

## III

## Mediastino

Nos limitaremos a indicar rápidamente las vías de acceso hacia el mediastino anterior y el mediastino posterior.

## § 1. — VÍAS DE ACCESO AL MEDIASTINO ANTERIOR

El mediastino anterior puede ser dividido en dos partes: superior e inferior. La primera corresponde a los grandes vasos, la segunda al pericardio y el corazón.

4. Parte superior (1).—Para abordarla hay que reseca temporal o definitivamente el mango del esternón, después de haberlo separado de las clavículas y de los primeros cartílagos costales. Se han propuesto varios procedimientos casi idénticos. Resumiremos brevemente los más importantes.

1.º **Procedimiento de Burrell-Gay.**—Incisión curvilínea circunscribiendo a distancia la articulación esternoclavicular derecha. Formación de un colgajo cutáneo y luego de un postigo osteomuscular que comprende la articulación esternoclavicular con la parte adyacente del mango esternal y de la clavícula.

2.º **Procedimiento de Milton.**—Incisión en la línea media de los tegumentos presternales desde la base del cuello hasta el apéndice xifoides. Liberación de los labios de la incisión. Denudación con la legra, y sobre todo con el dedo, de la cara posterior del mango del esternón. Sección media longitudinal del esternón con la sierra manejada prudentemente. Atáquese el esternón de arriba abajo, mientras los dedos o un separador protegen las partes blandas del cuello. Introdúzcase en la línea de sierra un escoplo e inclínese haciendo palanca, para entreabrir la hendedura esternal e introdúzcase allí el pico de dos poderosos retractores que permitan abrirla más. Córtese prudentemente las fibras ligamentosas que unen las dos valvas esternales por su cara posterior. Entonces se separan esas valvas 4 buenos centímetros, descubriendo el mediastino anterior.

El desagüe del mediastino es a menudo necesario. Se puede practicar por tres vías *via anterior* — a través del esternón por medio de muescas suficientes hechas en las dos valvas óseas, o de una trepanación; — *via superior*, por el cuello; — *via posterior* a través de los dos mediastinos. El dedo penetra fácilmente del mediastino anterior al mediastino posterior, respetando el pericardio, los vasos y las pleuras. Se dirige por el lado derecho del raquis hacia la tercera o la cuarta vértebra dorsal. Basta reseca el ángulo posterior de las costillas correspondientes.

(1) Consúltese Milton, *The Lancet*, 25 de Enero de 1901, pág. 243; Ricard, Poirier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Marzo de 1901, págs. 304 y 321; M. Auvray, *Chir. du médiastin antérieur* (Paris, Baillière, 1904).

Ricard reprocha a este procedimiento que no abre espacio suficiente y que aumenta la profundidad de los órganos mediastínicos porque las dos valvas esternales no pueden separarse sino dirigiéndose hacia delante.

**3.º Procedimiento de Ricard.** — Ricard estima inútil y peligroso tratar de obrar sobre los órganos mediastínicos más abajo del tercer arco costal. A ese nivel, la tráquea y el origen del bronquio derecho están ya a 10 centímetros de profundidad. He aquí su técnica:

Incisión en  $\sqsubset$ , cuya rama superior parte de la articulación esternoclavicular izquierda y sigue el borde externo de la horquilla esternal, cuyo borde convexo desciende verticalmente a 4 centímetros por fuera del borde esternal derecho y cuya rama inferior pasa por el tercer arco condrocostal.

Diséquese el colgajo cutáneo. Desinsértense las partes blandas de los primeros espacios intercostales derechos y luego los cartílagos costales correspondientes. Légrese la cara posterior del mango esternal. Frágmenlese con las pinzas-gubia finas la articulación esternoclavicular derecha para respetar mejor los grandes vasos. Córtese transversalmente el hueso con las pinzas cortantes. Inviértase el colgajo óseo o suprimásele.

**4.º Procedimiento de Poirier.** — Trácese una incisión en U cuyas ramas paralelas sigan los bordes del esternón y cuya convexidad pase por el segundo cartílago costal. Diséquese y levántese el colgajo hasta el cricoides. Despréndase la cara posterior del esternón; deslícese por debajo de ella un ancho separador maleable; desarticúlense las clavículas. Cójase con tenazas la horquilla esternal e inviértasela hacia abajo.

**5.º Procedimiento de Auvray.** — Trácese una incisión en  $\sqsubset$  cuya rama superior pase a 1 centímetro más abajo de las clavículas, cuya rama vertical pase a dos traveses de dedo por fuera del borde esternal derecho y cuya rama inferior corresponda a la parte media del tercer espacio intercostal.

