laterales que se forman en una parte de las incisiones liberadoras. J. Ehrmann (2) (de Mulhouse) ha observado 6 casos en 94 operaciones personales y ha expuesto los medios de remediarlas en una memoria muy instructiva, á la que remitimos al lector que desee más detalles.

(1) Lannelongue (*Soc. de chir., et affections congénitales*, I, 394, 1891).

(2) J. Ehrmann (*Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XXXVII, n.º 21, 1897).

## EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES (1)

Los alumnos no deben dejar de aprovechar el tiempo que pasan en el anfiteatro para ejercitarse en la extracción de dientes. Todos los años, cuando dirigíamos los trabajos prácticos de medicina operatoria en la Facultad de Montpellier, consagrábamos con entusiasmo una ó dos sesiones á esta parte de la cirugía dental. Sería un error descuidarla y sobre todo desdeñarla. Los jóvenes colegas que dejan los bancos de la escuela para ir á establecerse en el campo, en

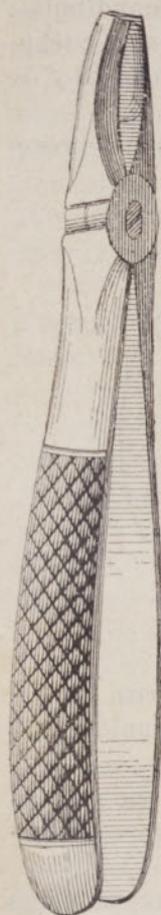


FIG. 647  
Gatillo

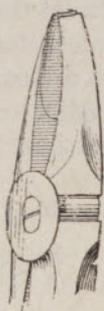


FIG. 648  
Gatillo

pequeñas localidades, están obligados á saber extraer los dientes, cualquiera que sea su estado y su grado de alteración: la negativa á operar, una torpeza, una falta operatoria pueden disminuir y aun arruinar su reputación y comprometer más ó menos su porvenir. Los mismos cirujanos de profesión, en ciertas circunstancias, se ven obligados á arrancar uno ó varios dientes en el curso de una operación. El conocimiento de esta parte por lo menos de la técnica dental nos es, por consiguiente, muy útil; ya es hora de que se deje de considerarla indigna de nuestro arte.

La extracción está indicada, según Magitot:

1.º Cuando un diente supernumerario ó normal determina con su presencia una irregularidad del arco dentario y esta irregularidad escapa á los medios terapéuticos;

2.º Cuando un diente en estado de alteración avanzada causa desórdenes de vecindad: flemones periósticos graves, abscesos de la encía ó de la mejilla, fistula, etc.;

3.º Cuando, á consecuencia de una afección aguda ó crónica del alvéolo, de las encías y de los maxilares, esté un diente tan removido que no sea de esperar su consolidación y su conservación;

4.º Cuando se trate de ciertas odontalgias que resisten á todos los tópicos y aun á la cauterización.

Por nuestra parte añadiremos á estas indicaciones la constricción de las mandíbulas debida á la desviación ó á la alteración de la muela del juicio.

Las reglas fundamentales del manual operatorio son las siguientes:

1.º Coger el diente más allá del cuello, lo más cerca posible del origen de las raíces ó en su origen;

2.º No practicar nunca movimiento alguno de rotación según el eje mayor del diente; so pena de romperlo ó de remover los dientes vecinos;

3.º Antes de extraerlo, movílese el diente hacia una de sus caras libres. luego hacia la otra y nunca hacia los dientes colaterales;

4.º Limitar el traumatismo á la rotura de las conexiones fibro-vasculares y nerviosas que fijan el diente en la encía, en el periostio alvéolo-dentario y en el fondo del alvéolo;

5.º Quitar totalmente el diente de una sola vez;

(1) Para más detalles, consúltese: Chavasse (*Nouv. élém. de petite chirurgie*, 4.ª edición, 1897), y L. Nux, *Manuel pratique de dentisterie opératoire*, París, Doin, 1893.

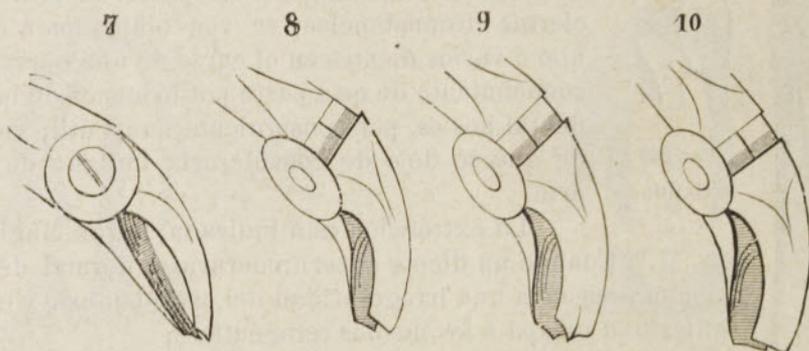
6.º Operar con seguridad y con la mayor rapidez posible.

Los instrumentos más empleados hoy día, en Francia, para la extracción de los dientes, son los *gatillos anglo-americanos*, cuyas garras tienen una forma apropiada á la de los dientes. Sin embargo, la *llave de Garengot* y la palanca llamada *lengua de carpa* pueden ser á veces útiles; por esto hay que ejercitarse en su manejo como en el de los gatillos.

EXTRACCIÓN CON LOS GATILLOS.—El número de los gatillos imaginados y puestos en venta es muy considerable. Sólo indicaremos los tipos principales, los que pueden bastar para la práctica ordinaria. Son para las dos mandíbulas:

1.º Un gatillo con las garras rectas, iguales, dispuestas en forma de cuchara, una ancha, la otra estrecha. Sirve para la extracción de los incisivos y de los caninos. La garra ancha se coloca delante (figs. 647 y 648).

2.º Un gatillo de garras curvas, un poco más anchas que las del prece-



H. GUÉRIDE À PARIS

FIG. 649.—Gatillos

dente. Sirve para la extracción de los molares menores, y también para los terceros molares compuestos, cuyas raíces se hallan ordinariamente reunidas formando una masa cónica (fig. 649, n.º 10).

3.º Dos gatillos con garras curvas, anchas, delgadas, de las que una es simplemente cóncava, y la otra, la que se coloca siempre por fuera (garra externa), presenta dos concavidades separadas por una arista.

Estos dos gatillos sirven, el uno para la extracción de los molares mayores superiores izquierdos, el otro para la extracción de los molares mayores superiores derechos. La garra simplemente cóncava se aplica sobre la raíz que está hacia adentro y la garra doblemente cóncava sobre las dos raíces que están por fuera, correspondiendo la arista á su intervalo (n.ºs 7 y 8).

4.º Un gatillo con garras curvas, construídas ambas como la garra externa de los gatillos precedentes (n.º 9). Sirve para la extracción de los molares gruesos inferiores. Las raíces están dispuestas en dos haces situados el uno delante del otro y separados por un surco. De ahí la forma idéntica de las dos garras.

Total, cinco gatillos.

*Manual operatorio en general.*—Tres tiempos: 1.º *Aplicación del gatillo y presa del diente.*—Cualquiera que sea el diente que se ha de extraer, después de enterarse bien del estado de alteración y por consiguiente, del grado de resistencia de la corona, después de recordar la forma ordinaria de la raíz ó de las raíces,—estando la cabeza un poco levantada y bien sujeta por un ayudante.

te,—entreábrase el gatillo, deslicense sus garras casi frotando las caras libres de la corona y *húndase profundamente sus extremidades entre el cuello y la encía*, como si se quisiera llegar al mismo alvéolo.

Esta maniobra dispensa de la descarnación previa; es absolutamente necesaria para el éxito de la operación. No lo olviden, sobre todo los principiantes.

Una vez aplicadas las garras lo más posible sobre el origen de la ó de las raíces, apriétese bastante sólidamente para hacer buena presa, pero no tanto que se corra el riesgo de aplastarlo ó de romper el diente en el punto de aplicación; de ahí el consejo que suele darse, de colocar el dedo meñique como medio de contrapresión entre las dos ramas del mango.

2.º *Liberación del diente por movilización en sentidos opuestos.*—A fin de romper las adherencias del diente, inclínesele alternativamente hacia una cara libre y luego hacia la otra, nunca hacia los dientes colaterales, sin ir, no obstante, demasiado lejos, pues se expondría á romper el diente ó á fracturar el alvéolo. Se requiere cierto tacto que sólo se aprende por el hecho mismo y por la observación personal.

