

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO. — Distinguiremos dos casos: uno en que la caja del tímpano está normalmente cerrada; otro en que el líquido inyectado por la trompa puede salir por una perforación del tímpano, por una o varias fistulas de la mastoides o por una vía artificial que allí se ha practicado. En uno y otro caso, la inyección se hará por medio de la sonda de Itard, pero *previa la asepsia de las fosas nasales y de la rinofaringe*; en cuanto al líquido inyectado será unas veces la vaselina yodofórmica, otras el ácido bórico al 4 por 100, el formol al 1 por 1000, el sublimado al 1 por 5000, según que se busque una asepsia permanente, en caja cerrada, o se quiera simplemente regar la caja, la mastoides o una y otra.

I.—MIRINGOTOMÍA Y MIRINGECTOMÍA

A. La miringotomía o paracentesis de la caja del tímpano consiste en la punción o en una pequeña incisión de la membrana del tímpano.

Está indicada en la otitis media supurada, en la obliteración completa y definitiva de la trompa de Eustaquio, en la rigidez permanente de la membrana del tímpano y algunas veces en ciertos zumbidos de oídos.

Procedimiento. — Vuelta un poco la cabeza hacia el lado opuesto, después de haber limpiado el conducto auditivo por medio de algodón, tírese de la oreja arriba y atrás; introdúzcase en el meato la extremidad menor del espéculo de Toynbee (fig. 666), poniendo su diámetro mayor vertical; se le empuja suavemente hacia el con-



Fig. 666. — Espéculo de Toynbee

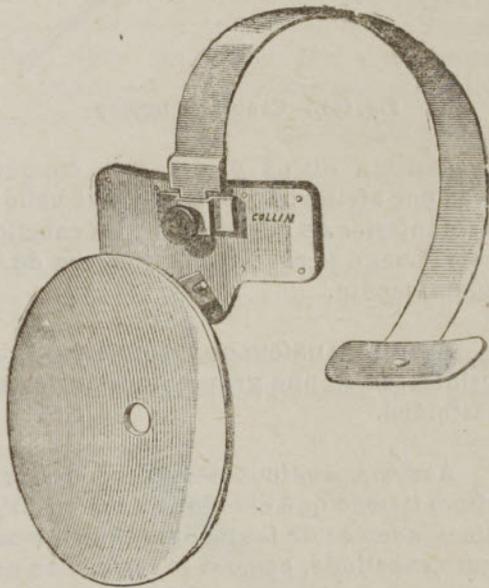


Fig. 667. — Espejo reflector

ducto auditivo haciéndole rodar de manera que dicho gran diámetro venga a ponerse horizontal, e introdúzcase hasta que se vea bien la membrana del tímpano al proyectar en ella un foco o haz luminoso natural, o aun mejor artificial, con el espejo reflector (fig. 667).

La membrana está colocada oblicuamente, formando ángulo agudo con la pared inferior del conducto auditivo. Se la reconoce, no sólo por su dirección y su forma, sino también por su color gris blanco uniforme y por la pequeña línea blanquecina

o blancoamarillenta, mango del martillo, que atraviesa oblicuamente su mitad superior de arriba abajo y de delante atrás (fig. 668).

Se dirige el cuchillo lanceolar de Tillaux o una aguja de catarata a lo largo de la cara inferior del tubo del espéculo y se punciona la membrana del tímpano en su parte antero-inferior.

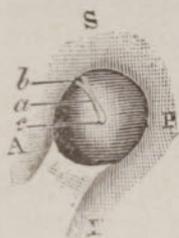


Fig. 668.—Membrana del tímpano vista por su cara externa (Tillaux).

ASPI, puntos cardinales anterior, superior, posterior e inferior de la membrana; a, mango del martillo; b, apófisis externa del martillo; c, depresión umbilical del tímpano.

Retírese la hoja del instrumento, desde el momento que su penetración se halla detenida por las dos pequeñas prolongaciones romas que lleva su base.

Es fácil comprobar el resultado cuando se practica en seguida el cateterismo de la trompa de Eustaquio y se insufla aire en la trompa.

B. La miringectomía no tiene por objeto

practicar una simple perforación, sino una extensa pérdida de substancia en la membrana del tímpano. La abertura de esta membrana es así más duradera.

Igual aparato instrumental que para la miringotomía, con la sola diferencia de que la hoja del instrumento es reemplazada por una aguja-bisturí (fig. 669) y por una aguja-gancho (fig. 670).

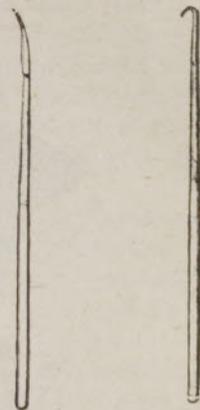


Fig. 669
Aguja-bisturí

Fig. 670
Aguja-gancho

Procedimiento. — Limpio por completo y perfectamente iluminado el conducto, reconócese el mango del martillo; después, con la aguja-bisturí, tállese un colgajo triangular, delante y encima del mango.

Para esto practíquense tres pequeñas incisiones: una horizontal desde la extremidad del mango del martillo hacia delante hasta el marco óseo; una vertical descendente yendo también desde el extremo del mango al marco óseo, y una que pasa rasando el marco óseo entre las dos precedentes, mientras el colgajo es cogido con la aguja-gancho.

II. — CATETERISMO DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO

El cateterismo de la trompa de Eustaquio consiste en pasar una sonda o una candelilla por este conducto, haciéndola penetrar por su orificio faríngeo o *pabellón*.

Se recurre a este cateterismo, ya como medio diagnóstico, ya con un fin terapéutico (dilatación gradual, ducha de aire con la pera de Politzer, introducción de vapores, de líquidos, de gases medicamentosos, de candelillas cáusticas).

Nos servimos generalmente de la sonda de Itard (fig. 671).

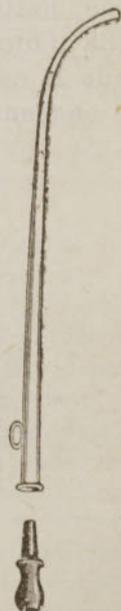


Fig. 671
Sonda de Itard

Procedimiento de Duplay. — Sentado el paciente y sostenida la cabeza por un ayudante, introdúcese en la nariz el pico de la sonda, de manera que la concavidad de la corvadura mire directamente abajo. Al mismo tiempo que se empuja con suavidad la sonda de delante atrás, se levanta gra-

dualmente la mano de manera que se dé al instrumento una dirección horizontal, y por un movimiento de los dedos se le hace ejecutar un cuarto de rota-

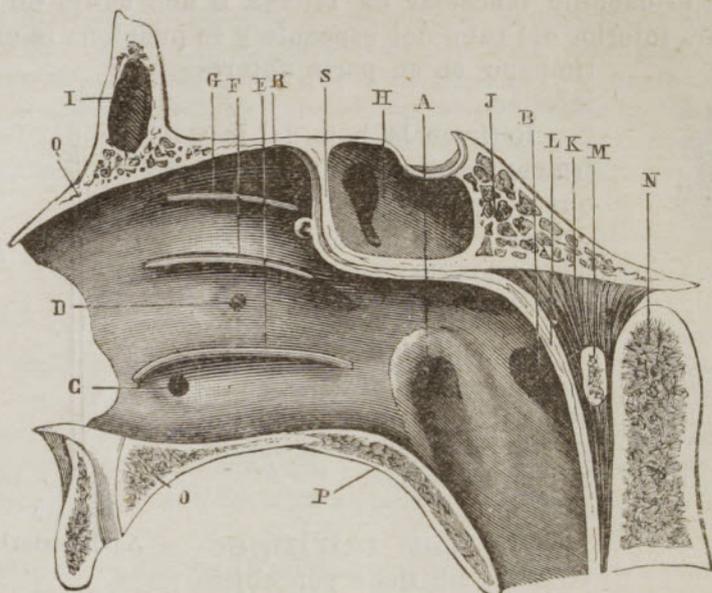


Fig. 672. — Pared externa de las fosas nasales y de la faringe nasal (Tillaux)

A, orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio. — B, fosita de Rosenmüller. — C, orificio inferior del conducto nasal. — E, línea de inserción del cornete inferior sobre la pared externa de las fosas nasales. — L, pared faríngea. — P, velo del paladar, etc.

ción que lleve su pico hacia fuera. El pico corresponde entonces debajo del cornete inferior, excelente punto de mira.

Hágase deslizar suavemente la sonda, en la canal formada por este cornete, hasta que la sensación de resistencia vencida indique que el pico de la sonda ha traspasado la extremidad posterior del cornete. El pico se encuentra casi en seguida introducido en el

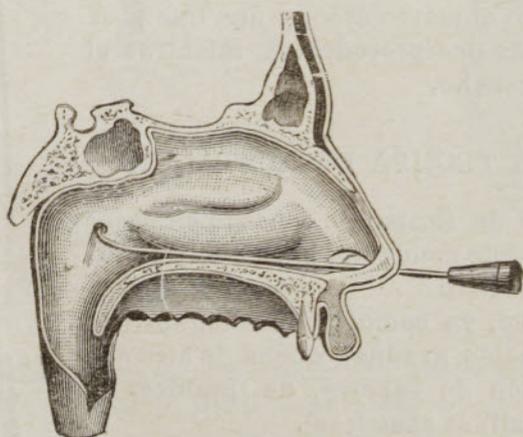


Fig. 673. — Cateterismo de la trompa de Eustaquio
Extremidad de la sonda en el pabellón

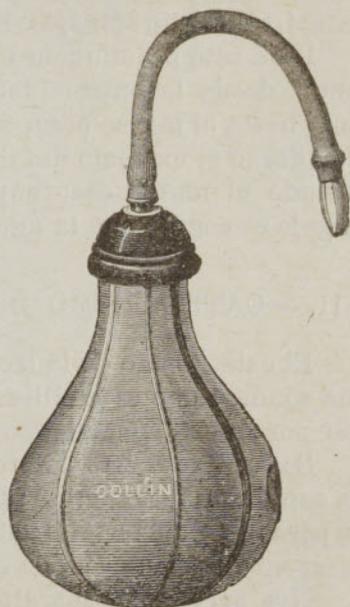


Fig. 674. — Pera de Politzer

pabellón de la trompa, pues está situado sólo a 3 milímetros por detrás y afuera de la extremidad del cornete (fig. 672).

Desde el momento en que el pico de la sonda penetra en la trompa, apro-

xímese el extremo externo del instrumento al tabique, lo que hace que se introduzca más y más el otro extremo en el mencionado conducto.

Con frecuencia, el pico se introduce en la fosita de Rosenmüller, pequeña cavidad ovoidea situada a 8 o 10 milímetros detrás del pabellón, cerca de la pared posterior de la faringe (fig. 672). Se conoce que se ha fraguado una falsa vía: 1.º en que el pico no se encuentra fijo y detenido, como sucede en la trompa; 2.º (Duplay) en que el pico, una vez desprendido de la fosita, tropieza inmediatamente contra la pared posterior de la faringe, mientras que sería preciso una excursión de 10 a 15 milímetros para llegar a ella, si se hallaba en la trompa, y 3.º en que el aire insuflado no llega a la caja y nada se percibe por la auscultación de la oreja ni por la inspección de la membrana del tímpano.