Córtese la piel, el tejido celular y el haz esternal de los esternocleidomastoideos; respétese el haz clavicular.

*a.* **Resección temporal.** — Levántense solamente los labios de la incisión sin disecar el colgajo cutáneomuscular. Con la legra y sobre todo con el dedo, denúdense prudentemente el esqueleto a ras del hueso, cuyo contacto no se debe perder. Con la sierra de cadena o con las pinzas cortantes, seccionense las clavículas inmediatamente por dentro de la inserción de los haces claviculares de los músculos esternocleidomastoideos. Córtense los dos primeros cartílagos derechos, y luego transversalmente el cuerpo esternal a nivel del tercer espacio. Con la mano derecha provista o no de un separador, levántese el colgajo por su parte convexa, mientras la mano izquierda, envuelta en una compresa, despega y separa los tejidos, respetando cuidadosamente las pleuras. Ejérsese presión con la mano derecha sobre el borde convexo, mientras que la mano izquierda aprieta sobre las articulaciones cleidocostales izquierdas que se desunen y permiten volver el colgajo a la izquierda.

*b.* **Resección definitiva.** — Libértese completamente el colgajo músculo-cutáneo y luego reséquese simétricamente el esqueleto a derecha e izquierda.

B. Parte inferior. — La mayor parte de los procedimientos con postigos usados en la cirugía del corazón son aplicables aquí, pero particularmente el de Marion.

**Procedimiento de Marion (1).** — Incisión que, partiendo de la tercera costilla derecha, atraviesa el esternón, se incurva sobre los cartílagos costales izquierdos, a 5 centímetros del borde esternal izquierdo y termina a nivel del apéndice xifoides. Levántense los bordes, denúdense y luego córtense los cartílagos de la cuarta, quinta, sexta y séptima costillas. Córtese transversalmente el esternón por abajo de la tercera costilla. Levántese el colgajo y échese sobre la derecha por disyunción de las articulaciones condroesternales derechos.

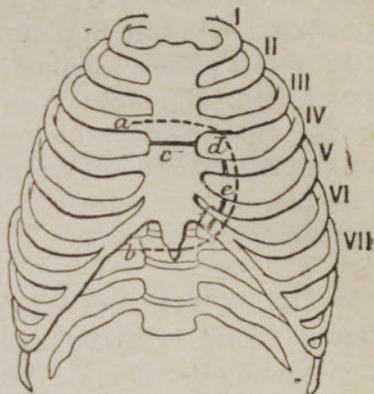


Fig. 765.—Procedimiento de Marion

Este procedimiento expone la región retroesternal. El acceso que con él se obtiene hacia el corazón y el pulmón izquierdo, es inferior al que suministra el procedimiento de Fontan (véase pág. 726).

## § 2. — VÍAS DE ACCESO HACIA EL MEDIASTINO POSTERIOR (2)

Se utilizan sobre todo para los cuerpos extraños de los bronquios o del esófago.

**1.º Procedimiento de Quénu.**—Sea el bronquio derecho lo que se trata de descubrir. Paciente acostado sobre el lado izquierdo, el brazo izquierdo colgando. Incisión de 14 centímetros, extendida desde la tercera a la octava costilla, siguiendo el borde espinal del omoplato y provista en sus dos extremos de una incisión transversal complementaria. Diséquese, aíslese y levántese un colgajo cutáneomuscular con charnela raquídea. Denúdense y reséquense la tercera, cuarta, quinta y sexta costillas. Se obtiene una abertura de 9 centímetros de largo por 7 de ancho. Despéguese la pleura y sepárese hacia fuera, sosteniéndola, así como el pulmón, mediante una ancha valva maleable. Apártese el esófago hacia dentro contra el raquis. Sepárese hacia arriba la ázigos o córtesela entre dos ligaduras. En la profundidad, a 8 centímetros y medio, los dedos pueden sentir los tubérculos de los cartílagos traqueobronquiales.

**2.º Procedimiento de Schwartz.** (Broncotomía.)—El enfermo se acuesta sobre el lado afecto, en posición lateroventral, con el brazo colgando. Incisión en U, de convexidad raquídea, de rama media de 12 centímetros de larga y pasando a 3 o 4 centímetros del raquis. — Diséquese y échese afuera un postigo musculocutáneo para descubrir las costillas.—Fórmese y échese igualmente hacia fuera un postigo costal haciendo por vía subperióstica la sección

(1) Marion, *Presse médic.* (1899), t. I, pág. 148.