3.º *Extracción del diente fuera del alvéolo.*—En cuanto se siente que el diente está libre, sáquesele del alvéolo, tirando de él en sentido de su eje mayor.

**B. EXTRACCIÓN CON LA LLAVE DE GARENGEOT.**—Esta llave (fig. 650), que ha sido objeto de un sinnúmero de modificaciones más ó menos útiles, se compone

esencialmente: de un mango, de un tallo recto de acero, fijo por un lado en el mango y terminado por el otro en una parte ensanchada, el *paletón*. Este lleva en medio de su borde libre una escotadura donde se atornilla un *gancho* de pico bífido. El gancho es de un grosor y de una curvatura mayores ó menores, según el molar que se ha de extraer. La llave no es aplicable á los incisivos, ni á los caninos, ni á las muelas llamadas del juicio.

*Manual operatorio.*—Después de haber determinado la muela que se quiere sacar vuélvase el gancho á la derecha ó á la izquierda, según que la muela sea de la mandíbula superior ó de la inferior, del lado derecho ó del izquierdo; luego envuélvase el paletón en algodón ó en gasa para formar almohadilla é impedir así una contusión demasiado fuerte en su punto de aplicación.

Estando la boca abierta y la comisura ó el labio correspondiente convenientemente apartado con el índice izquierdo, introdúcese la llave; aplíquese, un poco más abajo del cuello de la muela (lado interno para las muelas de la mandíbula inferior, lado externo para las de la mandíbula superior) la cara del paletón que mira á la concavidad del gancho; abárquese la muela en la concavidad del gancho, de tal suerte que el pico se encuentre aplicado contra el cuello de la muela del lado opuesto al paletón; y, después de haberse asegu-

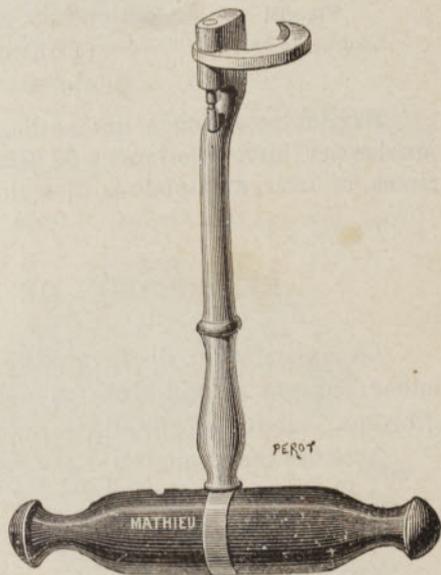


FIG. 650.—Llave de Garegeot

rado de que el pico está bien colocado y que la presa es buena,—si fuera necesario, se sujeta el gancho con el índice izquierdo colocado sobre su convexidad,—imprimase un enérgico y brusco movimiento de rotación al tallo de la llave. La avulsión de la muela queda hecha. En caso necesario se termina la avulsión con el gatillo, en cuanto la muela queda desprendida.

La llave de Garengot expone á veces á ciertos accidentes de contusión y á menudo á la fractura más ó menos extensa de una ó de las dos paredes alveolares. Por este doble motivo cada día es más preferido el gatillo.

C. AVULSIÓN CON LA LENGUA DE CARPA.—Se emplea á veces este instrumento (fig. 651) para quitar una muela del juicio, pero á condición de que los dos molares que la preceden se hallen intactos.



FIG. 651  
Lengua de carpa

*Manual operatorio.* — Trátase por ejemplo de extraer una muela del juicio de la mandíbula inferior.

Introdúzcase de canto y de fuera á dentro la punta de la lengua de carpa entre la muela del juicio y el penúltimo molar, y húndasela todo lo posible en el intervalo.

Hágase ejecutar al instrumento, según su eje mayor, un movimiento de rotación firme y continuo, de tal suerte que la lengua tome una dirección oblicua, según su eje menor, que su borde superior se apoye sobre la corona del penúltimo molar y que su borde inferior actúe sobre el cuello de la muela del juicio, desprendiéndola por elevación.

Continúese el movimiento de rotación hasta que la muela se halle completamente libre.

Magitot recomienda que se haga la elevación de *atrás hacia adelante* para las muelas del juicio inferiores y de *delante hacia atrás* para las muelas del juicio superiores, es decir, siguiendo la dirección normal de su eje.

## EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

La extirpación de la glándula submaxilar es una operación que precisa hacer cuando la glándula es asiento de una neoplasia benigna ó maligna (fibroma, adenoma, epitelioma, etc.).

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una pinza de disección;
- Una erina doble;
- Una sonda acanalada;
- Tijeras curvas y romas;
- Una aguja de Deschamps é hilos para ligaduras;
- Una serie de pinzas de forcipresión.

*Procedimiento de Verneuil.* — Vuelta la cabeza hacia el otro lado y el mentón un poco levantado hacia arriba y atrás, hágase una incisión curvilínea de convexidad inferior, amoldada en cierto modo á la curvatura de la región submaxilar, deteniéndose sus extremos en el borde inferior de la mandíbula. Se divide lentamente la piel, la fascia superficial, el cutáneo y la aponeurosis cervical (fig. 653).

En cuanto se llega á la envoltura fibrosa de la glándula, atáquesela con

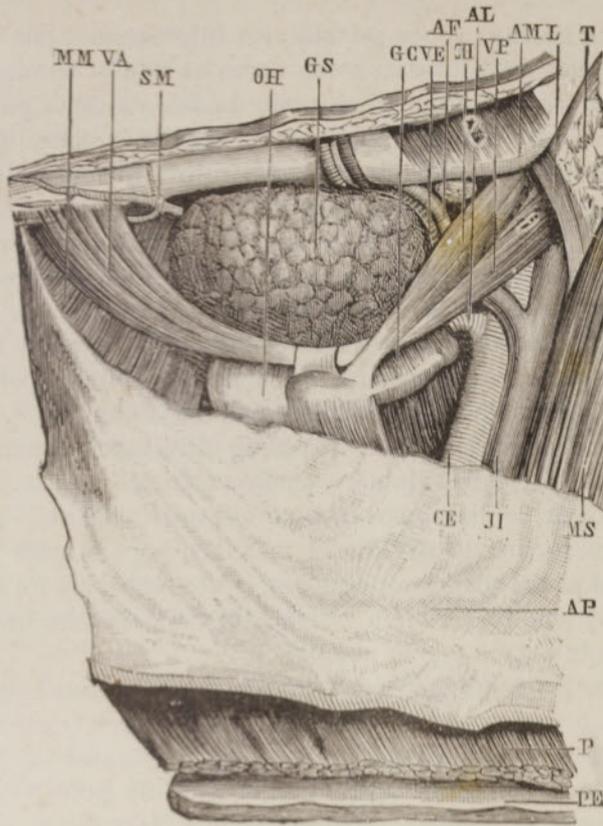


FIG. 652.—Región supra-hioidea lateral (Tillaux)

AF, arteria facial; AL, arteria lingual; AM, ángulo de la mandíbula; AP, aponeurosis cervical superficial; CE, arteria carótida externa; GC, asta mayor del hueso hioides; GS, glándula submaxilar; MM, músculo milo-hioideo; OH, hueso hioides; JI, vena yugular interna; P, músculo cutáneo; SH, músculo ostilo-hioideo; SM, arteria submental; VA, vientre anterior del músculo digástrico; VE, vena facial; VP, vientre posterior del músculo digástrico.

mucho miramiento por la parte superior á pequeños cortes de bisturí; córtese la arteria facial entre dos ligaduras cerca del borde de la mandíbula; hágase otro tanto con la vena facial; luego, enúcleense la glándula y los ganglios submaxilares de arriba abajo por diéresis obtusa con los dedos ó la sonda acanalada, practicando al mismo tiempo la hemostasia.

Inviértase la glándula hacia atrás, después de haber apartado, respetándolo, el nervio hipogloso mayor, sobre la cara externa del músculo hiogloso; líguese doblemente en masa su pedículo, compuesto de tejido fibroso y de los vasos faciales á su llegada á la glándula, y divídasele entre las dos ligaduras.