Una vez colocada la sonda en la trompa, se inyecta aire en ésta y en la caja del tímpano con la pera de Politzer (fig. 674) u otro medio de insuflación, o bien se pasan candelillas finas (1 milímetro a 1 milímetro y medio) de tallo graduado, que tienen por objeto desobstruir, dilatar y cauterizar ligeramente la trompa. Es preciso entonces recordar que la longitud total de la trompa es de 36 milímetros.

Sucede a veces que durante o algo después del cateterismo, a consecuencia del desgarro de la mucosa, se ve aparecer rápidamente un enfisema del velo del paladar y del cuello, sobre todo si se ha insuflado aire; este accidente no reviste ninguna gravedad, si bien impresiona vivamente al principiante.

III.—OPERACIONES SISTEMATIZADAS O REGLADAS

EN LA APÓFISIS MASTOIDES, LA CAJA DEL TAMBOR, EL SENO LATERAL Y LAS FOSAS ESFENOIDAL Y OCCIPITAL INFERIOR

Estas operaciones (1) se imponen en la supuración aguda o crónica, que en lugar de quedar limitada a la caja del tímpano, se ha extendido más o menos a su vecindad o dependencias. Ya se trata a veces de una trepanación, de una abertura o de una contraabertura que debe practicarse sobre la apófisis mastoides; ya, en otras, la acción quirúrgica debe ejercerse sobre la apófisis y la caja a la vez; ya, según sean las complicaciones cerebrales o intracraneales (meningitis, tromboflebitis supurada o séptica, absceso cerebrotemporal, absceso cerebeloso), es preciso llevar la intervención hasta la cavidad craneana y el seno lateral, bien a través de la misma brecha mastoidea (Wheeler, A. Broca), bien por otras brechas especiales (Mignon, Picqué y Mauclair).

Algunas nociones preliminares de anatomía nos parecen indispensables acerca el *sitio de elección* para el ataque aislado o inicial de la apófisis mastoides. Este sitio de elección corresponde al *antro petromastoideo* (fig. 676), es decir, a la *célula constante y siempre la mayor*, que hace comunicar la caja con las otras células mastoides, tan variables en número, en volumen, en asiento, y por la cual empieza la mastoiditis supurada; su abertura, *aditus ad antrum*, bastante amplia o escotada, se practica sobre la pared posterior de la caja. Una vez incindidos los tegumentos detrás de la inserción de la oreja y puesta al descubierto la apófisis con la legra o raspatorium, el punto de mira que hay que buscar en el adulto es la *espiná de Henle* (o *espiná suprameatum*), pequeña cresta ósea que ordinariamente existe en la unión de la pared posterior y de la pared superior del meato auditivo, o algo por encima. El antro se encuentra a 5 o 6 milímetros detrás de la espiná de Henle, o, dicho de

(1) Consúltese Duplay (*Arch. gén. méd.*, Mayo-Junio de 1888); Ricard (*Gaz. hóp.*, 23 de Febrero de 1889); Lubet-Barbon y A. Martin (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, París, 1894); A. Broca, *Opérations sur l'apophyse mastoïde* (*Congrès de Chir.*, Lyon, pág. 293, 1894); A. Broca y Lubet-Barbon, *Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement*, 1 vol. in-8.º, 1895; A. Broca y Maubrac, *Traité de chir. cérébrale* (1896); Costex, *Trépan. mastoïdiennes* (*Soc. fr. d'otol.*, 1896, y *Traité de chirurgie de Le Dentu y Delbet*, t. V, 1897); Chagnolleau (*Thèse de Paris*, Junio de 1897), y Reynier (*Congr. fr. de Chir.*, 1897).

otro modo, *detrás de la mitad superior del meato*. Es accesible en un cuadrilátero de 1 centímetro cuadrado (A. Broca), y está limitado por arriba por una línea horizontal que pasa al ras del borde superior del meato, o mejor dicho, por la *cresta temporal supramastoidea* (o línea temporalis), muy manifiesta, que continúa la raíz transversa del arco cigomático; por encima de esta línea o cresta se penetraría en el



Fig. 675. — Sección horizontal del temporal y de la apófisis mastoides, que deja ver el antro, el áditus y el trayecto de la trepanación (Farabeuf).

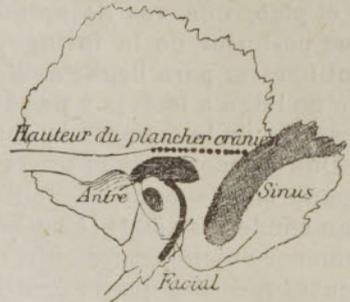


Fig. 676. — Esquema de las relaciones profundas de la apófisis mastoides (Ricard y Launay).

cráneo, sobre la cara superior del peñasco. En el niño de más de un año, el antro ocupa el mismo lugar que en el adulto; en los de menos de un año, está algo por encima del meato y no sólo detrás de su mitad superior (A. Broca). Su área es también la mitad más pequeña. Hagamos notar, finalmente, que detrás del antro descansa el recodo del seno lateral y que, según los datos de Noltnerius, no se puede

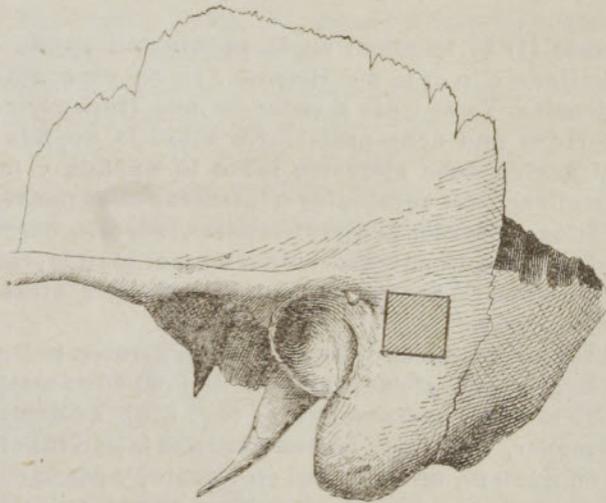


Fig. 677. — Cara externa del temporal y de la apófisis mastoides, con el cuadrado de ataque para el antro

penetrar a una *profundidad* de más de 22 milímetros sin exponerse a herir el facial y el conducto semicircular externo.

Describiremos: 1.º la trepanación simple de la apófisis o antrotomía; 2.º la trepanación combinada de la apófisis y de la caja o antroaticotomía; 3.º el raspado simple de la caja o aticotomía (operación de Stacke); 4.º la excavación petromastoidea completada con la abertura del cráneo y del seno lateral, y 5.º la craneotomía mastoideooccipital.

Importa no confundir la antroaticotomía con la aticotomía u operación de Stacke. Como ha hecho notar Broca, en la primera se empieza por abrir el

antro mastoideo y luego la caja, marchando desde la mastoides hacia el ático; en la segunda, por el contrario, se abre primero y únicamente la caja, pero se la puede completar excavando secundariamente la mastoides.

§ 1. — TREPANACIÓN SIMPLE DE LA APÓFISIS MASTOIDES

(Antrotomía)

Se puede ejecutar con una pequeña corona de trépano o mejor con una fresa de Doyen. Pero ordinariamente se emplea el martillo (fig. 680) y los escoplos-



Fig. 678. — Escoplo-buril de Politzer

buriles de Schwartze o de Politzer, de 1 centímetro de ancho para el adulto y de 3 a 5 milímetros para el niño (figs. 678 y 679).



Fig. 679. — Escoplo-buril de mango grueso

Que haya o no fístula mastoidea antigua o absceso retroauricular que evanescer, siempre se debe marchar sistemáticamente derecho al antro, sin ocuparse del sitio de la fístula o del absceso (Broca).



Fig. 680. — Martillo

Se vuelve la cabeza hacia el lado opuesto y se dobla la oreja fuertemente hacia delante.

1.^{er} tiempo: *Incisión.* — Exactamente en el surco retroauricular y a fondo hasta el hueso, desde la parte superior de la oreja hasta la punta de la apófisis. Forcipsión de la arteria auricular posterior y de algunas arteriolas.

2.^o tiempo: *Denudación de la apófisis.* — Con la legra, despéguese los dos labios de la incisión para denudar muy ampliamente la apófisis desde el borde posterior del conducto auditivo óseo hasta más allá de la sutura petroescamosa. Hágase la hemostasia por compresión y luego reconózcase minuciosamente: el borde posterosuperior del conducto, la espina de Henle (*spina supra meatum*), la cresta supramastoidea y la sutura mastoideoescamosa (véase fig. 677).

3.^{er} tiempo: *Abertura del antro.* — En el adulto, el antro está en un cuadrado de 1 centímetro de lado situado a 5 milímetros detrás de la mitad superior del meato. Reside a una profundidad variable entre 10 y 15 milímetros por

término medio, que llega a veces hasta 20 o 22 milímetros. En el niño de menos de un año está en un cuadrado de 5 milímetros de lado y rebasa un poco por arriba la horizontal que pasa por la parte superior del meato. Es muy superficial y corresponde a una mancha esponjosa, vascular, redondeada, visible por detrás del conducto.

Si se usa una pequeña corona de trépano o la fresa de Doyen, habrá que aplicarlas en esta área.

Si se emplean los escoplos-buriles (hoja de 1 centímetro para el adulto, de 5 milímetros para el niño), se atacará el hueso por cuatro golpes de escoplo: uno anterior, vertical, a 5 milímetros del borde posterior del conducto y rozando por arriba con la horizontal de la espina; dos horizontales, superior e inferior; uno posterior, vertical, que hace saltar el cuadrado de lámina ósea así circunscrito, cogiendo esta vez el escoplo algo oblicuamente hacia delante (fig. 681).

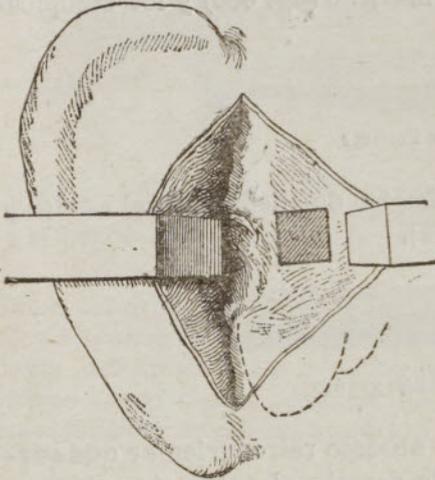


Fig. 681. — Antrotomía (según Broca)

Desde el momento en que se ha derramado el pus, si se trata de un empiema mastoideo, límpiase el antro con la cucharilla, quitando los pequeños secuestros que pueden hallarse en él, y si es preciso váciase el resto de la apófisis hasta cerca de la punta, si el hueso está extensamente alterado.