(2) Consúltense Nassilof, *Vratch* (1888), n.º 25, pág. 481; Quénu y Hartmann, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1891), pág. 82; Potarca, tesis de Bucarest (1893); Stoianov, *Rev. de chir.* (1899), t. XIX, pág. 388; Llobet, *Rev. de chir.* (1900), t. XXII, pág. 674; Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 27 de Marzo de 1901; J.-L. Faure, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1903), t. XXIX, pág. 122; Schwartz, Tesis de París (1903).

de la quinta, sexta, séptima y octava costillas, primero por fuera de las apófisis transversas, a 4 centímetros de la línea media, y luego lo más hacia fuera posible. Respétese la pleura parietal. Sepárese de las costillas y después despéguese la pleura mediastina e inclínese hacia fuera con el pulmón correspondiente. Entonces, *a la derecha*, descúbrase el esófago por dentro con el neumogástrico derecho que se le une, la ázigos por arriba, el bronquio derecho en la concavidad del cayado de la ázigos. *A la izquierda*, descúbrase la aorta enorme, el neumogástrico izquierdo y el bronquio izquierdo, que se ha de abrir por fuera del nervio.

**3.º Procedimiento de J.-L. Faure.** (Descubrimiento del esófago.)—Este cirujano insiste particularmente en la necesidad, para obtener una ancha abertura, de seccionar la primera costilla.

Enfermo acostado sobre el lado izquierdo, en posición lateroventral. Incisión paramedia desde el cuello hasta la sexta costilla, entre la línea espinosa y el omoplato. Denúdese y reséquese de abajo arriba, en una longitud de 3 o 4 centímetros por fuera de las apófisis transversas, la sexta costilla y luego la quinta, la cuarta, la tercera, la segunda y la primera. Ésta se secciona solamente. Entonces se separa el hombro del raquis mientras un ayudante limita esta separación para evitar las tracciones excesivas del plexo braquial y de los vasos.—Despéguese y apártese hacia fuera la pleura y el pulmón, sostenidos por una valva ancha. Intervención especial en el mediastino. Cierre de la herida torácica, después de restaurar la primera costilla por una sutura con alambre de plata para evitar la caída del muñón del hombro y prevenir los trastornos respiratorios.

#### IV

### Mama

#### I.—ABERTURA DE LOS ABSCESOS DE LA MAMA

**1.º Abscesos subareolares.**—Se les abre de un golpe de punta dado ligeramente en la dirección de uno de los radios que van desde el pezón a la circunferencia de la glándula.

**2.º Abscesos mamarios.**—Se les incindiré francamente siguiendo siempre una dirección radiada. Se recordará que tienen a menudo la forma de botón de camisa y comprenden una colección superficial y una colección profunda, que también habrá que desbridar.

Cuando la cavidad purulenta se prolonga hacia abajo, lo cual es muy frecuente, se deberá, guiándose con la sonda acanalada, practicar una contra-abertura en el punto declive y desaguar ampliamente.

Bardenhauer abre todos los abscesos de la mama, superficiales o profundos, por una incisión ancha del pliegue submamario, que le permite levantar la glándula, abrir y desaguar las colecciones por la cara profunda. Colocados los tubos de desagüe, se extiende la glándula y se sutura la incisión submamaria a cada lado de los tubos. Así se obtiene una cicatrización rápida y sin huellas visibles.

**3.º Abscesos retromamarios.**—Cuando la mama es levantada en masa, habrá que incindir en el pliegue submamario siguiendo una línea curva paralela a ese pliegue. Así se penetrará en el tejido retromamario y se desaguará ampliamente.

**4.º Mamitis supurada difusa.**—Exige de ordinario múltiples incisiones. Más vale, desde el punto de vista estético, abrir ampliamente el pliegue submamario y penetrar por esta vía en todos los focos supurados, que se unifican destruyendo las bridas intermedias. Hasta se podrá, a veces, extirpar por su cara profunda un segmento cuneiforme de la glándula que comprenda la parte infectada, a ejemplo de Boeckel, quien obra análogamente, pero desde la superficie a la profundidad. Terminada la escisión, se suturará la cavidad y se repondrá la glándula en su sitio normal.

## II.—ABLACIÓN PARCIAL DE LA MAMA

Se aplica únicamente a los tumores benignos todavía circunscritos y puede ser practicada según tres modos distintos.

**1.º Incisión mamaria.**—Es rectilínea, de dirección radiada y reside sobre el tumor mismo.

Incindidas la piel, la grasa y si es necesario una parte de la glándula para descubrir el tumor, se coge éste con unas pinzas-erinas. Si está bien circunscrito y encapsulado, se aísla rápidamente. Si forma cuerpo con el tejido glandular se secciona éste a su alrededor y se desprende la masa que se ha de extirpar.

Queda una cavidad cuyos vasos se ligan. Una sutura profunda aproxima sus paredes. Una sutura superficial reúne los labios cutáneos.