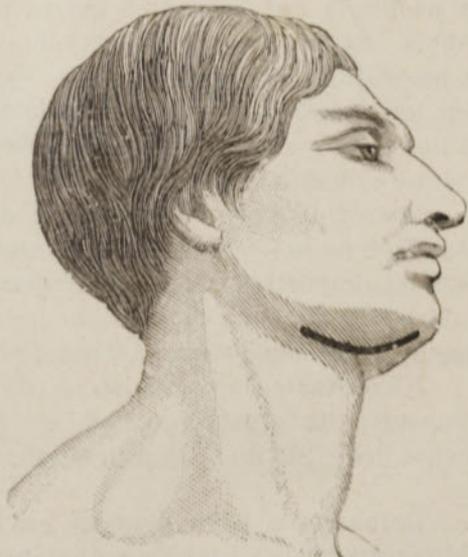


FIG. 653.—Extirpación de la glándula submaxilar por el procedimiento de Verneuil

AMPUTACIÓN DE LA LENGUA

Las indicaciones de la amputación de la lengua nacen casi siempre del cáncer, á veces de ulceraciones tuber-

culosas ó sifilíticas, y muy rara vez de un hemangioma ó un linfangioma (macroglia).

La amputación es unas veces *parcial*, no interesando, por ejemplo, sino la mitad anterior ó una mitad lateral; otras veces es *total* y entonces se sacrifica, ya la lengua sola, ya la lengua y el suelo bucal, ya estas partes y la parte media de la mandíbula inferior. Tales son las distinciones diversas que se pueden admitir, desde el punto de vista operatorio, como calcadas sobre las principales eventualidades clínicas, según la extensión del mal.

La amputación semianterior de la lengua se hace siempre naturalmente por la cavidad bucal. Por el contrario, la amputación semilateral y la amputación total, sola ó con el suelo, se practican, según los casos, y también, conviene decirlo, según las costumbres ó la predilección de cada cirujano, ya por la cavidad bucal (*vía bucal*), ya por la región supra-hioidea (*vía supra-hioidea* de Regnoli), ya á través de una simple sección de la sínfisis (P. Roux, Sédillot, Syme) ó lateral (v. Langenbeck) ó á través de una resección temporal (Billroth, E. Bœckel, Albert). Se podría llamar *maxilar* esta última vía. Actualmente, se opera sobre todo por la boca, por la región supra-hioidea, ó por las dos á la vez, y es raro que se decida dividir el maxilar, porque está probado que la osteotomía agrava el pronóstico operatorio, y aun entonces no se hace más que la simple sección, con preferencia en la sínfisis, á menos que la mandíbula estuviese también invadida por la neoplasia.

Una preocupación común á todas las grandes amputaciones de la lengua es, no ya la hemorragia operatoria, puesto que es fácil prevenirla ó dominarla, sino la *protección* de la herida y de las vías respiratorias, *particularmente del pulmón, contra la infección séptica*. Por esto se pone el mayor cuidado en la antisepsia previa y consecutiva de la cavidad bucal. Sin embargo, á pesar de todo se pierde un cierto número de operados por bronco-pneumonía y por septicemia.

Otra preocupación, especial en los casos de cáncer y no menos importantísima, es *la de prevenir la recidiva*, primero y sobre todo formulando un diagnóstico precoz, cuando sea posible, y luego extirpando ampliamente, no sólo la neoplasia aparente, sino las partes vecinas y los órganos infectados á distancia (ganglios y glándula submaxilares, ganglios carotídeos superiores). A pesar de todo, el cáncer de la lengua sigue siendo uno de los más graves que tengamos que tratar: Butlin sólo indica 8,5 por 100 de curaciones persistentes al cabo de tres años, y sabido es que varios de estos últimos no alcanzan más allá de uno ó dos años más.

La recidiva es, pues, desgraciadamente, la regla. Rara vez tiene lugar en el muñón de la lengua, lo más á menudo en los ganglios tributarios, porque se han dejado porciones de ellos ó porque se han dejado algunos que ya estaban enfermos y que han continuado desarrollándose. Todo esto equivale á decir que operamos *casi siempre demasiado tarde!*

No obstante, la operación no es inútil, cuando no cura: proporciona notoriamente una supervivencia de seis á ocho meses, y hace generalmente mucho menos penoso el fin ó los últimos tiempos de la existencia.

CUIDADOS Y PRECAUCIONES PRELIMINARES. — Los pacientes deben haber sido purgados la víspera y no haber tomado cosa alguna en las cinco horas que preceden á la operación. Se han descostrado y cepillado los dientes, se han cauterizado, con cloruro de zinc ó de otro modo, las superficies y cavidades ulceradas, se han hecho practicar lavados frecuentes de la cavidad bucal y de las

fauces; en una palabra, se ha procurado una antisepsia previa regular y seria. Llegado el momento de la operación, se somete siempre á los enfermos á la anestesia general, con preferencia clorofórmica, por las vías naturales. Sin embargo, algunos cirujanos, entre otros Jacobson, Monod y Picqué, prefieren administrar el cloroformo según el método de Kocher, cuando han de hacer la amputación total: *traqueotomía preliminar y taponamiento de la faringe*. En todo caso, los enfermos son operados en decúbito horizontal ó con la parte superior del cuerpo ligeramente elevada.

En cuanto á los medios de diéresis, hoy día todos los cirujanos han abandonado los que obran con lentitud y que dejan en la boca partes esfaceladas, notablemente la ligadura, aun elástica, porque exponen mucho á la septicemia. El instrumento cortante (bisturí, y sobre todo las tijeras) goza del favor general y con razón: así se ve mejor lo que se hace; se quita con más precisión y seguridad todo lo sospechoso. El estrangulador lineal, el termocauterio, la ligadura extemporánea de Maissonneuve, el asa gálvanocáustica, todavía se emplean alguna vez, pero creemos que, si se los quiere utilizar, se los debe reservar para las amputaciones de la parte *anterior* de la lengua, porque todavía se puede obrar con conocimiento más allá del mal: deben rechazarse para la extirpación de los cánceres de la base y de los que ocupan la lengua y el suelo.

Aparato instrumental, en su conjunto:

Un bisturí recto;

Una pinza de disección y una pinza dentada, larga;

Una sonda acanalada;

Dos pares de fuertes tijeras puntiagudas, curvas y rectas;

Un par de tijeras ordinarias;

Una serie de pinzas de forcipresión;

Dos erinas dobles y dos ganchos romos;

Una pinza de Museux;

Una aguja de Deschamps;

Un abre-bocas lateral;

Agujas de Hagedorn y un porta-agujas de Pozzi;

Hilos para ligadura y para sutura.

A. AMPUTACIÓN DE LA MITAD ANTERIOR DE LA LENGUA.—a. *Sección transversal*.—Procedimiento.—Líguense las dos arterias linguales en el sitio de elección, á ejemplo de Mirault. (Véase *Ligaduras*, pág. 61).

Aplíquese el abre-bocas en el lado de la comisura izquierda de los labios, cójase la punta de la lengua con una pinza de Museux que se sostiene con la mano izquierda, atráigase la lengua hacia adelante, atraviésesela de abajo arriba, en medio, con el bisturí, y divídase transversalmente una de sus mitades y luego la otra.

Si se emplean las tijeras, divídase la lengua de un borde al otro mediante algunos golpes vigorosos.

Si las arterias linguales fluyen en el momento de la sección de cada mitad lingual, á pesar de su ligadura previa en el cuello, lo cual ocurre á menudo, se colocan en su abertura pinzas hemostáticas y se las liga.

b. *Sección en  $\wedge$  de Boyer*.—Procedimiento.—Atraída la lengua hacia adelante, húndase el bisturí de abajo arriba, en medio de la lengua, y dividasela oblicuamente de atrás á delante y de dentro á fuera, primero en un lado, después en el otro.

Aproxímense y reúnanse por la sutura las dos superficies cruentas, lo cual reconstituye la lengua aunque en una forma reducida.

Este género de operación es muy rara vez aplicable.

B. AMPUTACIÓN DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE UNA MITAD LATERAL DE LA LENGUA.—

*Procedimiento de Hueter: reconstitución de la lengua con la mitad restante.*— Después de ligar la arteria correspondiente en el sitio de elección, separados los arcos dentarios con el dilatador de Heister y atraída la lengua hacia adelante con una pinza de Lüer, córtese transversalmente la mitad de la base de la lengua, de un vigoroso golpe de tijeras, cerca del pilar anterior del velo del paladar.