Cuando el antro es más profundo, con un escoplo o una gubia más estrechos, váyase a su encuentro excavando la apófisis mastoides en forma de embudo, cuya base externa tenga de ancho 12 a 15 milímetros y cuyo eje esté dirigido abajo, adentro y adelante, pero sin pasar jamás de una profundidad de 25 milímetros (Castex). Se debe, al hacer esto, marchar paralelamente a la pared posterior del conducto, evitar el ir hacia arriba hacia el cráneo, atrás hacia el seno y hacer brucas y peligrosas escapadas.

Si, a pesar de todas estas precauciones, durante el curso de la operación se ha abierto la membrana azulada y depresible del seno lateral, cosa que da lugar a una oleada de sangre, tapónese la brecha con gasa yodofórmica o con un pequeño pelotón de catgut; este accidente no tiene, por lo común, otras consecuencias.

Cuando la exéresis ha terminado, tóquense, si es preciso, las paredes de la cavidad traumática con una solución antiséptica o cáustica, practíquense algunos puntos de sutura en los dos ángulos de la herida y colóquese un pequeño drenaje o rellénese flojamente la cavidad con gasa.

§ 2. — TREPANACIÓN DE LA APÓFISIS Y DE LA CAJA

(Excavación petromastoidea. Antroaticotomía)

Esta operación está especialmente indicada en los casos de otomastoiditis crónica en los que las lesiones apofisarias están complicadas con una grave alteración de los huesecillos y de las paredes de la caja, con otorrea o fístula interminable.

Idéntico aparato instrumental que para la operación precedente, y además un «protector» de Stacke (fig. 682), especie de estilote ancho y acodado.



Fig. 682.— Protector de Stacke

Procedimiento de A. Broca. — Daremos primero dos definiciones que permitirán comprender ciertos detalles de la presente y de la siguiente operación: se llama *cúpula*, o *ático*, o *logette de los huesecillos*, la parte de la caja en la cual se mueven la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque; *muro de la logette* o *del ático* el pequeño tabique óseo que separa, encima del orificio timpánico, el ático de la parte posterosuperior del conducto auditivo.

«Incíndanse las partes blandas en una extensión mayor que para la trepa-

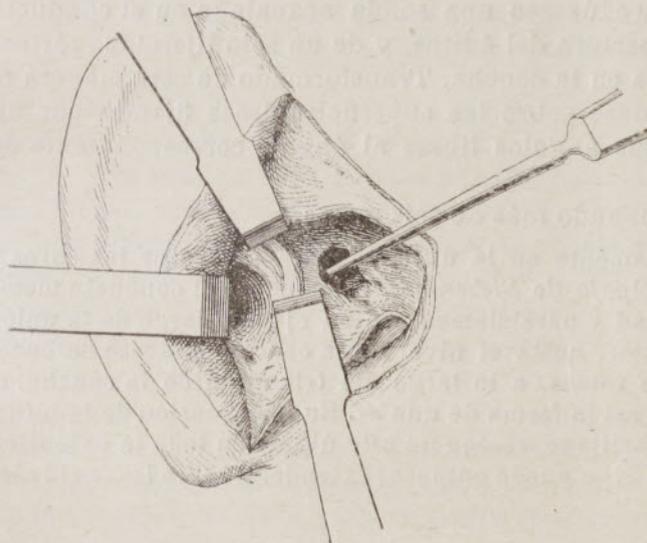


Fig. 683.— Antroaticotomía

El protector de Stacke está colocado. El escoplo va a atacar el muro de la celdilla (Broca)

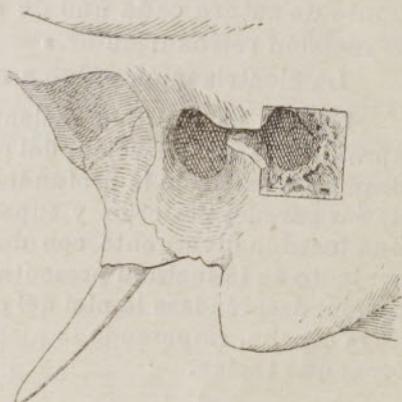


Fig. 684.— Antroaticotomía terminada (Monod y Vanverts)

nación simple, esto es, incíndase en toda su longitud el repliegue retroauricular, y aun dése algo la vuelta, hacia la fosa temporal, a la parte superior del conducto. Además, después de haber legrado la apófisis, despéguese completamente con una legra estrecha y roma el conducto membranoso sirviéndose del extremo de la legra, córtese en el fondo del conducto óseo y dóblesele hacia delante, lo mismo que la oreja; entonces se tiene a la vista el conducto óseo y la membrana del timpano o sus restos.

»Ábrase el antro como en la simple trepanación.

»Introdúzcase en el conducto del antro el protector de Stacke; se ve fácilmente el *áditus* en el fondo, en la parte superoanterior del antro; por allí es donde el protector penetra primero hacia arriba, después hacia delante y adentro; hasta la caja, sirviendo a la vez de conductor para enseñar qué parte ósea es preciso hacer saltar y de protector para librar de una escapada del escoplo al conducto semicircular externo, situado junto a la pared profunda del conducto del antro.

»Hágase saltar el muro o la pared de la celdilla de los huesecillos por delante del protector, aplicando desde luego el escoplo horizontalmente sobre el límite superior del meato y después medio centímetro más abajo, dirigiéndole esta vez algo de abajo arriba, y quitado el puente óseo intermedio a los dos golpes de escoplo, se tiene una amplia abertura por la cual se puede ver y trabajar hasta en el fondo de la caja. No es de temer la sección del facial, si se tiene cuidado de no llegar debajo de la mitad superior del borde posterior del conducto (fig. 683).

»Partiendo siempre del antro y trabajando alternativamente con la gubia y la cucharilla, manejadas con suma prudencia, quítense los secuestros, extírpense las fungosidades, ráspense las partes cariadas y háganse saltar los puntos óseos. Para llevar la operación con toda felicidad, es preciso practicar una hemostasia cuidadosa por la compresión hecha con cilindros de algodón hidrófilo o mejor con tirillas de gasa.

»Una vez terminada la operación, se ha practicado una vasta cavidad (fig. 684) que reúne la mastoides vaciada a la caja del tímpano. Para epidermizarla más rápidamente, introdúzcase una sonda acanalada en el conducto membranoso, en el eje de la abertura del áditus, y de un solo tijeretazo córtese este conducto hasta hacer presa en la concha. Transformado de esta manera el cilindro en rectángulo, extiéndase sobre las superficies óseas fijando por un punto de sutura cada uno de sus ángulos libres al ángulo correspondiente de la incisión retroauricular.»

La cicatrización exige a menudo más de seis meses.

Luc (1) ha insistido recientemente en la utilidad, para favorecer las curas y apresurar la cicatrización, del *colgajo de Siebenmann*. Incíndase el conducto membranoso a partir de la profundidad y paralelamente a su eje a lo largo de la unión de sus paredes posterior y superior, hasta el nivel de la concha. Trácese entonces una incisión divergente con dos ramas, a lo largo del triángulo de la concha; el conjunto de la incisión presenta así la forma de una >. En la extensión de la bifurcación, despréndase la piel del cartilago, reséquese este último en toda la extensión de la concha, respetando la piel. Ésta puede entonces extenderse sobre las cavidades óseas que tapiza.

§ 3.—OPERACIÓN DE STACKE

(Curetage o raspado de la caja. Aticotomía simple)

Su indicación característica es la otitis media destructiva, cuando ésta se ha mostrado rebelde a los medios ordinarios (instilaciones y lavados antisépticos, ablación de pólipos) y el estilete nos revela una denudación de los huesecillos y de las paredes. Nada, por lo tanto, impide transformarla o convertirla en la operación precedente, es decir, en la trepanación total (caja y apófisis), si se observa en el curso de la operación primitiva que el mal se ha extendido a la misma apófisis, cosa que puede decirse es lo más frecuente. La operación de Stacke puede, por otra parte, ser empleada, como lo hace observar A. Broca, para la extracción de cuerpos extraños que han sido torpemente empujados hacia la caja y que no se han podido extraer por las vías naturales.

Procedimiento. — Practíquese a fondo una incisión que rodee paralelamente toda la línea de inserción de la oreja, despéguese el conducto cutáneo con una gubia estrecha hasta cerca del tímpano, incíndase la mitad posterior

(1) Luc, *Ann. des mal. de l'org.*, Noviembre de 1904, pág. 425.

del conducto, introdúzcase el protector por la perforación más o menos ancha del tímpano; detrás del muro o pared de la celdilla o ático, y hágase saltar esta pared con el escoplo dirigiéndolo en el sentido de la horizontal superior del conducto.

Extensamente abierta de este modo la celdilla o ático, procédase según sean las lesiones; extracción de los huesecillos, raspado de las fungosidades, ablación de los secuestros, etc. Tal es la verdadera operación de Stacke.

Si al practicar esta intervención se nota que las lesiones se han extendido al antro y a la mastoides, introdúzcase el protector por el áditus de delante atrás y hágase saltar la pared externa del antro y tendremos entonces la antro-aticotomía practicada al revés.

Cuando la caja o la cavidad tímpanomastoidea ha sido cuidadosamente limpiada, trátase la herida como lo hace Stacke, es decir, dejarla que vaya rellenándose por granulación, o bien cubrir la brecha ósea con un colgajo cuadrilátero cortado sobre el conducto membranoso.

§ 4. — EXCAVACIÓN PETROMASTOIDEA COMPLETADA CON LA ABERTURA DEL SENO LATERAL

Esta operación está indicada en los casos de osteomastoiditis aguda o crónica que se complican, en un momento dado, con una tromboflebitis de los senos, propagada o no a la vena yugular interna; desgraciadamente el diagnóstico de esta complicación no es siempre posible ni suficientemente precoz.

La excavación petromastoidea no basta entonces; es preciso también, según la antigua fórmula de Zaufal (1880), abrir y desinfectar el seno lateral. En cuanto a la *ligadura complementaria de la yugular interna*, igualmente recomendada en la misma época por Zaufal, si bien los hechos nos demuestran que no es indispensable para el buen éxito, se puede, con A. Broca y Maubrac, considerarla como útil, si no para cortar el camino a las embolias sépticas, por lo menos «para permitir una acción más eficaz sobre el mismo seno». La excavación petromastoidea completada con la abertura del seno, con o sin ligadura de la yugular, ha dado ya un número considerable de éxitos.

Dos grupos de procedimientos conducen al fin propuesto. En el primero (Broca y Maubrac), se liga la yugular en el cuello, luego se abre la mastoides y se denuda el seno lateral de la mastoides hacia el inión. En el segundo (Chippault, Lambotte, Vidal) se liga la yugular en el cuello, se descubre luego, *para ligarlo*, el origen herofiliano del seno lateral y se denuda éste, desde el inión hacia la mastoides, que se excava en último término.