Se aplica un apósito compresivo.

**2.º Incisión axilar.**—Con el nombre de «ablación estética», Morestin ha propuesto, para los tumores de pequeño volumen situados en la zona superoexterna de la glándula, el procedimiento siguiente:

Incisión de 4 a 6 centímetros en la zona pilosa de la axila, en el límite de su borde anterior. Despegamiento en forma de túnel de los ligamentos, por medio de un bisturí introducido de plano, hasta que se pueda; con unas pinzas de Museux, coger la glándula, atraerla hacia la herida y luego coger el tumor y extirparlo. Apósito compresivo sin desagüe.

**3.º Incisión submamaria.**—Con un fin estético, se podrá también seccionar la piel en el surco submamario, desprender la glándula del plano pectoral, quitar la parte enferma y luego reintegrar y suturar la mama en su sitio normal.

## III.—ABLACIÓN TOTAL DE LA MAMA POR TUMORES BENIGNOS

Comprende dos procedimientos calcados en los precedentes:

**1.º Amputación simple. Incisión mamaria.**—Una incisión elíptica con el eje oblicuo hacia abajo y adentro, circunscribe, con el pezón

que ocupa su centro, un rombo de piel de extensión variable con el estado de esta piel y el volumen del tumor. Si la piel está ulcerada o amenazada (lo cual también ocurre algunas veces en los neoplasmas benignos), hay que circunscribir a buena distancia toda la zona cutánea sospechosa.

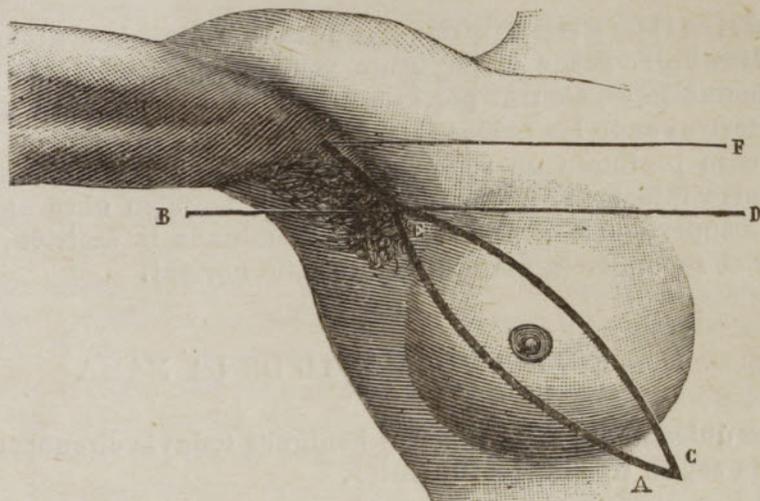


Fig. 766. — Amputación simple de la mama. Incisión mamaria

El extremo externo de la elipse puede ser prolongado por una cola en raqueta hacia la axila a fin de hacer la abertura mayor o de explorar el hueco axilar.

Los dos labios de la incisión se disecan a grandes trazos, empezando por el inferior para que no estorbe la sangre procedente del labio superior. Así se levanta la piel hasta que toda la glándula quede bien descubierta.

La glándula así libertada en su periferia, se coge con toda la mano, se levanta y luego se desprende del gran pectoral con el bisturí o con las tijeras.

Se hace cuidadosamente la hemostasia, porque los hematomas son muy frecuentes, y luego se reúnen, con o sin desagüe, los labios cutáneos de la herida.

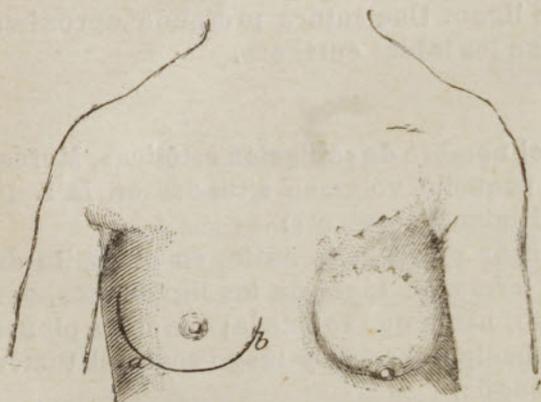


Fig. 767. — Enucleación en masa de la mama  
Incisión submamaria

**Incisión submamaria.** — Conviene para los adenofibromas difusos o para la enfermedad quística de la mama.

El manual operatorio es muy sencillo.

Se incide primero la piel sobre el surco circunmamario, si existe, en todo caso en la semicircunferencia inferior y externa del pecho (Gaillard-Thomas).