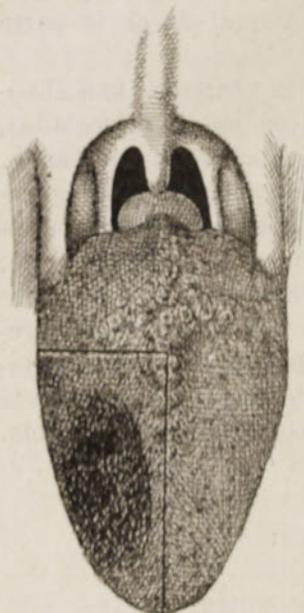


FIG. 654.— Amputación de los dos tercios anteriores de la mitad lateral derecha de la lengua por el procedimiento de Hueter. Secciones.

Hágase la segunda sección á partir de la punta de la lengua hasta el extremo interno de la primera, con la que forma un ángulo recto (fig. 654).

Mediante dos ó tres tijeretazos despréndase el segmento de lengua del suelo bucal.

De ordinario hay en este momento cierta hemorragia que se cohibe comprimiendo la superficie traumática con el dedo ó una torunda de algodón, ó haciendo enjuagar la boca con agua helada.

Finalmente, sutúrese la mitad restante de la lengua con la superficie de sección posterior, después de haberla inclinado hacia el lado operado, de donde resulta la formación de una nueva lengua (fig. 655).

Este procedimiento, empleado también entre nosotros por Bazy, nos ha dado muy buenos resultados funcionales.

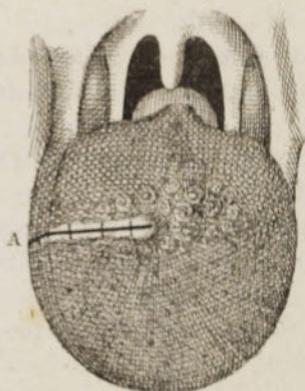


FIG. 655.— La misma amputación, sutura de la mitad izquierda (A) con el muñón posterior.

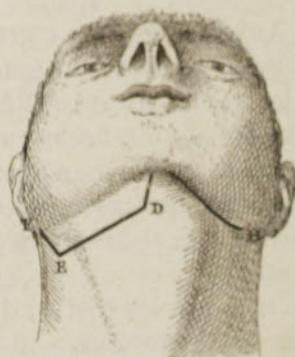


FIG. 656.— Amputación de toda una mitad lateral de la lengua.

A B, incisión de Verneuil.—C D E F, incisión de Kocher

C. AMPUTACIÓN DE TODA UNA MITAD LATERAL DE LA LENGUA.— *Procedimiento de Verneuil.*— Hágase una incisión que vaya de la sínfisis al ángulo de la mandíbula, á lo largo del borde inferior del hueso (fig. 656, A B).

Búsquese la arteria facial delante del masetero, córtesela entre dos ligaduras, y luego extírpese la glándula y los ganglios submaxilares, como se ha dicho más arriba, según el procedimiento del mismo cirujano.

Búsquese el asta mayor del hueso hioides y líguese la arteria lingual.

Una vez atraída la lengua fuera de la boca con una pinza de Museux, pásese la cadena del estrangulador á través de su base, hacia atrás, sobre la línea media y divídase en dos mitades.

Por diéresis obtusa (dedos, etc.), despréndanse las inserciones y adherencias de la lengua á la cara posterior correspondiente de la mandíbula.

En fin, estando la lengua pendiente sólo de sus conexiones con el hueso hioides, con la epiglotis y con el pilar correspondiente del velo palatino, atráigase, mediante una pinza, por debajo de la mandíbula, á través de la herida supra-hioidea y secciónese en su base, por cualquiera medio de diéresis, pues que ya no hay que temer la hemorragia.

Kocher (1) que opera también por la vía supra-hioidea y según el mismo principio fundamental (extirpación ancha, radical), en lugar de una herida lineal, hace un colgajo cutáneo cuadrangular (fig. 154, C D E F). Su procedimiento es generalmente adoptado en el extranjero.

D. AMPUTACIÓN TOTAL DE LA LENGUA SOLA. — *Ataque directo de la lengua.*—*Procedimiento de Whitehead* (2) (completado). 1.<sup>er</sup> tiempo: *Liberación de la lengua.*—Hallándose el sujeto profundamente dormido por el cloroformo, la boca bien alumbrada, ampliamente abierta por medio de un separador, la cabeza mantenida sólidamente derecha y algo inclinada hacia adelante, pásese un asa de seda á través de la parte anterior de la lengua y confíesela á un ayudante que debe atraer este órgano al exterior y variar convenientemente su dirección. Con tijeras rectas romas, secciónense francamente, primero los pilares anteriores del velo palatino cerca de la lengua, luego el frenillo y las inserciones célula-mucosas inferiores hasta la inmediación de las dos arterias linguales, arterias que se encuentran fácilmente y en una posición invariable. En cuanto estas conexiones quedan divididas, la lengua se deja llevar muy bien al exterior; la operación es desde entonces extra-bucal en cierto modo.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Torsión de las arterias linguales.*—Cójase cada una de esas arterias con una pinza de forcipresión, divídase por encima de la pinza y tuérzase su cabo central. Se disminuye la anestesia.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Sección horizontal del cuerpo de la lengua.*—Divídase el cuerpo carnoso de la lengua de delante atrás, siempre con las tijeras, dirigiéndose siempre hacia el cuerpo del hueso hioides.

4.<sup>o</sup> tiempo: *Sección frontal de la base de la lengua.*—Pásese una asa de seda á través de los repliegues glosio-epiglóticos, á fin de poder retener el muñón en caso de trastorno respiratorio ó de hemostasia complementaria. Luego divídase de través, delante del asa, la última inserción de la lengua. El hilo se deja colocado veinticuatro horas.—La excavación consecutiva á la ablación de la lengua se lava con una solución de biyoduro de mercurio; se la enjuga perfectamente, luego se la embadurna con un barniz adhesivo, compuesto en parte de solución etérea yodofórmica y de trementina, llamado *barniz de Whitehead*; la capa así extendida forma una costra sólida que se aguanta veinticuatro horas. No hace falta otra cura.

(1) Véase Sachs, 69 casos de Kocher (*Lang. Arch.*, Bd. XLV, 1893).

(2) Whitehead (*Brit. M. J.*, 2 Mayo de 1891).

Según la experiencia de otros cirujanos ingleses, parece que la amputación de la lengua hecha por este procedimiento, hoy día clásico en todos los países en que se habla el idioma inglés, no es tan exangüe como pretende Whitehead, y á veces estorba bastante para la exéresis la abundancia de la sangre.

Por esta razón Trèves recomienda con empeño la ligadura previa de las dos linguales en el cuello.

Por nuestra parte, hemos empleado varias veces el procedimiento de Whitehead, ya para amputación total, ya para amputación de toda una mitad de la lengua. Debemos declarar que la arteria lingual ha sido siempre fácil de coger y de ligar y que la operación ha terminado después casi en seco en algunos segundos.

*Procedimiento de Billroth: ligadura preliminar de las linguales.*—Después de la ligadura de las dos arterias linguales en el sitio de elección, estando separados los arcos dentarios por medio del dilatador de Heister, las comisuras fuertemente retiradas hacia atrás con dos ganchos romos y el labio inferior deprimido mediante un tercer gancho, cójase con una pinza de Museux la parte anterior de la lengua, atráigasela hacia afuera y á un lado y confíese la pinza á un ayudante.

Libérese primero la lengua, dividiendo con tijeras curvas y excavadas la mucosa del borde y del frenillo; lo cual permite sacarla cuanto sea necesario y llegar muy fácilmente con las tijeras á su punto de implantación.

Luego, dando una serie de tizeretazos vigorosos, sepárese la lengua de la epiglotis y de todas sus inserciones en el suelo bucal.

La hemorragia es generalmente insignificante. La aplicación de agua helada, la compresión prolongada con una esponja, ó, si es necesario, algunas pinzas de forcipresión, dan cuenta de ella sin trabajo. Desagüe cuidadoso y cauterización de toda la superficie traumática con permanganato de potasa (polvo ó solución de media cucharada de las de café, de polvo, en dos cucharadas de las de café, de agua).