1.º Procedimiento de A. Broca y Maubrac. a. *Ligadura de la yugular en el cuello.* — Practíquese una larga incisión paralela al borde anterior del esternomastoideo; extírpense los ganglios por lo común infartados, a menudo adherentes y aun algunas veces supurados, que rodean la vena, y aíslese esta última, que tiene entonces el aspecto «no de un grueso vaso azul obscuro, de paredes delgadas que se hinchan durante la espiración, sino de un cordón blanco, duro, de paredes gruesas, parecido a una arteria». Después líguese, o bien córtese, o reséquese entre ligaduras descendiendo lo suficiente hasta encontrar una parte sana del vaso.

b. *Trepanación de la apófisis y de la caja.* — Según la técnica ya indicada en las páginas 626 a 628.

c. *Denudación, incisión y desinfección del seno.* — Si después de haber excavado la apófisis no se ha llegado aún gradualmente al absceso extradural, o al seno puesto al descubierto, hágase saltar la pared posterior del antro, cortándolo a bisel en virutas sucesivas; luego, descubierto así el seno, practíquese una hendedura en toda su extensión, hasta la prensa de Herófilo si fuere necesario.

Abórdese el seno en su porción mastoidea e incíndasele en una longitud de 2 a 3 centímetros. Cójase el coágulo con unas pinzas y movílcese por tracciones ejercidas alternativamente hacia los dos extremos, empezando por el extremo yugular, que es por lo común el más accesible y el que se desprende con mayor facilidad. Los senos petrosos, superior e inferior, ordinariamente trombosados, llevan poca o ninguna sangre; no sucede lo mismo cuando se destapa o abre la prensa de Herófilo, pero se detiene fácilmente la hemorragia taponando la prensa con gasa yodofórmica o mejor con catgut.

Límpiese la cavidad venosa entre el seno lateral y la ligadura de la vena yugular; para esto debe cortarse la vena por encima de la ligadura y hágase pasar en abundancia una solución de sublimado al 1 por 2000.

d. *Tratamiento final del campo operatorio.* — Tapónese el seno con gasa yodofórmica, drénese la herida cervical haciendo entrar el tubo de desagüe en el segmento superior de la yugular y sutúrese el resto de la herida.

2.º Procedimiento de Lambotte-Chipault. a. *Ligadura de la yugular interna.* — Se descubre la vena lo más abajo posible, en la parte más inferior del cuello. Se la corta entre dos ligaduras; se fija el cabo superior en el ángulo superior de la herida. Se sutura la herida por abajo.

b. *Ligadura e incisión del seno.* — Trácese a fondo, hasta el hueso, una incisión angular, primero horizontal desde la protuberancia occipital externa a la parte superior del surco retroauricular y luego vertical a lo largo de este surco.

Con la legra, despréndase un colgajo cutáneomúsculoaponeurótico y descúbrase ampliamente el casquete óseo occípitomastoideo. Líguese la vena mastoidea.

En la parte posterointerna de la incisión, justamente por fuera y arriba del inión, en el ángulo formado por el seno longitudinal superior y el seno lateral y al lado de este último, ábrase el cráneo con el trépano (corona de 1 centímetro y medio) con la fresa o con el escoplo. Despéguese la duramadre y con las pinzas-gubia, por fragmentación, póngase al descubierto todo el seno lateral, desde el inión hasta la mastoidea.

En el extremo posterointerno del seno, cerca de la prensa de Herófilo, desbrídese la duramadre a cada lado del seno y póngase una doble ligadura.

Ábranse las cavidades mastoideas y también la pared posterior del conducto auditivo.

Ábrase el seno lateral en toda su longitud: quítense los coágulos con la cucharilla.

Introdúzcase una sonda de Nélaton en el cabo superior de la yugular interna y riéguese el conducto sinusoyugular con sublimado. Deságüese y tapónese,

3.º Procedimiento de Vidal (de Perigueux). a. *Ligadura y desagüe de la yugular interna.* — Incíndase muy abajo, llegando hasta sobre la clavícula. Aíslese la vena. Protéjase la herida con cuidado. Córtese la yugular entre dos pinzas; desinfectése el cabo inferior y líguesela con catgut. Extráigase con unas pinzas sacabaias el coágulo del cabo superior y sutúrese con catgut este cabo en el ángulo superior de la incisión cervical. Por abajo de él, ciérrase completamente la herida.

b. *Descubrimiento de la prensa de Herófilo. Sección y sutura del origen del seno lateral.* — Cerca de la protuberancia occipital externa, hágase una incisión vertical, ligeramente convexa hacia fuera. Ábrase el cráneo con la gubia

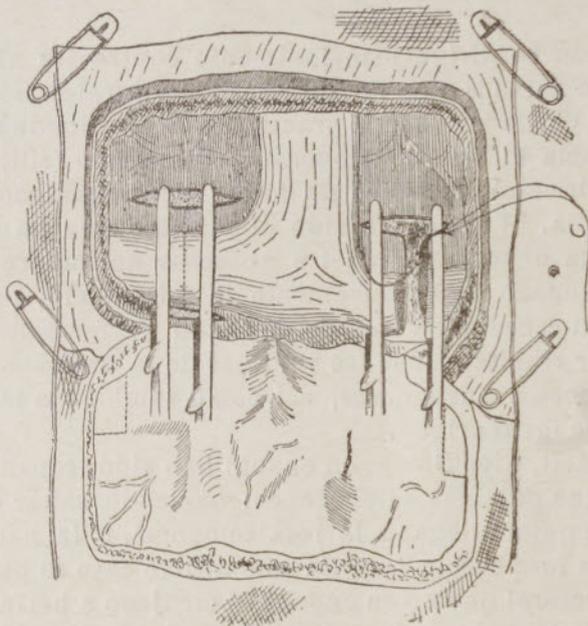


Fig. 685. — Craniectomía temporal de Vidal (de Perigueux)

La escama occipital está derribada, la prensa de Herófilo descubierta, los senos laterales, cogidos con las pinzas; ligados y cortados

o con la fresa, y luego ensánchese la brecha con las pinzas-gubia. Descúbrase el seno cerca de la prensa. No se intente ligar el seno con una aguja armada de un hilo, como aconseja Chipault, porque la ligadura desgarrá demasiado a menudo el seno. A 2 centímetros arriba y abajo del seno, háganse dos incisiones en la duramadre, transversales y paralelas. Bajo el puente así formado, introdúzcanse las ramas posteriores de dos pinzas elásticas, una por fuera, y otra por dentro cerca de la prensa. Entre ellas, deslícese por debajo del seno una pequeña mecha para proteger la aracnoides y secciónese el vaso. Con una aguja redonda y un catgut fino, practíquese en el cabo sinusiano central una sutura a punto por encima muy apretada, doblando el borde libre de la sección hacia la cavidad del seno y colocando los dos puntos extremos sobre el flanco del vaso para detener las huídas (fig. 685).

Fíjese el cabo sinusiano externo a la piel. Sutúrese la incisión cutánea. Evácuense entonces los coágulos y masas pútridas de ese cabo externo.

c. *Excavación mastoidea. Abertura y raspado de la caja.* — Se ejecutan según la técnica habitual. Se descubre bien el codo sinusiano y el bulbo de la

vena yugular interna. Se las abre, se evacúan los coágulos, se desinfecta y se desagua.

Si hay trombosis bilateral, Vidal aconseja cortar con la gubia un postigo rectangular, de 6 a 7 centímetros de ancho, de 3 $\frac{1}{2}$, a 4 centímetros de alto, provisto de un pedículo inferior y cuyo centro ocupa la protuberancia occipital. Se invierte este postigo, se descubre la prensa de Herófilo y se cortan y tratan los dos senos como ya hemos indicado. Luego se practican dos pequeñas brechas en el postigo para establecer el desagüe.

§ 5. — EXCAVACIÓN PETROMASTOIDEA COMPLETADA POR LA ABERTURA DE LAS FOSAS ESFENOIDAL Y OCCIPITAL INFERIOR

Esta operación se dirige principalmente contra los abscesos encefálicos auriculares, acompañados o no de abscesos extradurales. Se empieza por trepanar la apófisis, y por la brecha así practicada es por donde se va hacia la cavidad craneana, hacia el lóbulo temporal o el cerebelo (sitios de implantación ordinarios del absceso), después de haber agrandado convenientemente la abertura practicada. Wheeler ha sido el primero que ha preconizado la vía mastoidea para la evacuación de los abscesos auriculares; Kretschmann y Pritchard han utilizado sistemáticamente la misma vía, pero en realidad es A. Broca quien en especial ha tratado de reglar perfectamente el manual operatorio y de hacer resaltar todas las ventajas de la excavación petromastoidea aplicada a los abscesos auriculares, así como también a la meningitis y a la flebitis del seno de igual origen.

«Nada más fácil, dice Broca, en cuanto han sido trepanados la apófisis, el antro y la caja, que penetrar en el cráneo: haciendo saltar el techo del antro y de la caja, si se quiere llegar a la fosa temporal, o la pared posterior, si se quiere alcanzar la fosa cerebelosa. En este último caso se pasa sin cuidado por encima del seno lateral que no se expone el cirujano a herir.»

En cuanto a la incisión de la duramadre, a las punciones exploratrices con un trócar o con el escalpelo, a la abertura del absceso, a la instalación del drenaje, etc., todas estas maniobras son las mismas que para los otros abscesos del encéfalo.

§ 6. — CRANIECTOMÍA MASTOIDOCCIPITAL

1.º Procedimiento de Picqué y Mauclair. — Después de haber hecho notar que la vía mastoidea conviene muy bien para los abscesos de la fosa esfenoidea, pero que es demasiado estrecha y poco favorable al desagüe para los abscesos de la celda cerebelosa, Picqué y Mauclair, que nos han dado un estudio muy completo de estos últimos abscesos (abscesos *extradurales, intradurales, cerebelosos, en alforjas o formando pisos*), nos proponen la operación siguiente:

«Trácese dos anchos colgajos, uno superficial, cutáneomuscular, el otro subyacente, osteoperióstico; uno y otro rectangulares, con el eje mayor transversal, empezando por delante a nivel de la sutura mastoideooccipital (fig. 686). El primer colgajo debe tener con preferencia su pedículo hacia dentro. Por arriba, se halla a cerca de 1 centímetro de la línea curva occipital superior, es decir, de la porción horizontal del seno lateral. En el adulto, el eje menor de este rectángulo, hecho con las pinzas-gubia (de Dalgren, que es muy cómoda),

CAPÍTULO V

OPERACIONES EN LA NARIZ, LAS FOSAS NASALES Y LA RINOFARINGE (1)

Asepsia y antisepsia preoperatorias de la nariz, de las fosas nasales de la rinofaringe y de los senos nasales

La preparación aséptica y antiséptica de la nariz, del alero nasal, nada presenta de particular.