Se despega la parte correspondiente de la piel con el bisturí o con las tijeras, hasta el pezón; se divide éste transversalmente en su base; luego, mientras un ayudante atrae hacia abajo, por medio de una erina de Museux, la parte denudada de la glándula, se continúa despegando el resto de la piel que

## 2.º Enucleación en masa de la mama. Inci-

cubre la mama. Hecho esto, se toman las pinzas-erina con la mano izquierda; se coge la parte superior de la glándula, mientras el ayudante levanta el colgajo con otra erina o de otro modo y se desprende la mama de arriba abajo con las tijeras y los dedos.

Obtenida la hemostasia, se extiende el colgajo cutáneo y se le sutura exactamente al otro labio de la incisión submamaria.

Apósito compresivo.

#### IV. — ABLACIÓN TOTAL DE LA MAMA POR TUMOR MALIGNO (1)

(Operación de Halsted)

Dejando aparte todos los métodos antiguos, absolutamente insuficientes, describiremos únicamente el método llamado «americano», el único lógico y además adoptado actualmente en todas partes.

Consiste en extirpar «en bloque» y muy ampliamente, manteniéndose siempre a buena distancia del mal, todo el aparato mamario con sus dependencias: piel, grasa, glándula, músculos pectorales, tejido celular y ganglios de la axila.

He aquí, derivada de los procedimientos de Halsted, Meyer, Stiles y Cheyne, la técnica que nos parece mejor y que nosotros hemos puesto siempre en práctica con resultados excelentes.

**1.º tiempo:** Incisión de la piel. Disección de los colgajos cutáneos. — La asepsia ha sido previamente asegurada, no sólo en la región mamaria, sino en todo el tórax, el abdomen y la espalda, porque podrá ocurrir que sea necesario tomar colgajos autoplásticos en esas regiones.

Si existe una ulceración en la mama que se ha de extirpar, convendrá primero termocauterizarla y cubrirla con cuidado con una capa de adhesol o de esterisol.

Tomadas estas precauciones, cójase entonces toda la mama con la mano izquierda y levántesela para apreciar sus límites aproximados. *A dos traveses de dedo más allá de esos límites, circunscríbase la glándula por una elipse muy ancha y muy alargada, cuyo extremo interno rebasa un buen trecho la línea media esternal y el externo corra hacia la axila, a lo largo del borde inferior del pectoral mayor, para encorvarse formando gancho y descender algunos centímetros por el brazo, a nivel de su inserción humeral.*

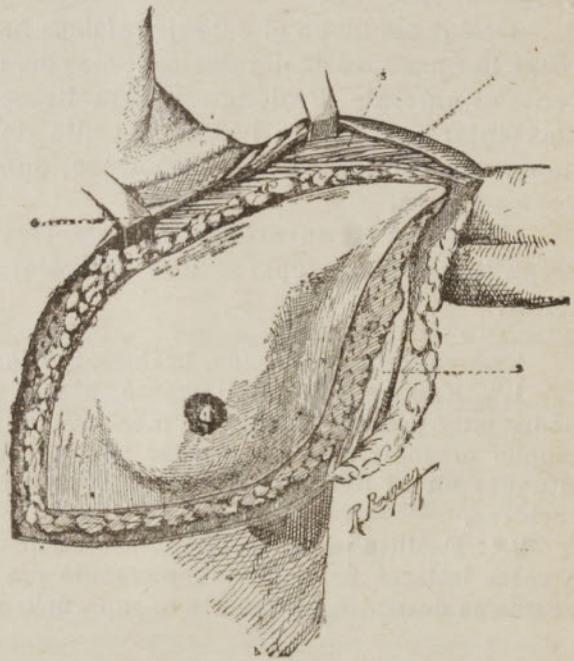


Fig. 768. — Ablación de la mama por tumor maligno. Incisión y disección de los labios cutáneos (Mériel)

(1) Consúltense Cestan, *Gaz. des hôp.* (1901), pág. 597 y 627; Oulié, tesis de Toulouse (1901); Mériel, *L'extirpation du cancer du sein* (Paris, Maloine, 1903); Collins Waren, *Annals of Surg.*, t. XII (1904), pág. 805.

Si el neoplasma ocupa, no la región del pezón, sino la periferia de la glándula, circunscríbasele siempre a buena distancia, por medio de una muesca, como recomiendan Bell y Watson-Cheyne.

Sacrifíquese así premeditadamente *toda la piel de la región mamaria*, sin dejarse nunca arredrar por el temor de no poder luego reunir la herida. Esta extensa exéresis cutánea es una de las condiciones indispensables para tratar de prevenir las recidivas locales: siguiendo a Moore y muchos otros cirujanos, nunca insistiremos demasiado en ello.