Creíamos antes con Trèves, que el procedimiento de Billroth es el mejor modo de practicar la amputación total de la lengua cuando el suelo está intacto y los ganglios parecen indemnes de toda infección. Actualmente mejor nos decidiríamos por el procedimiento de Whitehead, porque hemos encontrado difícil la ligadura previa de las linguales y el beneficio hemostático que con ella se obtiene no siempre ha sido muy sensible. Terrier hasta le niega todo valor.

E. AMPUTACIÓN TOTAL DE LA LENGUA Y DEL SUELO BUCAL. — *Procedimiento de Verneuil.*—Se practican en ambos lados las mismas maniobras que hemos descrito para la amputación de una mitad lateral de la lengua. La incisión se extiende de un masetero al otro siguiendo el borde inferior de la mandíbula. Ligadura y sección de las dos faciales; sección de los músculos geni-glosos y geni-hioideos contra el maxilar; desprendimiento de la mucosa de la cara interna del mismo; atracción rápida de la lengua á través de la herida supra-hioidea, y finalmente, separación de la lengua con el termocauterio, el bisturí y las tijeras.

*Procedimiento del autor (fig. 657).* — *Vía maxilar con doble excavación submaxilar.*— Proponemos combinar las precedentes incisiones con la incisión vertical y media del labio inferior y la sección en  $\sphericalangle$  de la mandíbula (Véase *Osteotomía preliminar de Sédillot*).

Hemos practicado una vez esta operación; pero en lugar de ligar las dos linguales ligamos previamente las dos carótidas externas. El enfermo ha curado perfectamente.

F. AMPUTACIÓN TOTAL DE LA LENGUA Y DEL SUELO CON RESECCIÓN DE LA PARTE MEDIA DE LA MANDÍBULA INFERIOR. — *Procedimiento del autor.* — Como

en el procedimiento de Verneuil, hágase una incisión paralela al borde inferior de la mandíbula, líguense y córtense las faciales, extírpense las glándulas y los ganglios submaxilares y líguense las dos linguales.

Extráiganse los primeros molares derecho é izquierdo por ejemplo, y hágase á su nivel la sección del maxilar (Véase *Resección*).

Sáquese el segmento óseo y la lengua á través de la herida supra-hioidea; y por fin, sepárese la lengua por los diversos medios de diéresis, con preferencia las tijeras. El labio respetado une las dos mitades del maxilar.

Esta operación, la más grave de todas, sólo está justificada en los casos en que el epitelioma ha invadido el cuerpo del maxilar y en que todavía se confía llegar con los instrumentos más allá del mal.

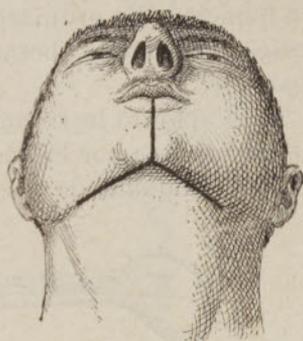


FIG. 657. — Procedimiento del autor para la amputación total de la lengua y del suelo bucal.

*Cuidados post-operatorios.*— Después de las amputaciones parciales de la lengua, siguiendo el ejemplo de Berger (1) y de muchos otros cirujanos, es necesario, en cuanto sea posible, reunir entre sí mediante suturas de catgut á punto por encima, los bordes de las superficies cruentas: así se abrevia mucho el proceso de reparación y se disminuye otro tanto el campo de infección séptica, así como la exudación hemorrágica post-operatoria y las hemorragias secundarias. Luego se tapona la herida, si es posible, con gasa yodofórmica, impregnada ó no de barniz, ó se la cubre de una capa de barniz antiséptico, el de Whitehead ó de Weir, el esteresol de Berlioz, ó el adhesol de Pérrier (2). Los lavados frecuentes de la boca son de rigor. Durante unos doce días la alimentación ha de ser puramente líquida.

El taponamiento y el barnizado son igualmente indispensables después de la amputación total más ó menos complicada de la lengua; pero á menudo es prudente además, y hasta necesario, abrir aparte la región supra-hioidea ó aprovechar la brecha operatoria de esta región para practicar el drenaje del suelo bucal; utilizamos habitualmente con este objeto las mechas de gasa que sirven ya para el taponamiento de la cavidad bucal. Según la abundancia y la naturaleza de las secreciones, se cambia el apósito cada dos, tres ó cuatro días, y se hace lavar á menudo la boca en el intervalo, con agua timolada 1 por 1000, salicilada 3 por 1000, formolada 5 por 1000, etc.

La alimentación se hace artificialmente, durante un tiempo variable, por la boca ó mejor por la nariz. Más tarde, después de una educación inevitable, los operados que han sufrido la amputación total llegan á alimentarse naturalmente y á hablar de un modo bastante inteligible (3).

(1) Berger (*Soc. chir.*, 4 Febrero de 1891).

(2) *Fórmula del adhesol de Pérrier. Ibid.*, 26 Junio de 1895.

Resina copal. . . . .	350 gramos
Benjuí. . . . .	30 —
Bálsamo de Tolú. . . . .	90 —
Eter sulfúrico. . . . .	1000 —
Esencia de tomillo. . . . .	20 —
Naftol $\alpha$ . . . . .	3 —

Háganse macerar durante dos días las materias resinosas, convenientemente divididas, en la mezcla de éter y de esencia. Filtrese. Añádase el naftol.

(3) Véanse: *Sur les troubles fonctionnels consécutifs à l'extirpation totale de la langue*, O. Ehrmann (*Brun's Beitr. zur Klin.*, cap. XI, 1894, y *Sém. méd.*, pág. 388, 1894).

## AMIGDALOTOMÍA

Esta pequeña operación está indicada en la hipertrofia simple de una ó de las dos amígdalas, cuando la hipertrofia ha resistido á todos los medios ordinarios, tanto externos como internos, cuando va acompañada de anginas de repetición y dificulta notablemente, por su volumen, la respiración, la deglución y la fonación. De ordinario se practica en adolescentes y sobre todo en niños. Se reseca la parte exuberante de la glándula al ras de los pilares del velo del paladar.

El aparato instrumental, muy sencillo, consiste en una especie de guillotina imaginada por Fahnestock y cuyo modelo más corriente en la actualidad es el amigdalotomo de tres anillos de Chassaignac (fig. 658): se le maneja con una

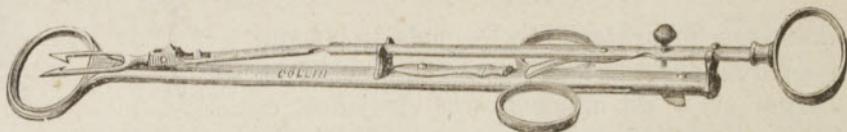


FIG. 658. - Amigdalotomo de Chassaignac

sola mano; ó bien puede ser una pinza de Robert con dos ó tres garfios laterales (fig. 659) y un bisturí de botón, muy afilado, cóncavo, con mango largo (figura 660). A veces, en los niños muy pequeños, en los que son indóciles ó se asustan, pueden ser también necesarios un abre-bocas lateral y un depresor de la lengua. El amigdalotomo es precisamente preferible en estas clases de enfermos, porque permite obrar aprisa y quitar la amígdala en algunos segundos.

La anestesia general antes es perjudicial que útil; pero se puede perfectamente recurrir en ciertos casos á las embrocaciones de cocaína sobre la amígdala y las partes vecinas para calmar el dolor y los movimientos reflejos (náuseas, vómitos, accesos de tos).

*Procedimiento con el bisturí.*—Trátase de operar las dos amígdalas en una sola sesión. Estando el paciente colocado frente á una ventana, con una servilleta sujeta alrededor del cuello, con la boca muy abierta y bien alumbrada, mientras un ayudante, colocado detrás de él, le sostiene la cabeza bastante echada hacia atrás, después de haberse colocado el operador delante del paciente y algo á un lado, cójase la parte culminante de la amígdala, un poco por el lado izquierdo (1) con la pinza de garfios laterales, tírese moderadamente, con la mano izquierda, de ese órgano, hacia la línea media. Diríjase el bisturí con la mano derecha, la concavidad hacia arriba, entre la amígdala y la lengua contra el pilar anterior; llévesele hacia la faringe hasta que la amígdala corresponda bien á su concavidad; luego seccionésela completamente de abajo arriba en forma de semicírculo, con movimientos rápidos de sierra, siguiendo el contorno del pilar hacia la úvula. Retírense los instrumentos con el segmento de amígdala, hágase enjuagar la garganta con agua fría adicionada con un poco de vinagre, ó bien limpiarla con torundas montadas, y déjese al enfermo que descanse algunos instantes.