La de las fosas nasales consiste esencialmente en el empleo de irrigaciones, templadas o calientes, primero con carbonato de sosa al 2 por 100, luego con ácido bórico al 3 por 100 o con cualquier otro antiséptico no irritante. Estas irrigaciones se hacen durante toda la semana que precede a la operación, dos o tres veces al día; cada vez se hacen pasar por las fosas nasales 2 o 3 litros de líquido. Para practicar la irrigación se emplea: 1.º un embudo olivar o conoldeo, de vidrio o de celuloide, que tapa exactamente la ventana de la nariz; 2.º un recipiente cualquiera (botella de Galante, lavador de Tarnier, bocal de Duplay, bocal de Weber, inyector ordinario con tapadera, etc.), y 3.º un tubo de caucho más o menos largo, que une el embudo con el recipiente y que a su vez está provisto de una llave de paso reguladora o de una pera elástica de propulsión. He aquí la manera de practicar o de practicarse a sí mismo una inyección nasal, por ejemplo, con el sifón de Duplay:

El sifón, previamente desinfectado y lleno de agua borricada, se suspende a una altura de 1'40 metros aproximadamente. Luego el embudo, ya igualmente esterilizado, se adapta al tubo de caucho del sifón, donde se introduce. El paciente se sienta cerca, con la cabeza inclinada hacia delante sobre una cubeta ancha; se introduce el embudo por una ventana de la nariz, y se abre la llave reguladora poco a poco hasta que el chorro líquido pase con bastante vigor a la fosa correspondiente y salga por la otra ventana. Durante el paso de la corriente, el paciente debe respirar hondo por la boca pronunciando repetidas veces la letra *e*, a fin de impedir que el líquido pase a la faringe sobre la glotis. Si el paciente tiene la mucosa muy sensible o muy dolorida se puede pulverizar, antes de la sesión de irrigación, en las dos fosas, una disolución de cocaína al 2 por 100. A veces, después de la sesión, puede ser ventajoso pulverizar en las fosas nasales yodoformo, por ejemplo, o dermatol, o taponarlas ligeramente con gasa yodofórmica.

Para desinfectar especialmente la rinofaringe, se empieza por hacer enjuagar la boca y la garganta por medio de una disolución bórica; luego, después de haber cocainizado el velo del paladar y el istmo bucofaringeo, se escobilla la faringe nasal,

(1) Para las fosas nasales, véase *Osteotomías preliminares de la nariz o rinotomías*, pág. 277. — *Resección del tabique y de la pared externa de las fosas nasales*, pág. 306.

la cara posterior del velo, con una torunda de algodón colocada en un instrumento acodado, y se termina la limpieza, ya por irrigaciones directas del cavum por medio de la cánula acodada de Vacher (fig. 688), estando la cabeza inclinada hacia delante,

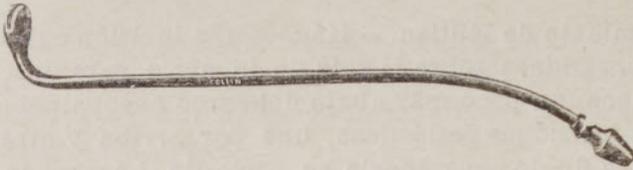


Fig. 688. — Cánula rinofaríngea de Vacher

o echada hacia atrás en posición de Rose, ya por irrigaciones nasales como aquellas cuya técnica hemos indicado y que sean bastante fuertes para barrer al mismo tiempo la rinofarínge.

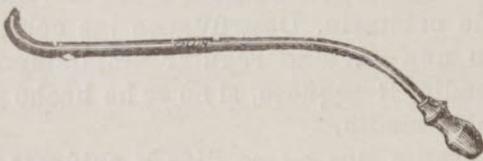


Fig. 689. — Cánula frontal de Hartmann



Fig. 690. — Cánula maxilar de Hartmann

En cuanto a la desinfección particular de los diversos senos, cuando es necesaria, naturalmente sólo puede obtenerse de un modo eficaz por medio de irrigaciones, y éstas se practican con ayuda de cánulas especiales como las de Hartmann

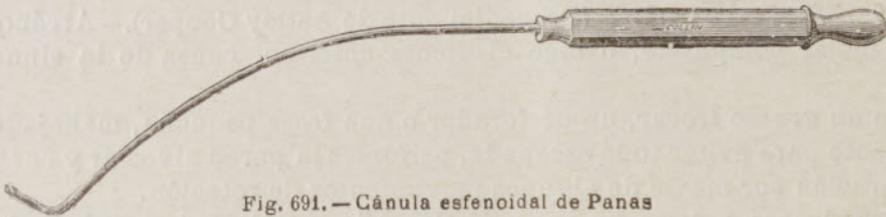


Fig. 691. — Cánula esfenoidal de Panas

para el seno frontal (fig. 689) y para el seno maxilar (fig. 690); de Panas para el seno esfenoidal (fig. 691).

i

Senos de la cara

I. — TREPANACIÓN DEL SENO FRONTAL

1.º Procedimiento de Kuhnt-Luc. — Practíquese una incisión hasta el hueso en el tercio interno del reborde orbitario superior, llegando por dentro hasta 1 centímetro de la raíz de la nariz. Hemostasia. Legrado de los labios para exponer el frontal a nivel de la pared anterior del seno.

Con la fresa o la gubia atáquese esta pared cerca de la línea media, allí donde el seno es más profundo. Ábrase la pared y luego la mucosa. Explórese el seno.

Con las pinzas cortantes destrúyase poco a poco toda la pared anterior, respetando el reborde orbitario.

Ráspese cuidadosamente el seno; quítese la mucosa. Con la cucharilla per-

fórese el suelo del seno cerca del tabique medio y excávase a través de las células etmoidales anteriores un conducto desde el seno hasta el meato medio.

Sutúrese la herida cutánea y aplíquese un apósito compresivo.

2.º Procedimiento de Killian. — Hágase una incisión cutánea siguiendo la ceja y luego encorvándose sobre la raíz de la nariz para ir a parar, oblicua hacia abajo y afuera, un poco más abajo del surco nasopalpebral inferior.

Trácense dos incisiones periósticas, una por arriba y otra por abajo del reborde orbitario, a fin de conservarles su periostio. Légrese la pared anterior del seno, ábrasela con la gubia y destrúyasela con las pinzas cortantes, respetando el reborde orbitario cubierto por su faja perióstica.

Despégüense los tegumentos y el periostio de la apófisis ascendente y del hueso de la nariz y luego de la pared interna de la órbita y del techo orbitario en su parte interna.

Con el escoplo y luego con las pinzas cortantes, atáquese el suelo del seno debajo del punto formado por el reborde orbitario. Destruyanse las células etmoidales anteriores y transfórmeselas en una cavidad regular ampliamente comunicante con el seno y con el meato medio. Reséquese, si no se ha hecho ya en una sesión anterior, la cabeza del cornete medio.

Deságüese y tapónese por la nariz durante dos o tres días y sutúrese la herida cutánea; apósito compresivo.

II.—TREPANACIÓN DEL SENO MAXILAR

1.º Via alveolar (Procedimiento de Astley Cooper).—Arránquese el primer molar compuesto, o bien el diente enfermo, causa de la sinusitis, si la hay.

Con un grueso trócar, un perforador o una fresa pequeña, manejados prudentemente para evitar toda escapada, perfórese la pared alveolar y ensánchese la perforación por medio de algunos movimientos de rotación.

Introdúzcase a frote un tubo de desagüe metálico de estaño o de metal dorado por el que se harán los lavados. En el intervalo de los lavados se cerrará este tubo por medio de un obturador metálico apropiado.

2.º Via nasocanina (Procedimiento de Caldwell-Luc).—Levántese el labio superior; incíndase a fondo la mucosa, un poco más abajo del surco gingivolabial para poder suturar fácilmente la herida, desde la raíz del canino hasta la del segundo molar compuesto.

Légrese la fosa canina en toda su extensión sin llegar al agujero suborbitario.

Con la gubia y el martillo y luego con las pinzas cortantes, ábrase y derribese la pared canina del seno, sobre todo por abajo y por dentro.

Ráspese el seno a fondo, pero con cuidado a nivel del techo a causa del nervio infraorbitario.

Derribese entonces la pared interna del seno a nivel de la parte anterior del meato inferior, por medio, ya de la gubia o de la cucharilla, ya de las pinzas sacabocados. Para asegurar mejor el desagüe, reséquese el extremo anterior del cornete inferior.

Tapónese el seno con una mecha que salga por la nariz.

Sutúrese cuidadosamente la incisión de la mucosa gingivolabial.

3.º Vía nasal (Procedimiento de Claoué-Escat). — Previa anestesia con la cocaína y anemia con la adrenalina, con tijeras delgadas y luego con el asa fría, se reseca por lo menos la mitad anterior del cornete inferior a ras de su inserción.

Después de hacer una punción exploradora para informarse acerca de la situación del seno, con una trefina (Claoué) o con una fresa helizoidal (Escat), se practican uno o dos orificios de 6 a 10 milímetros, a 2 centímetros por atrás del extremo anterior del cornete.

Con unas pinzas sacabocados se ensancha la brecha hasta el suelo del seno. El orificio, para que sea suficiente después de la cicatrización, debe dejar pasar el pulpejo del pulgar.

Lávese, rápsese y tapónese.

III — TREPANACIÓN DEL ETMOIDES Y DEL SENO ESFENOIDAL

La vía orbitaria es la más empleada.

Incisión cutánea rodeando el ángulo interno del ojo por dentro de la carúncula lagrimal.

Reconózcase, libérese y reclínese hacia fuera el saco lagrimal.

Légrese el ungüis y el hueso plano y apártese hacia fuera el con endo de la órbita respetando la polea del oblicuo mayor y la arteria etmoidal anterior.

Atáquese con la gubia el hueso plano por detrás del ungüis y luego, con la cucharilla, húndase y unifíquense las celdillas etmoidales, dirigiéndose siempre hacia abajo y adentro para evitar a la vez el cráneo y la órbita.

Si el foco comunica ya con las fosas nasales, ensánchese el orificio y deságüese por la nariz, previa resección de la cabeza del cornete medio. En caso contrario, deságüese por la órbita sin abrir las fosas nasales.

El raspado de las celdillas etmoidales posteriores (etmoiditis y es enoiditis están ordinariamente asociadas) conduce poco a poco hasta la pared anterior del seno esfenoideal, que se hunde prudentemente con la cucharilla.

II

Nariz. Fosnas nasales. Rinofarinx o faringe nasal

I. — RINOPLASTIA (1)

La restauración de la nariz puede comprender esta pirámide en toda su extensión o poco menos, o bien solamente una de sus partes (dorso, caras laterales o vertientes, lóbulo, ala o subtabique).

§ 1. — RINOPLASTIA TOTAL

Tres categorías o clases de hechos se presentan en la práctica: faltan las partes blandas, pero el esqueleto osteocartilaginoso de sostén está intacto o por

(1) Consúltese Nélaton y Ombredanne, *La Rhinoplastie*, 1 vol. (París, Steinheil, 1904).

lo menos lo está en suficiente grado para ofrecer el necesario apoyo al colgajo reparador — las partes blandas y el esqueleto han desaparecido, — el esqueleto se ha hundido o está mal conformado, pero las partes blandas existen en estado normal (nariz en forma de silla de montar).