Diséquense entonces los labios de la incisión elíptica, guardando sólo la parte justamente necesaria de tejido celular para asegurar la nutrición de la piel.

Empiécese por la liberación del labio inferior, para evitar que estorbe la sangre procedente del colgajo superior si se empezase por él. Despréndase este labio inferior hasta más allá del borde axilar del músculo dorsal ancho, que se ha de poner bien al descubierto desde el tórax hasta sus inserciones en la cara interna del brazo. A este nivel, diséquese con precaución, para no herir los vasos subyacentes.

Diséquese luego el colgajo; sílese hasta más allá de la clavícula, sin interesar la aponeurosis del pectoral mayor, que hay que dejar enteramente adherente al músculo. Prolónguese esta disección: por arriba hasta más allá de la clavícula; por dentro hasta más allá de la línea media esternal; por fuera, hasta el intersticio pectorodeltoideo, donde se tendrá cuidado de respetar la vena cefálica.

Cúbranse las superficies descubiertas con compresas calientes que asegurarán la asepsia, prepararán la hemostasia y prevendrán el enfriamiento del tórax.

Esta vastísima disección, hecha a ras de la piel, presenta dos ventajas:

1.º Expone muy ampliamente toda la atmósfera grasosa perimamaria que se podrá muy pronto extirpar en masa con la glándula y los músculos. Así se correrá mucho menos riesgo de olvidar uno de esos lóbulos erráticos o suplementarios, situados en la periferia de la glándula principal y que podría ser asiento de una recidiva.

2.º Facilita muy considerablemente la reparación ulterior de la brecha, porque a veces bastará proseguir simplemente esa liberación para conseguir que la piel vecina se deslice y cubra toda la superficie cruenta.

2.º *tiempo*: Sección de los tendones pectorales y abertura de la axila. — Ya se han puesto al descubierto por abajo el borde del dorsal ancho, por arriba todo el músculo pectoral mayor hasta el intersticio pectorodeltoideo inclusive.

Pásese ligeramente el bisturí por el labio pectoral de ese intersticio a lo largo de la vena cefálica que hay que respetar con cuidado. Despréndase esta vena de abajo arriba hasta la altura del triángulo clavipectoral, donde se la volverá a coger luego para libertar su cayado terminal. Con ayuda de un separador, apártese esta vena hacia fuera con el deltoides.

Introdúzcase entonces el índice izquierdo en la parte externa del intersticio pectorodeltoideo, húndase la fascia subpectoral, cárguese el tendón del pectoral mayor sobre ese mismo índice encorvado en forma de gancho, levántese y secciónesele de un tijeretazo a ras del húmero con toda seguridad porque el índice izquierdo protege los vasos subyacentes. Cójase el tendón seccionado entre los dientes de unas pinzas de Museux y levántese el músculo hacia arriba y adentro. Pónganse así tensas sus inserciones claviculares, deslícese el

índice izquierdo por debajo, y sobre este índice que, también aquí, protege los vasos subclavios, seccionense prudentemente esas inserciones claviculares de fuera adentro para descubrir el triángulo clavicóracoaxilar.

Procédase análogamente con el músculo pectoral menor. Bajo la clavícula reconózcase con el extremo del dedo la apófisis coracoides y el tendón del pectoral menor a través de la fascia grasosa que lo envuelve. Despréndase este

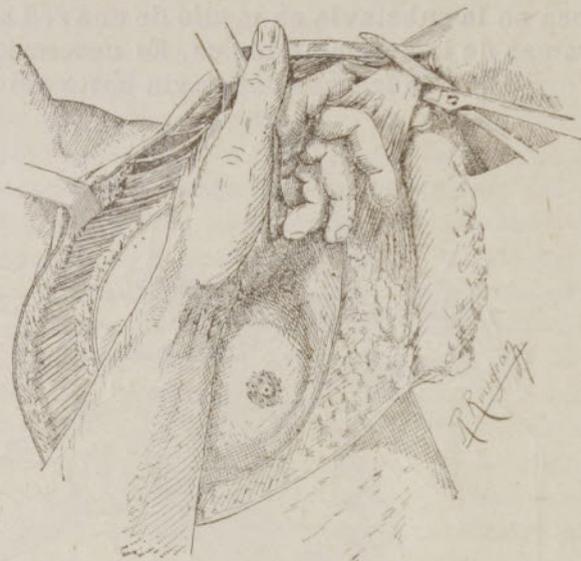


Fig. 769. — Sección sobre el dedo de los tendones de los pectorales (Mériel)

tendón, cárguesele con un gancho, seccionesele y levántesele con otras pinzas de Museux, como se hizo con el pectoral mayor.