Repítanse las mismas maniobras en la otra amígdala, tomando la pinza de garfios con la mano derecha y el bisturí con la mano izquierda. Colóquese el operador detrás del enfermo, si sólo sabe manejar el bisturí con la mano derecha.

(1) Izquierdo con referencia al paciente.

*Procedimiento con el amigdalotomo.*—Cerciórese siempre de que funciona bien, antes de emplearlo. Estando completamente retirada la horquilla del instrumento, pásese el pulgar derecho por el anillo terminal, el índice y el medio derechos por los anillos laterales, llévase el aro hacia adentro de la amígdala izquierda, encájese la bien en su interior y luego júntense vivamente y sin vacilación los tres anillos. La excisión queda hecha: se retira el segmento de amígdala ensartado en la horquilla.

Repítanse iguales maniobras en la otra amígdala teniendo el instrumento en la mano izquierda.

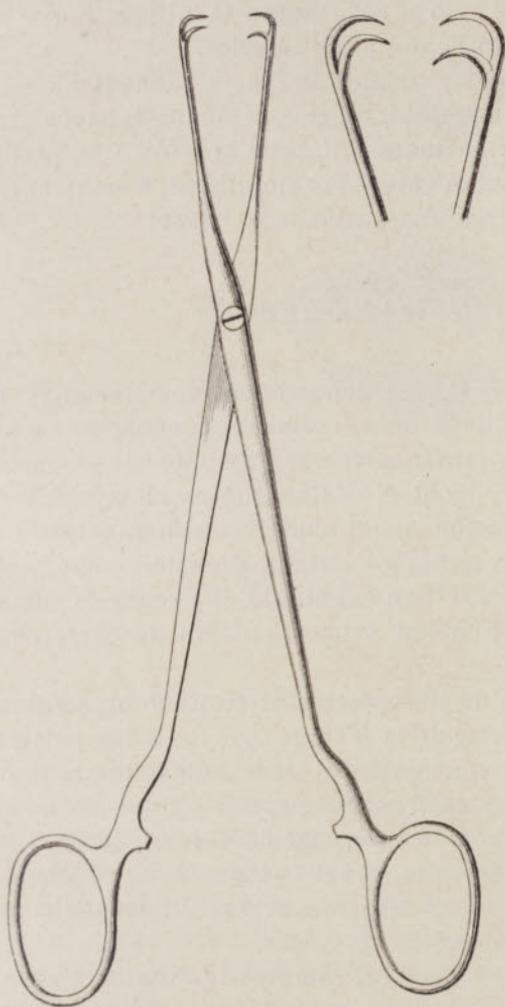


FIG. 659.—Pinza de Robert con garfios laterales

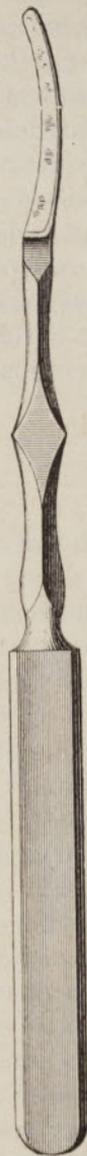


FIG. 660.—Bisturí para la amigdalotomía

La hemorragia que acompaña la excisión de las amígdalas, ya se haga con el bisturí, ya con el amigdalotomo, es de ordinario insignificante: se cohibe por sí misma ó bajo la acción de algunos buches de agua fría, de una compresa húmeda conducida en el extremo de una pinza, de la compresión digital directa, etc. No se hace grave SINO POR EXCEPCIÓN, sobre todo hasta el punto de necesitar la ligadura de la carótida externa; estos casos excepcionales se explican, si la hemorragia es puramente parenquimatosa, por el desarrollo inflamatorio de los pequeños vasos ó por la presencia de la diátesis hemofílica;—si es arte-

rial, formando chorro, por la sección de la arteria tonsilar, rama que proviene ordinariamente de la arteria palatina ascendente y que adhiere á la parte inferior de la cápsula amigdalina hasta el punto de no poder retraerse (Zucker-kandl). De ahí las tres reglas prácticas siguientes: *No operar nunca durante ó al final de una amigdalitis* (Tillaux);—*examinar con cuidado los conmemorativos y no operar nunca á los hemofílicos con el instrumento cortante*;—*cuando se opera, no atraer demasiado la amígdala hacia adentro á fin de respetar su parte yuxta-faríngea, y por consiguiente, la arteria tonsilar*. En cuanto á la herida de la carótida interna, que está situada 1 centímetro por atrás y afuera de la amígdala—terror tradicional de los novicios y de los inexperimentados,—la consideramos imposible, sobre todo si se observa la última regla y si se hace la sección por dentro, *no á través*, del pilar anterior.

Después de la operación, se somete al enfermo á la alimentación líquida durante unos ocho días; y (si esto es posible), al mismo tiempo se hacen practicar pulverizaciones, gargarismos ó irrigaciones con agua hervida ó boricada. Las pequeñas heridas se cicatrizan rápidamente y las amígdalas, á menudo después de incisiones muy incompletas, sufren una atrofia muy notable.

### FARINGOTOMÍA INFRA-HIOIDEA

La faringotomía infra-hioidea (1), así denominada por Richet, y no por v. Langenbeck como pretenden algunos autores alemanes, consiste en abrir la faringe haciendo una herida penetrante transversal, más ó menos extensa según el fin propuesto, en el espacio tiro-hioideo. Malgaigne es el primero que ha descrito y recomendado esta operación con el nombre de *laringotomía infra-hioidea*; y si bien es cierto que otros cirujanos, principalmente Langenbeck, han hecho en ella algunas modificaciones, ó han extendido el círculo de sus aplicaciones, no por eso la idea y la ejecución primeras dejan de corresponder á Malgaigne.

La faringotomía infra-hioidea da libre acceso al vestíbulo de la glotis y al resto de la laringe, á la mitad inferior de la faringe (por los lados y detrás) y á la entrada del esófago. Puede, por consiguiente, estar indicada para la extracción de cuerpos extraños, para la extirpación parcial ó total de neoplasias situadas en los puntos citados, cuando la intervención quirúrgica ha fracasado ó no se puede hacer por las vías naturales. Axel Iversen (2) ha publicado una estadística de 18 casos que se refieren á esta operación, al mismo tiempo que procura hacer resaltar su alcance práctico.

Una estadística más reciente de Laquer (3) comprende 28 casos: 15 por tumores de la faringe, 13 por tumores de la laringe, de la epiglotis y por cuerpos extraños.

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una pinza de disección;
- Una sonda acanalada;
- Una erina simple;
- Dos separadores fenestrados obtusos;
- Algunas pinzas de forcipresión.

(1) Consúltese también Lacour, *Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Technique opératoire. Indications cliniques* (Thèse Paris, Julio de 1897).

(2) Ax. Iversen (*Langenbeck's Arch.*, Bd. XXXI, heft 1, 1884, pág. 610).

(3) Laquer (*Therap. Monats'h.*, Mayo de 1890).

*Procedimiento del autor.*—Estando la cabeza fuertemente extendida sobre un rollo, y sostenida por un ayudante,—después de haber reconocido el borde inferior del hueso hioides,—colócase el operador á la izquierda, fija los tegumentos con los dedos de la mano izquierda y divide transversalmente la piel y el músculo cutáneo, en una extensión de 5 á 6 centímetros, á lo largo del borde inferior del hueso hioides, de modo que el punto medio de la incisión corresponda al centro del cuerpo de este hueso. Cójanse con las pinzas las pocas venillas que puedan sangrar.