A. Destrucción de las partes blandas con esqueleto intacto. **1.º Método francés.** Procedimiento de Serre (de Montpellier). — A cada lado de la nariz córtese sobre la mejilla un colgajo triangular, cuyo pedículo esté situado en la raíz de la nariz y cuya base descienda por debajo del límite inferior de la pérdida de substancia nasal. Esta base debe ser recortada en forma de  (fig. 692). Diséquense los colgajos, aproxímense uno a otro y suturense sus bordes internos sobre la línea media. La pérdida de substancia del sitio donde se ha tomado el colgajo se ocluye mediante algunos puntos de sutura (fig. 694).



Fig. 692

Rinoplastia total
Procedimiento de Serre



Fig. 693

Rinoplastia total
Procedimiento de Nélaton



Fig. 694

Igual procedimiento
Sutura

Procedimiento de Nélaton. — Este procedimiento sólo difiere esencialmente del precedente por el recorte de la base de los colgajos (fig. 693). Por un lado la base está cortada simplemente en sentido oblicuo para formar el ala de la nariz correspondiente; en el otro está cortada en dos lengüetas, de las cuales la externa está igualmente destinada a la restauración de la otra ala y la interna a la reconstitución del subtabique.

2.º Método indiano modificado. — El colgajo, tomado siempre de la frente, no sufre como en el método primitivo una torsión pedicular excesiva que dificulta su circulación y pone en peligro su vitalidad. Además, su base está recortada regularmente en tres lengüetas destinadas la de en medio a reconstituir el subtabique, las otras a formar las alas de la nariz. Se puede, finalmente, en los individuos jóvenes aumentar su resistencia y disminuir su retracción ulterior siguiendo los preceptos de Ollier, Langenbeck y Koenig, es decir, conservando el periostio subyacente y aun decorticando el hueso frontal.

Procedimiento de Langenbeck. — Después de haber tomado exactamente el patrón de la pérdida de substancia, avivada en forma de triángulo, debe trasladarse este patrón en medio de la región frontal, con su parte estrecha aplicada al ángulo nasofrontal. Dibújese sobre la frente la forma del patrón con un lápiz dermatográfico, por ejemplo, agrandando el trazado de manera que la superficie del colgajo que se toma prestado sea por lo menos un tercio mayor o más extensa que la pérdida de substancia. Sígase exactamente con la punta del bis-

turí la línea del trazado; solamente, a nivel del pedículo, la incisión de un lado (a la derecha, por ejemplo, fig. 695), debe pasar oblicuamente por la raíz de la nariz y continuarse por debajo con la incisión nasal del lado opuesto, y la incisión frontal izquierda debe terminar en el nacimiento de la ceja izquierda (véase la misma figura) algo por encima o algo por debajo. Es preciso que el pedículo tenga una anchura de 1 centímetro a 1 centímetro y medio y que comprenda una arteria frontal interna. Diséquese el colgajo frontal, de arriba abajo, en toda su extensión comprendiendo la raíz de la nariz.

Ciérrese todo lo posible por medio de suturas la brecha o herida frontal resultante.

Hágase girar sobre su eje el colgajo de arriba abajo y de izquierda a derecha — con la cara o superficie cutánea siempre hacia delante — de manera que



Fig. 695. — Rinoplastia total
Procedimiento de Langenbeck

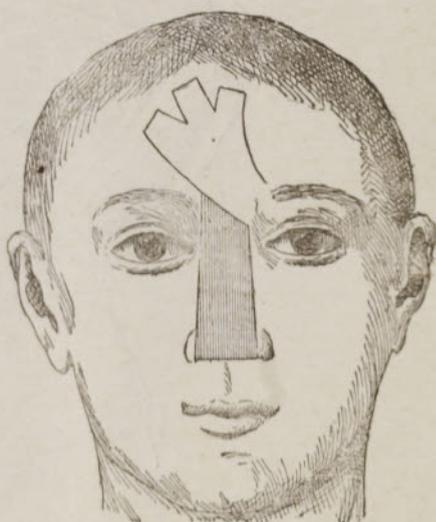


Fig. 696. — Rinoplastia total
Procedimiento de Labat

los bordes laterales correspondientes coaptan entre sí y que el borde medio del colgajo se una con la parte media de la incisión supralabial. Sutúrese el colgajo empezando por la lengüeta que debe constituir el subtabique y después fórtese el borde libre de las alas de la nariz invirtiendo o doblando las lengüetas laterales hacia dentro.

Introdúzcase en cada agujero nasal un extremo de una gruesa sonda,

Volkman deja libre la lengüeta mediana a fin de prevenir, todo lo posible, el aplastamiento de la base de la nariz y mantener una ancha abertura única: la lengüeta se retrae poco a poco arrollándose y acaba por constituir una especie de lóbulo.

En lugar de un colgajo medio y vertical — tanto si la frente es estrecha como si no, — se puede, a ejemplo de Alquié, cortar un colgajo muy oblicuo encima de la ceja; pero hay que temer una desviación de la ceja y del párpado superior por retracción cicatricial. Tal vez es preferible combinar las ventajas de los dos procedimientos tallando el colgajo en una región intermedia, tal como se ve en la figura 696.

3.º Método italiano. — Cuando los métodos precedentes son inaplicables por falta de tejido en la proximidad de la nariz — cosa que es excepcional, — se está facultado para emplear un ancho colgajo en forma de V de punta inferior, que se toma prestado del brazo como en el método tradicional

de Tagliacozzi, o mejor del antebrazo, y cuya base libre es suturada durante la misma sesión operatoria a la pérdida de substancia nasal, mientras que el pedículo queda unido y fijo al miembro durante una docena de días.

Para asegurar la inmovilidad del sujeto, Berger emplea un aparato de cuero abrochado, que aprisiona a la vez el tórax, la cabeza y el brazo del paciente. Nélaton y Ombredanne prefieren un aparato enyesado con armadura metálica modelable, constituida por una cinta de hierro anegada en el yeso, aparato que

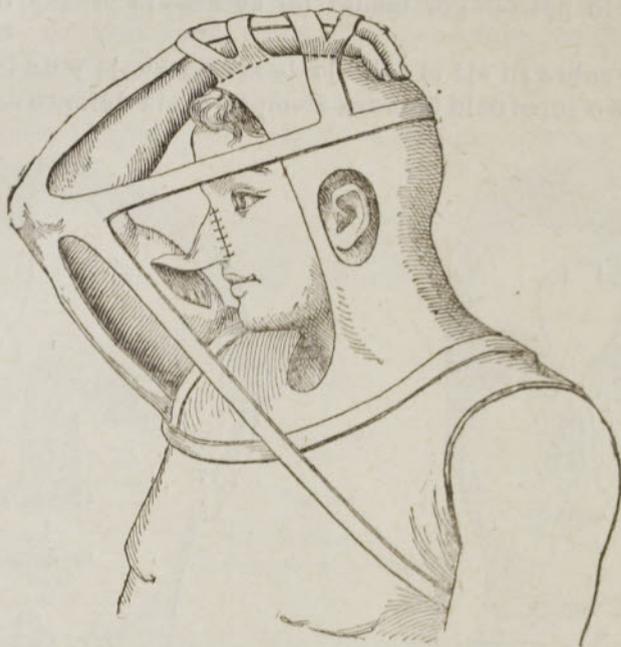


Fig. 697. — Rinoplastia por el método italiano (Ricard y Launay)

comprende una faja torácica y un casco unidos por una pieza dorsal intermedia, formando el conjunto una especie de minerva.

B. Destrucción de las partes blandas y del esqueleto. — En este caso, ninguno de los métodos que acabamos de describir da resultados satisfactorios: la nariz se retrae y se aplasta siempre. Ollier, Langenbeck y algunos otros cirujanos han intentado en vano salvar este escollo fatal, poniendo a contribución las propiedades osteogénicas del periostio y aun movilizándolo piezas óseas vecinas. Hay que recurrir a métodos mixtos cuyo perfeccionamiento se debe a Berger y a Ch. Nélaton.

1.º Método franco-indiano. Procedimiento de Ch. Nélaton (1). — *a.* Circunscribe el orificio nasal por una incisión trazada a 1 centímetro y medio por fuera del mismo. Diséquese la piel de fuera adentro en forma de un colgajo que se vuelve con la cara cruenta delante y la cara cutánea atrás hacia las cavidades nasales. El colgajo derecho se sutura con el colgajo izquierdo y cierra así los dos tercios superiores del orificio (fig. 698).

b. Incisión en forma de herradura, en los tegumentos de la frente, circunscribiendo un colgajo de 6 centímetros de largo, 3 y medio a 4 centímetros de ancho y cuya base se halle 5 o 6 centímetros más arriba de la línea superci-

(1) Ch. Nélaton, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 de Abril de 1902, pág. 453.

liar. Córtese a fondo hasta el hueso. Despéguese un poco la piel con la legra, justamente lo bastante para conducir una sierra fina de contornear paralelamente a la superficie de la frente y desprender la lámina externa del frontal en una extensión de 4 a 5 centímetros de largo y 2 y medio a 3 de ancho, deteniéndose a nivel del vértice de los senos frontales.

c. Secciónense en dos y a lo largo la placa ósea y la piel correspondiente,

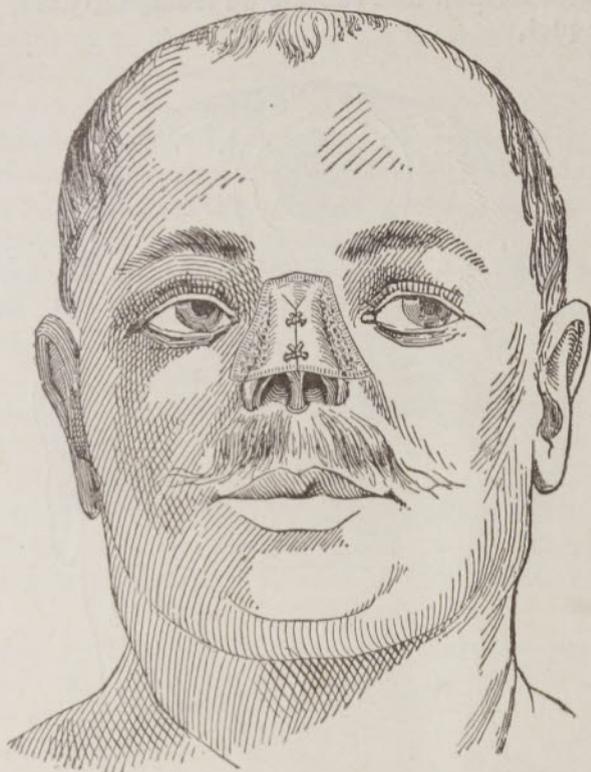


Fig. 698. — Rinoplastia por el procedimiento de Ch. Nélaton. Primer tiempo

d. Revuélvanse estos colgajos frontales hacia abajo, la cara cutánea adelante, la cara ósea atrás (fig. 699).