El techo axilar queda entonces ampliamente abierto y se pasa al raspado.

3.<sup>er</sup> tiempo: Raspado de la axila. — Dirijase inmediatamente a la vena axilar como punto de referencia principal y diséquesela minuciosamente de abajo arriba en el lado derecho, de arriba abajo en el lado izquierdo desde la clavícula hasta la parte media del brazo o inversamente.

Para hacer esto, pásese ligeramente el bisturí sobre la delgada fascia que cubre el músculo coracobraquial e incíndasela. Cójase el labio posterointerno de esta fascia y despréndasela con precaución hasta que queden bien descubiertos, de fuera adentro, el plexo braquial, la arteria y luego la vena. Remóntese entonces de abajo arriba (lado derecho) o desciéndase de arriba abajo (lado izquierdo), rozando inmediatamente esta vena, ya con el bisturí, ya con las tijeras curvas. A medida que se van presentando los ramos y ramúsculos arteriovenosos, colóquese una ligadura en su segmento central, unas pinzas en su segmento periférico y córtense a alguna distancia de los gruesos troncos. Gracias a esta hemostasia preventiva muy minuciosa, pero indispensable, la disección se prosigue en blanco como en el cadáver, sin que el menor flujo sanguíneo vaya a empapar el tejido celular vecino ni enmascare los pormenores por un matiz rojizo uniforme, estorbando así al operador.

Tomemos como ejemplo el lado derecho, donde es más cómodo proceder de abajo arriba. La vena, la arteria y el plexo se descubren en el brazo. Remontando poco a poco hacia el vértice de la axila, se descubren sucesivamente, se ligan y seccionan los tres pedículos vasculares principales venidos de los vasos

axilares. Se encuentra primero el ramillete subescapular, siempre grueso, sobre todo las venas, que corre profundamente por el surco comprendido entre los músculos dorsal ancho, redondo mayor y subescapular. Viene después el grupo mamario externo que corre verticalmente a lo largo del gran serrato. Finalmente, en la parte más alta, se halla el ramillete acromiotorácico que se esparce en el triángulo clavipectoral. La disección de esta última región es particularmente delicada. Hay que aislar primero y respetar el cayado de la vena cefálica, que desemboca en la subclavia en medio de una red a veces muy apretada formada por las ramas de la acromiotorácica. Es necesario también proseguir pacientemente la disección de la vena subclavia hasta debajo de la clavícula,

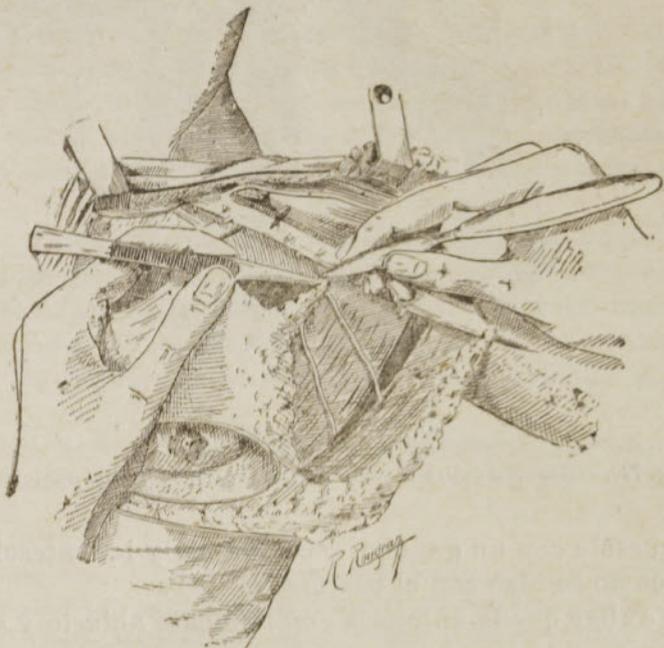


Fig. 770. — Haspado de la axila (Mérieu)

junto a la que se encuentra el músculo subclavio, que se apartará hacia arriba con un separador. Ahora bien, esta vena subclavia es enorme, está animada de movimientos de expansión isócronos con los movimientos respiratorios y sabido es que su herida intempestiva podría acarrear los más graves accidentes. El ayudante se hallará, pues, armado de una compresa gruesa, destinada a ser aplicada inmediatamente sobre la vena herida y a prevenir la «aerhemotonia».