Divídase poco á poco, en la misma extensión y al ras del hueso hioides, la aponeurosis cervical, luego los músculos omo-hioideos y esterno-hioideos,

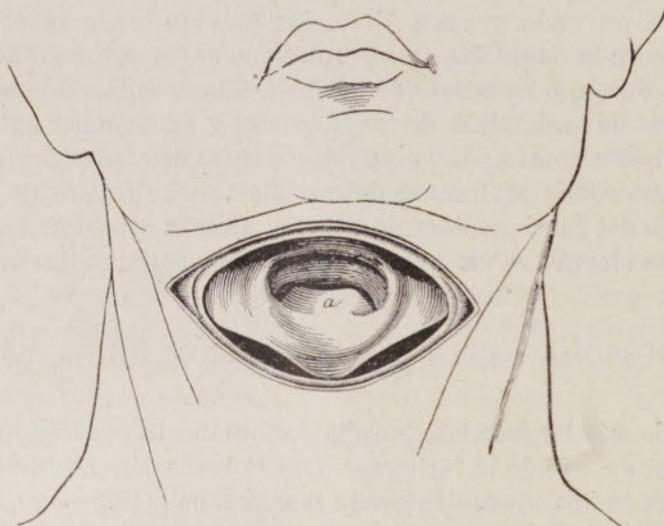


FIG. 661. — Faringotomía infra-hioidea (Kocher)

a, epiglottis

luego los músculos tiro-hioideos, hasta que la membrana tiro-hioidea quede al descubierto.

Diríjase ahora la punta del bisturí hacia arriba, detrás del cuerpo del hueso hioides, en el espacio seroso que se halla entre él y la membrana tiro-hioidea y divídanse sucesivamente, siempre en sentido transversal (para evitar la lesión de los nervios laríngeos superiores) esta membrana, el tejido glándulo-grasoso subyacente, y en fin, la mucosa, de modo que se llegue á la epiglottis en su unión con la cara dorsal de la lengua (fig. 661).

Agrándese hacia derecha é izquierda hasta llegar al asta mayor del cartílago tiroides, la parte profunda de la herida; y por fin tírese hacia adelante la epiglottis por medio de una erina. Así se ve muy bien la entrada de la laringe, la del esófago y la mayor parte de la faringe.

Una vez ejecutada la operación final, sin preocuparse de las partes profundas de la herida, reúnanse superficialmente la piel y los músculos subyacentes por medio de algunos puntos entrecortados, dejando en la línea media una abertura para la expulsión de sangre y de mucosidades que tendrá lugar durante algún tiempo. Esta abertura se cierra luego por sí misma.

Cuando la operación final (cáncer de la faringe, por ejemplo) debe ir acompañada de una pérdida de sangre más ó menos considerable, se da primero el cloroformo por las vías naturales; luego se abre la tráquea, se coloca una cánula y se continúa la anestesia por este punto; se practica en segundo lugar la faringotomía, y una vez

hecha, se tapona la laringe por arriba de la cánula, con gasa, antes de pasar á la extirpación del cáncer.

Von Winiwärter hace notar que seccionando las astas mayores del hueso hioides 1 ó 2 centímetros antes de su extremidad libre, se obtiene un ancho acceso á la faringe.

*Faringotomía transhioidea* de Vallas (1).—Vallas designa con el nombre de faringotomía transhioidea una operación que consiste en abordar directamente la faringe haciendo la *osteotomía media del hueso hioides*. Las indicaciones principales son: los cuerpos extraños de la faringe y del esófago, los tumores de la epiglotis y las estrecheces sífilíticas de la parte inferior de la faringe. Vallas ha operado con éxito notable una de esas estrecheces que apenas admitía un dedo y cuya dilatación ha sido luego mantenida con un aparato de Martín: la deglución y la respiración se hacían con facilidad.

El mismo cirujano ha recurrido también á la osteotomía media del hueso hioides, después de la ligadura de las linguales y excavación ganglionar, para practicar la ablación total de la lengua en los casos de cáncer profundo, con preferencia á la osteotomía preliminar del maxilar, que ciertamente es más grave.

La sección del hueso hioides no acarrea ningún trastorno funcional. La consolidación se efectúa en un mes próximamente, con una ligera desviación.

#### FARINGOTOMÍA LATERAL Y RESECCIÓN DE LA FARINGE

La faringotomía lateral, inaugurada y metodizada por Langenbeck para la ablación de los tumores de la faringe y para la resección y hasta la extirpación de este órgano, es una operación preliminar mucho más grave que la faringotomía infra-hioidea. No nos parece, por consiguiente, justificada sino para los cánceres de la mitad superior de la faringe y de sus inmediaciones (amígdalas, istmo buco-faríngeo) y para aquellos de tales cánceres que parecen todavía bastante limitados para poder ser extirpados completamente.

La condición esencial de una exéresis provechosa es *la luxación hacia fuera* de la rama ascendente del maxilar, después de simple osteotomía lineal por delante del masetero (Cheever, Czerny, Winiwärter) ó la resección de esta misma rama (Mickulicz).

*Procedimiento de Mickulicz*.—Después de hecha la traqueotomía con la cánula-tapón, estando la cabeza inclinada lateralmente, hágase una incisión que siga el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo desde el vértice de la apófisis mastoideas hasta el asta mayor del hueso hioides (y aún más abajo si es necesario).

Despréndanse las partes blandas que cubren la rama ascendente del maxilar, respetando la parótida, el nervio facial (si es posible) y la arteria carótida externa. Despéguese el periostio sobre las caras interna y externa de esta rama justamente encima del ángulo y secciónesela á este nivel. Luego córtese el tendón del músculo-temporal y reséquese la mayor parte ó la totalidad de la rama ascendente.

Mientras un ayudante atrae hacia adelante con fuertes ganchos, el cuerpo de la mandíbula así como el masetero, el pterigoideo interno, el digástrico y el estilo-hioideo, ábrase la parte correspondiente de la faringe en sentido longitudinal y procédase desde luego (ó en otra sesión) á la extirpación de la neoplasia.

(1) Vallas (*Lyon médical*, 1897, y *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, pág. 597, 1897).

Para evitar la dislocación del fragmento superior hacia arriba y adentro, cuando sólo se haga la osteotomía lineal premaseterina, v. Winiwarter (1) aconseja seccionar el hueso oblicuamente de atrás á delante y de dentro á fuera.

A ejemplo de v. Hacker (2), de Poulsen, y de Hoehenegg, para reparar las grandes pérdidas de substancia dejadas por ciertas resecciones de la faringe (faringoplastia), se puede utilizar en colgajo la piel del cuello, suturándola á la mucosa, con la cara epidérmica vuelta hacia adentro.

## CATETERISMO DEL ESÓFAGO

### SOBREALIMENTACIÓN Y LAVADO DEL ESTÓMAGO

El cateterismo del esófago consiste en pasar por este conducto una bujía ó una sonda rígida ó blanda, de forma, grosor y longitud especiales.

Sirve, ya para explorar el conducto, comprobar su permeabilidad ó su grado de permeabilidad, para descubrir la presencia y sitio de un cuerpo extraño (*fin diagnóstico*), ya para dilatar una estrechez, si ésta es franqueable, para alimentar á un enfermo ó un operado, para introducir en el estómago un aumento de alimentos (*sobrealimentación* de los tísicos por ejemplo), para lavar y vaciar el estómago en los casos de dilatación y otras afecciones crónicas de este órgano, así como en ciertos envenenamientos (*fin terapéutico*).

Sólo describiremos aquí el cateterismo que se refiere á la alimentación, á la sobrealimentación, á la evacuación y al lavado del estómago. Por lo demás, el cateterismo con las bujías exploradoras y dilatadoras se practica según las mismas reglas generales.

El cateterismo se hace ordinariamente por la boca, á veces por la nariz. La vía nasal se reserva para los casos en que se debe dejar la sonda permanente,

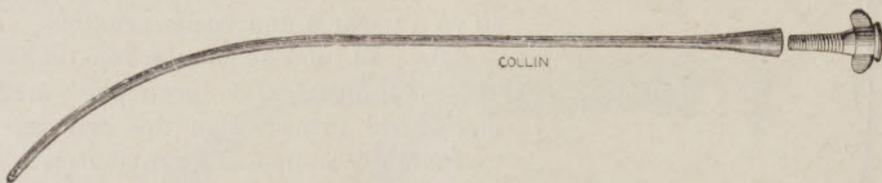


FIG. 662.— Sonda esofágica

en que el enfermo no quiere ó no puede abrir la boca (enajenados, trismus, ciertas constricciones cicatriciales de las mandíbulas, etc.), y en que el mismo cirujano no consigue separar uno de otro los arcos dentarios.

Los instrumentos que se emplean son:

1.º La sonda llamada *esofágica* (fig. 662), tubo rígido de goma elástica de 48 á 50 centímetros de largo y 10 á 12 milímetros de grueso, romo y provisto de un ojo terminal ó de un ojo lateral en su extremidad gástrica, un poco ensanchado en forma de embudo por su extremidad externa.