2.º Método italoindiano. Procedimiento de Berger (1). — Consiste en cubrir un colgajo frontonasal invertido con ayuda de un colgajo braquial.

a. Córtese en la piel de la frente y de la raíz de la nariz un colgajo cuadrilátero de vértice superior, de base inferior implantada en la raíz a un través de dedo del agujero que representa el orificio de las fosas nasales. Esta base debe ser lo más ancha posible sin interesar, no obstante, las vías lagrimales a derecha o a izquierda. El colgajo debe ser bastante largo para que su vértice, tendido de arriba abajo, corresponda por lo menos al borde inferior del orificio de las fosas nasales.

Diséquese este colgajo de arriba abajo, déjese caer como un delantal y volviéndolo para que presente su cara cutánea hacia las fosas nasales y su cara cruenta hacia delante, déjesele adherir naturalmente por su base al borde de la pérdida de substancia.

b. - Recórtese en el brazo izquierdo un colgajo que se aplica por su vértice

(1) P. Berger, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 de Mayo, 19 y 26 de Noviembre de 1902.

y por sus dos bordes sobre el vértice y los dos bordes de la herida refrescada resultante de la disección del colgajo frontonasal.

c. Yuxtapónganse las dos caras cruentas de los dos colgajos y únanse sus bordes laterales por medio de puntos muy numerosos y muy superficiales. Únase también el vértice del colgajo frontal, mediante dos puntos, con la herida hecha en el brazo mismo.

d. Diez o doce días después, córtese el pedículo del colgajo braquial. Los dos colgajos reunidos forman una especie de trompa gruesa, sólida, completamente cubierta de piel.



Fig. 699. — El mismo procedimiento. Segundo tiempo

e. Despréndanse los dos bordes del orificio anterior de las fosas nasales, en forma de dos valvas laterales ósteocutáneomucosas, implantadas por su base en los dos lados del orificio a nivel de sus ángulos inferiores y cuyo vértice derribado y vuelto hacia delante, vendrá a implantarse por cada lado en un refrescamiento practicado hacia la punta de la trompa formada por los colgajos frontal y braquial adosados.

Estas dos valvas restablecen las alas de la nariz.

Para rehacer el subtabique, inviértase asimismo, de atrás adelante, una lengüeta desprendida con las pinzas cortantes del tabique de las fosas nasales, que se cubre, como revestimiento, con la parte media del colgajo braquial.

f. Para dar al lóbulo y a la arista de la nariz su forma, se emplean placas de plomo delgadas, plegadas en forma de tienda cuyo ángulo diedro modela la arista y el lóbulo.

Dos tubos de luz triangular, introducidos en las narices, llevan cada uno un tallo que se aplica sobre la cara correspondiente de la placa de plomo, asegurando así su fijeza.

El todo se halla mantenido por un cordón elástico que se sujeta alrededor de la cabeza. Este aparato se lleva primero constantemente, y luego, durante varios meses, lo más a menudo posible.

3.º Método italiano modificado. Injerto de un dedo. Procedimiento de Vrédiene (1). — Consiste en rehacer la nariz a expensas del anular.

a. Anestesia cocaínica de la región intersuperciliar. Incisión media vertical de los tegumentos de la frente y de la raíz de la nariz; despegamiento con la espátula de los dos labios de la incisión.

b. Anestesia local del cuarto dedo. Despréndase la uña, la matriz ungueal y el pulpejo de la mitad terminal de la falangeta. En la cara dorsal trácese un triángulo equilátero cuya base corresponde a la interlínea falangínofalangética. Quítase la piel a los lados de este triángulo, conservando el tejido celular y los vasos. Quítase el periostio de la falange desnuda.

c. Excávase con el escoplo, en la cara anterior de la apófisis nasal del frontal, una pequeña escotadura; colóquese allí la falangeta y sutúrense los tegumentos de la frente a los lados del colgajo triangular que se dejó sobre el dedo.

Sutúrense lo que queda de las alas de la nariz a las caras laterales refrescadas de la segunda falange. Inmovilícese todo en un molde de yeso durante un mes.

d. Entonces desarticúlese el dedo mediante una incisión con dos colgajos laterales. La primera falange, que ha quedado libre, forma el subtabique, mientras que la segunda y la tercera forman la arista de la nariz.

4.º Prótesis. — Además de estos tres métodos principales, quedan todavía dos recursos: emplear *narices artificiales*, narices que se fabrican ahora con maravillosa perfec-



Fig. 700. — Trípede de Martín (de Lyon)

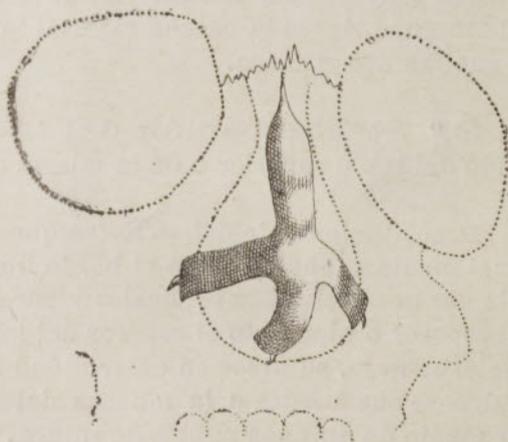


Fig. 701. — Trípede de Martín colocado en su sitio

ción y que consiguen a menudo disimular muy bien la deformidad; o bien imitar a Létievant, Poncet, Delorme, Mickulicz, Leisrink, Glück, Forgue, Villar (de Burdeos), Chaput, etc., practicando la *rinoplastia sobre aparatos protésicos* (2). Con el concurso de estos últimos, sobre todo con el trípede

(1) Vrédiene, *Sem. médicale*, 28 de Mayo de 1902, pág. 180.

(2) Véanse: A. Poncet, *Assoc. franc. pour l'avancement des sciences* (Nancy, 1886); Forgue, *Rhinopl. sur support métallique* (*Acad. de Méd.*, 24 de Julio de 1894); Chaput, *Soc. de Chir.*, pág. 816 (1894). Consultense también las indicaciones y modificaciones propuestas por Delorme, *Soc. de Chir.*, pág. 55 (1895).

de Martin (figs. 700 y 701), se han obtenido ya cierto número de resultados muy satisfactorios. Sucede, sin embargo, algunas veces, que con el tiempo «el trípode metálico infectado por su exposición al aire provoca la supuración y acaba por eliminarse», y por esta razón Chaput ha imaginado hundir el trípode en el seno de los tejidos, creando así la *prótesis metálica intercutáneomucosa*. He aquí en qué la funda:

a. *Si los tegumentos de la nariz están intactos*, mediante una incisión en Π , se les invierte separándolos de la mucosa, sin abrir ésta. Se coloca el trípode en su sitio, después de haber taladrado en la espina nasal del frontal y en los maxilares superiores los tres agujeros destinados a fijarlo. Se coloca entonces encima del trípode el colgajo cutáneo que antes se había separado y se sutura.

b. *Si los tegumentos están destruidos*, se toman dos colgajos laterales de las mejillas, se vuelven estos colgajos hacia dentro y se les sutura en la línea media, como en el procedimiento de Ch. Nélaton (fig. 698). Algunos días después se refresca con la cucharilla la *superficie de esos colgajos*, se coloca el trípode en su lugar y se cubre con un gran colgajo frontal.

§ 2. — RINOPLASTIA PARCIAL

1.º Restauración del lóbulo. Procedimiento de Rouge (de Lausana). — Córtese sobre el dorso de la nariz un colgajo cuadrilátero transversal. Diséquese en forma de puente su parte media sirviéndose de un tenótomo introducido entre la piel y el esqueleto, de manera que el colgajo quede adherido por sus dos extremos. Hágase deslizar de arriba abajo el puente cutáneo y fijese su borde inferior al labio inferior de la pérdida de substancia del lóbulo. Llénese la brecha resultante con un colgajo parecido que se toma de encima del primero.

2.º Restauración del tabique (1). — Se toma el material o tejido del labio superior o de la misma nariz.

Procedimiento labial. — Refrésquese o avívese la superficie cutánea del canal medio subnasal hasta el borde libre del labio. Circunscríbase esta superficie por dos incisiones verticales y paralelas que interesen solamente la mitad del espesor o bien todo el espesor del labio (fig. 702 líneas completas). Levántese el colgajo, suturese su extremidad libre al lóbulo de la nariz, y después suturense sus bordes a la mucosa del tabique. Ciérrese la brecha resultante por medio de algunos puntos de sutura.

Con el tiempo, la superficie cruenta del colgajo que queda externa adquiere los caracteres de la piel.

Se puede también cortar el colgajo labial siguiendo las líneas de puntos (fig. 702).

Procedimiento nasal de C. Hueter. — Córtese un colgajo cuadrilátero, cuyo pedículo corresponda a la parte lateral del lóbulo y que se dirija algo oblicuamente hasta la raíz de la nariz (fig. 703). Diséquese el colgajo de arriba abajo, conservando el periostio a la cara profunda de su extremidad superior. Hágase

(1) Véase Aymar Raoult, *Presse médic.* (1903), pág. 273.

sele rodar sobre su pedículo y sutúrese su extremidad libre a la parte superior del canal subnasal. Ciérrse la brecha resultante por puntos de sutura.



Fig. 702. — Procedimientos labiales para la restauración del subtabique de la nariz



Fig. 703. — Procedimiento nasal de C. Hueter para la misma restauración

Según C. Hueter, la capa perióstica, gracias a su propiedad de formar nuevo hueso, prevendrá la atrofia secundaria del subtabique que se observa después del procedimiento labial.

3.º Restauración del ala de la nariz. Procedimiento a colgajo intercalado de Nélaton. — Después de haber refrescado en Δ (A B C) la

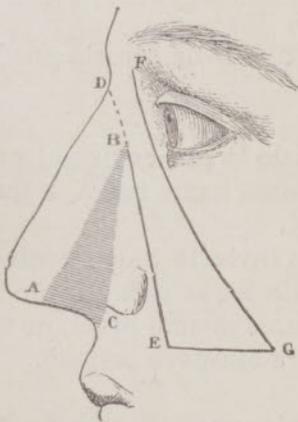


Fig. 704. — Procedimiento a colgajo intercalado de Nélaton para la restauración del ala de la nariz.



Fig. 705. — Procedimiento de Denonvilliers para la misma restauración



Fig. 706. — Procedimiento de Tillaux para la misma restauración.

pérdida de substancia del ala. prolongúese hacia la raíz de la nariz la incisión externa (línea de puntos de la fig. 704).

Desde la extremidad inferior de la incisión prolongada (B D) se baja otra (B E) hasta hallarse en plena mejilla, debajo de la futura ala. Trácese luego una tercera incisión (F G) más o menos por fuera de la precedente, y júntense las extremidades inferiores de ambas por un corte de bisturí (E G). Tendremos de este modo circunscrito un colgajo triangular, cuyo pedículo arranca de la vertiente correspondiente de la raíz de la nariz. Diséquese este colgajo de

abajo arriba, inclínese después hacia la nariz y colóquese entre las dos ramas de la pérdida de substancia nasal, con las cuales se le sutura. Ciérrase, finalmente, la brecha nasogeniana, reuniendo el borde F G con el borde externo de la lengüeta triangular de tegumentos que había sido dejado intacta en el lado de la nariz y que se halla ahora rechazada hacia la mejilla por el acabalgamiento del colgajo reparador.