2.º Una larga sonda blanda de caucho rojo, con mandrín, de 8 á 10 milímetros de grueso (sonda de Krishaber).

3.º El *sifón de Debove* (fig. 663), también con mandrín, que se compone de dos tubos de caucho reunidos por otro de ajuste. A la extremidad libre del tubo externo se adapta un embudo de vidrio.

(1) V. Winiwarter. *Lehrb. d. chir. Oper.*, pág. 219, 1895.

(2) V. Hacker (*Cent. f. Chir.*, pág. 121, 1891).

4.º La sonda gástrica de doble corriente de Audhoui, compuesta de dos tubos de caucho inglés (fig. 664). Estos tubos están soldados entre sí en la parte

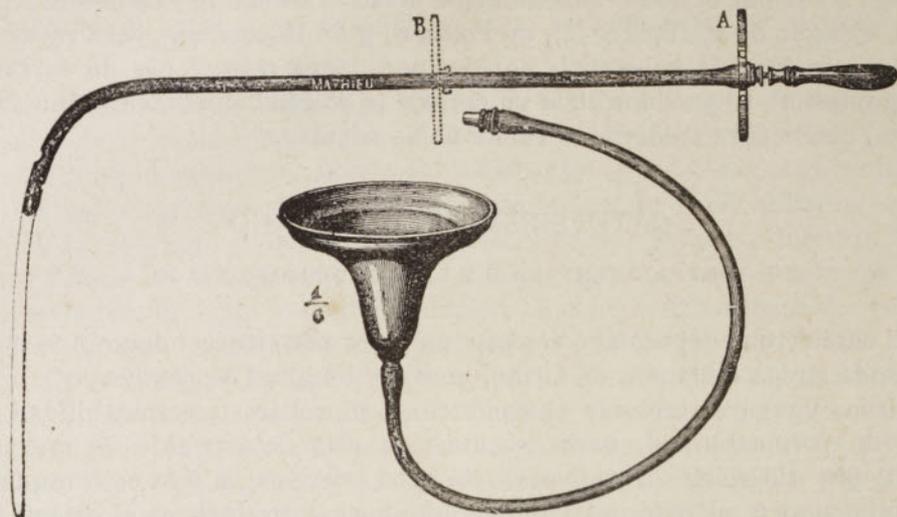


FIG. 663.— Sifón de Debove

de su longitud que debe penetrar en las vías digestivas y separados en la parte que debe quedar fuera; de donde resulta la forma de un  $\lambda$ . En la extremidad

estomacal, el tubo eferente ó tubo grueso excede en 10 centímetros al tubo aferente ó tubo delgado. La extremidad externa del tubo delgado se adapta á un depósito de agua cualquiera, que se suspende á cierta altura; la extremidad externa del tubo grueso va á parar á una vasija próxima.

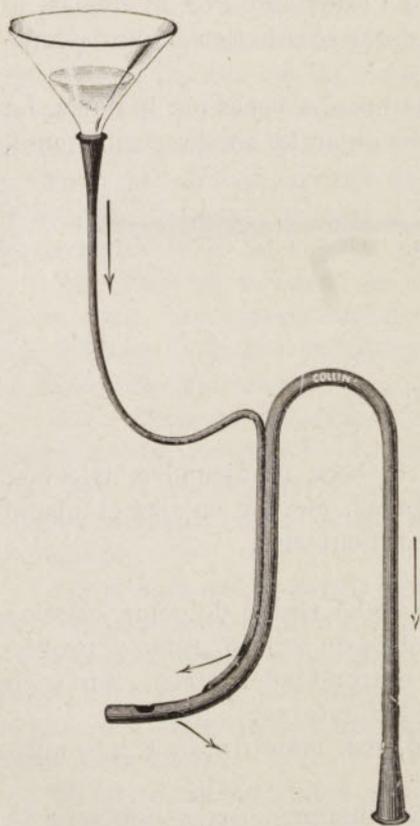


FIG. 664.— Sonda de doble corriente de Audhoui

5.º El tubo de caucho rojo de Faucher (fig. 665), de 1<sup>m</sup>,50 de largo por 8 á 12 milímetros de grueso, con dos orificios en la extremidad estomacal y provisto en la extremidad externa de un embudo de vidrio. Lleva á 50 centímetros de su extremidad estomacal una señal circular que indica la longitud que se ha de introducir en las vías digestivas á partir de los arcos dentarios.

Este tubo exige en un momento dado la intervención del mismo sujeto, es decir, el cumplimiento de una serie de movimientos de deglución, desde que la extremidad estomacal ha llegado á la entrada del esófago. El enfermo *traga* la sonda.

6.º La bomba de Kussmaul, modelo Collin (fig. 666), para aspirar los líquidos y los residuos de alimentos sólidos contenidos en el estómago. La bomba está adaptada al extremo de una sonda esofágica.

La aspiración ha perdido muchos partidarios desde el advenimiento del lavado y de la irrigación del estómago.

7.º El abre-boca de H. Larrey (fig. 667) ó el de Heister.

8.º Finalmente, algunas veces, la sonda de Belloc (fig. 668) para hacer pasar la extremidad externa de la sonda de la boca á la nariz.

CATETERISMO POR LA BOCA. — 1.º *Con la sonda esofágica.* — Procedimiento.—Estando el sujeto sentado, la cabeza fuertemente echada atrás y la boca

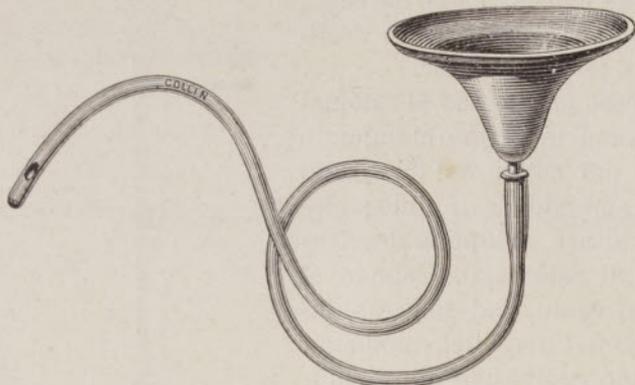


FIG. 665. — Tubo de Faucher, con embudo

ampliamente abierta—después de colocarse el operador á la derecha—introdúzcase el índice izquierdo en la cavidad bucal y hágase deslizar el pulpejo sobre el dorso de la lengua hasta que la extremidad llegue delante de la epiglotis, cerca del repliegue glosa-epiglótico medio; ya allí, con el dedo encorvado en forma de gancho, empújese la lengua de atrás á delante hacia la concavidad del cuerpo de la mandíbula, lo cual permite desprender el anillo cricoideo de la columna vertebral á la entrada misma del esófago, es decir, quitar el único obstáculo (Hueter).

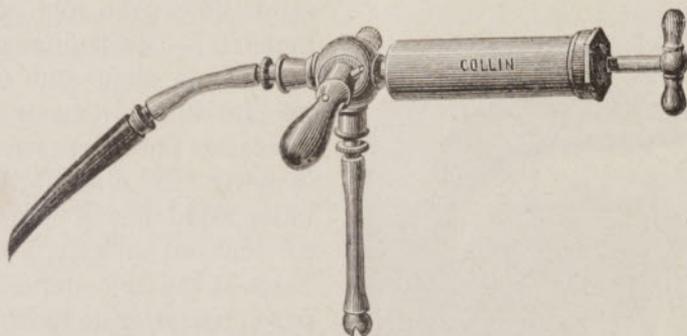


FIG. 666. — Bomba estomacal de Kussmaul

Tómese con la mano derecha, como una pluma de escribir, la extremidad estomacal de la sonda, previamente untada con aceite ó con vaselina; condúzcasela sobre el dorso del índice izquierdo (fig. 669) y, cuando su extremo ha llegado á lo profundo de la faringe, empújesela hacia la pared posterior, suavemente y poco á poco hasta que se sienta que se halla dentro del esófago.

Retírese el índice izquierdo y continúese empujando la sonda hasta que la parte que ha penetrado más allá del arco dentario superior, mida 45 centímetros. El extremo de la sonda se halla entonces seguramente dentro del estómago.

La penetración de la sonda en la laringe es delatada por un violento acceso de tos y de sofocación.