Procedimiento de Denonvilliers. — Córtese un colgajo triangular de base inferior, cuyo pedículo se toma del lado opuesto del lóbulo de la nariz. Para esto, hágase una primera incisión que empiece al lado de la línea media y suba hasta la raíz de la nariz, luego otra segunda que desde el extremo superior de la precedente descienda oblicuamente hasta el borde externo de la pérdida de substancia (fig. 705). Diséquese el colgajo, hágasele deslizar hacia abajo, de modo que su base venga a formar el borde libre de la nueva ala, y suturese la extremidad externa de su base a la parte externa más declive de la pérdida de substancia. Ciérrase por suturas (o déjese vegetar) la brecha resultante.

Procedimiento de Tillaux. — Tillaux (fig. 706) prefiere cortar el colgajo sobre la cara lateral opuesta de la nariz por encima de la pérdida de substancia. Este procedimiento le ha dado varias veces resultados muy satisfactorios, y a nosotros nos los ha dado también excelentes.

4.º Restauración del dorso y de la cara lateral o vertiente de la nariz. — Se practica, según el método francés, por el deslizamiento de uno o dos colgajos tomados de las regiones próximas. La técnica no ofrece nada de particular.

5.º Atresia de las ventanas de la nariz. — La atresia puede ser parcial (estrechez) o total (obliteración).

Estrechez. — Jobert y Velpeau separaban la mucosa de la piel en una altura de 5 a 6 milímetros, quitaban la piel y volviendo la mucosa hacia fuera, a manera de un dobladillo, la cosían al borde libre de la piel.

Kirmisson practica igual maniobra con la piel, que invierte hacia dentro.

Polaillon desprende el ala de la nariz, la lleva hacia atrás y la fija en la mejilla a nivel del pliegue nasogeniano, previa disección, al mismo nivel, de un pequeño colgajo triangular que sirve para orlar por fuera el nuevo orificio.

Obliteración. — Jalaguier (1) procede del modo siguiente:

a. Córtese un pequeño colgajo a expensas del tejido cicatricial, adherente a nivel del borde inferior de la ventana obliterada; diséquesele, levántesele y ábrase así la ventana desprendiendo completamente el ala de la nariz. Aplíquese este pequeño colgajo sobre la cara interna cruenta de la ventana nasal para cutanizarla y rehacer la orla del borde libre.

b. Córtese un colgajo cuadrilátero en la mejilla, a nivel de la apófisis ascendente, con el pedículo hacia abajo y afuera. Movilícesele y condúzcasele hacia dentro y luego suturese por sus bordes: 1.º a la mucosa del suelo de la fosa nasal y de la parte inferior del tabique; 2.º al subtabique, y 3.º a la piel del labio sobre la línea de incisión hecha para desprender el pequeño colgajo cicatricial.

(1) Jalaguier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 30 de Julio de 1902, pág. 891.

c. Aproxímense por medio de suturas transversales los bordes de la herida cutánea resultante de la disección de ese colgajo geniano.

Satúrese muy exactamente el borde posterior del ala de la nariz al ángulo inferior de esa herida.

6.º Refección de las narices en forma de silla de montar. — Todos los procedimientos operatorios dan sólo medianos resultados. Más valdrá recurrir a la inyección subcutánea de parafina según el método de Gersuny y Delangre.

Procedimiento de Gersuny-Delangre. Material operatorio. — La inclusión de la parafina puede hacerse por medio de una jeringa de Pravaz ordinaria,

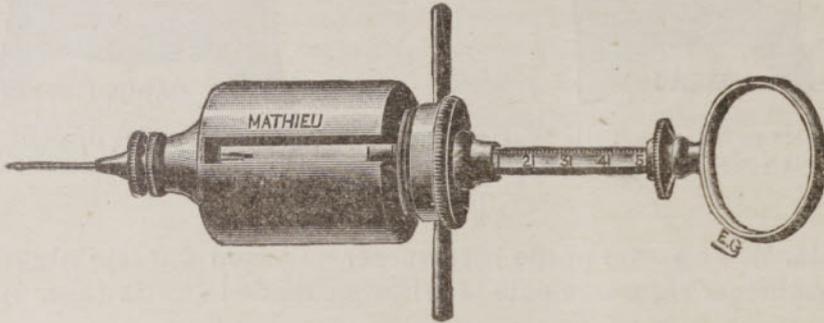


Fig. 707. — Jeringa de Delangre para inyecciones de parafina

cuyo cuerpo de bomba está rodeado de paño y de caucho. Pero para evitar que la parafina se cuaje en la jeringa o en la aguja, más vale utilizar un material especial: jeringa de Delangre (fig. 707), de una capacidad de 5 centímetros cúbicos, con pistón de amianto y cuerpo de bomba rodeado de un manguito metálico hecho mal conductor del calor por una substancia calorígena; aguja de Delangre recta o curva, pero muy corta (10 a 15 milímetros) o bien aguja



Fig. 708. — Aguja de Ricardo Botey

especial de Ricardo Botey (fig. 708) soldada sobre un manguito metálico muy grueso.

La parafina empleada difiere según los cirujanos. Gersuny utiliza parafina fusible a 38 o 40º; Erkstein, parafina fusible a 58 o 60º, y Delangre, parafina fusible a 50 o 55º. Cualquiera que sea, será esterilizada elevándola durante treinta minutos, ya a 150º en la estufa seca, ya a 134º en el autoclave.

Antes de empezar las inyecciones, es bueno tomar un vaciado en gutapercha de la región que se ha de restaurar. De él se saca un molde positivo de yeso en el que se hacen, con cera, todas las correcciones necesarias para dar el aspecto deseado. Sobre este molde corregido se hace construir un aparato de vulcanita que tiene por objeto imponer a los tejidos infiltrados de parafina el aspecto deseado. Este aparato comprende dos piezas semejantes atornilladas la una a la otra en su parte media superior e inferior. La interna, aplicada sobre

la piel, es muy delgada, de modo que sea flexible y elástica. La externa, rígida, de 2 a 3 milímetros de grueso, se halla perforada por algunos agujeros en los que se adaptan tornillos que empujan la primera envoltura hacia las partes que se han de comprimir según la oportunidad de las presiones que sea útil repartir



Fig. 709. — Molde de Delangre. Parte de gutapercha delgada que se aplica sobre la piel



Fig. 710. — Molde de Delangre. Aparato de tornillos para la distribución de las presiones.

acá o acullá. Este aparato puede permanecer colocado durante algunas semanas para mantener rigurosamente la arista media de la nariz (figs. 709 y 710)

Técnica. — Varias horas antes de la intervención, se esterilizan separadamente parafina y jeringa, la primera en el autoclave, la segunda por ebullición. La jeringa y el depósito de parafina conteniendo esta substancia esterilizada se colocan entonces en una caja con agua que los calienta a 70°. Pasados algunos minutos se suprime el foco de calor. Cuando el termómetro ha vuelto a descender a 65° se carga la jeringa y se hace la inyección para que al salir de la aguja la parafina esté a 55 o 58°.

Se coloca el paciente acostado para evitar un síncope. La anestesia local es desechada por Delangre, quien emplea el cloroformo en los niños y una simple inyección de morfina en los adultos; la inyección de parafina es casi indolora. Sin embargo, se puede recurrir, para los enfermos pusilánimes a la anestesia por el cloruro o el bromuro de etilo.

La región que se ha de restaurar es cuidadosamente aseptizada y cubierta de gasa empapada en alcohol. Las regiones vecinas son protegidas por compresas esterilizadas.

Cuando todo está a punto, y cubiertas las manos de los cirujanos con guantes asépticos de hilo o de caucho para manipular la jeringa calentada, se retira ésta de la caja de agua, se enjuga rápidamente y se carga de parafina en sus tres cuartas partes.

El cirujano pincha perpendicularmente la piel de la región, llega al hipodermis y aspira. Si el pistón no arrastra sangre al cuerpo de la jeringa, lo cual demuestra que ningún vaso ha sido herido por la aguja, un ayudante circunscribe bien el campo operatorio por la presión de los dedos y el cirujano hace la inyección y modela la región según las necesidades. Lava en seguida con alcohol, obtura la puntura con colodión amiloformado y termina por una embrocación con éter mentolado que cuaja la parafina y ocasiona una cierta anestesia de los tegumentos. Algunas horas más tarde es bueno aplicar una capa de colodión yodado al $\frac{1}{3}$, para moderar la reacción de los tejidos. La corrección

obtenida es modelada y mantenida por el molde de vulcanita de dos piezas de que hemos hablado.

Es bueno inyectar en pequeña cantidad y en varias sesiones, con modelado progresivo.

Tal es la técnica de Delangre (de Tournai).

Lagarde (1) ha recomendado recientemente el empleo de parafina fusible a 55°, inyectada sin fusión previa, después de simple reblandecimiento por compresión en una jeringa especial provista de un pistón de tornillo. Terminada la inyección, modela la región y cuaja instantáneamente la parafina por enfriamiento mediante un chorro de cloruro de etilo o de metilo.

Consecuencias. — Este método ha dado ya notables resultados para la restauración de las narices hundidas. Pero puede ocasionar ciertos accidentes: edema fugaz, debido a la compresión linfática; reacción más o menos viva de los tejidos, debida a la penetración de la parafina fundida; «parafinomas» de aspecto desagradable por inyección excesiva o defectuoso modelado; finalmente, y sobre todo, embolias graves y en particular embolias de la retina con pérdida súbita y definitiva de la visión.

II. — DECORTICACIÓN O ABRASIÓN DE LA NARIZ

La nariz es bastante a menudo el asiento de tumores múltiples o de hiperplasias difusas, que son conocidas desde hace mucho tiempo con los nombres de *tumores*



Fig. 711. — Acné hipertrófico antes y después de la decorticación (Launay)

elefantisticos, elefantiasis, acné sebáceo hipertrófico de la nariz, y que están caracterizados por la hipertrofia de todos los elementos de la piel, sobre todo de las glándulas sebáceas.

Cuando se trata de tumores pediculados (de los cuales los hay a veces enormes en forma de pera o badajo de campana), su ablación no ofrece dificultad alguna; pero sucede todo lo contrario cuando la nariz está hipertrofiada en su totalidad o cuando está recubierta de masas múltiples, más o menos sesiles. A estos casos es a los que se aplica una operación algo especial que Ollier fué el primero, en 1876, en calificar con el nombre de *decorticación*, pero que había sido practicada antes que él por Civadler (1753) y por uno de los hermanos Dalrymple (1834).

(1) Lagarde, *Soc. méd. de Paris*, 12 de Marzo de 1904.