Cada uno de los tres pedículos vasculares antes mencionados va acompañado de importantes filetes nerviosos. Hay que sacrificar sin vacilación los nervios de los músculos pectorales ya que también estos músculos son extirpados. Es preciso, por el contrario, respetar con cuidado el nervio del dorsal ancho, colocado afuera y delante de los vasos subescapulares, los nervios del redondo mayor y del subescapular, habitualmente colocados adentro y atrás de esos mismos vasos; por último, el nervio del gran serrato, que corre adelante a lo largo de la arteria mamaria externa. Pero este último, en realidad no será descubierto sino en un tiempo ulterior. La liberación y conservación de esos nervios requiere mucha atención, por la trama muy apretada que forman alrededor de ellos el entrelazamiento de los ramos arteriovenosos y el tejido celular.

Hecho esto, se aísla la vena axilar desde la base al vértice de la axila y se

aparta prudentemente protegida por un separador o por el dedo de un ayudante envuelto en una compresa.

Entonces empieza o más bien prosigue el raspado de la axila propiamente hablando.

La axila ha sido asimilada a una pirámide hueca de cuatro paredes: anterior o pectoral, externa o braquial, posterior o escapular, interna o torácica.

La pared anterior o pectoral está ya abierta por la sección y separación de los pectorales, practicadas desde el principio. La pared externa o braquial ha sido ya limpiada por la disección inmediata de la vena que se acaba de practicar. Falta despojar las paredes posterior e interna.

Para ello, con los dedos izquierdos o con las pinzas de disección, el operador vuelve a coger la hoja adipocelulosa que ya había desprendido de abajo arriba en la pared interna, a lo largo de la vena axilar. La pone tensa levantándola y así se advierte que esta hoja conjuntiva, después de haber cubierto los músculos redondo mayor y subescapular, se hunde profundamente, a lo largo de estos mismos músculos, entre el tórax y el omoplato hasta el borde espinal de este hueso, formando una especie de almohadilla prismática que rellena el seno comprendido entre el tórax cubierto por el gran serrato y el omoplato cubierto por el subescapular. Hay que extirpar completamente esta hoja celulosa y, mientras un ayudante separa fuertemente el omoplato del tronco, perseguirla hasta el fondo de ese estrecho valle muscular para ascender luego por la vertiente opuesta, es decir, por el gran serrato. A este nivel, el bisturí debe redoblar las precauciones porque encuentra el nervio del gran serrato que desciende de arriba abajo sobre las digitaciones del músculo, nervio que importa respetar a toda costa.

Franqueado este nervio, se puede completar a grandes trazos el despojo del gran serrato, es decir, de la pared interna. Así se llega a los haces de inserción de los pectorales en las costillas.

4.<sup>o</sup> tiempo: Extirpación de las inserciones costales de los pectorales. — Levantando entonces fuertemente hacia arriba y adentro la masa total formada por la glándula todavía intacta, su atmósfera grasosa, los músculos pectorales y, por último, el tejido celular de la axila, que acabamos de enseñar a quitar en masa, se pone tenso, por una parte, lo que queda de los haces claviculares del pectoral mayor, y por otra, las digitaciones esternocostales de este músculo y de su accesorio. A ras de la clavícula, el bisturí empieza por dividir los primeros con toda seguridad, hasta la articulación esternoclavicular. Corta luego progresivamente las segundas de arriba abajo y de fuera adentro, comprimiendo, a medida que aparecen y antes de cortarlas, los ramos perforantes de los vasos intercostales que de este modo son muy fáciles de descubrir y de ligar respetando la pleura subyacente.

La mama y sus dependencias ya sólo se hallan sujetas al tórax por su borde esternal. Un último corte de cuchillo lo separa a su vez ampliamente más allá de la línea media; la amputación propiamente dicha ha terminado.

He aquí sus resultados inmediatos:

Por una parte, una masa carnosa separada de una sola pieza, formada por la mama y todas sus dependencias cutáneoadipomúsculolinfáticas extirpadas en masa. En tanto que antes el operador se empeñaba en buscar en la axila los ganglios linfáticos, en aislarlos de la grasa ambiente y en extraerlos uno a uno o por grupos distintos, ahora, por el contrario, se esfuerza en no verlos ni sentirlos, en quitarlos

anegados en su atmósfera grasosa, que hay que incindir después para descubrirlos. La diferencia es capital, y bien se aprecia cuánto menos expone este modo de obrar al peligro de dejar en la axila tejidos infectados o pequeños ganglios ya invadidos, pero todavía difícilmente perceptibles.

Por otra parte, una herida ampliamente abierta, extremadamente vasta, limpia de toda aponeurosis o tejido conjuntivo, donde se ve solamente, corriendo a lo largo del brazo, el grueso haz vasculonervioso enteramente despojado y sobre los músculos correspondientes los nervios del gran serrato, del subescapular, del redondo mayor y del dorsal ancho.

5.º tiempo: Reunión de la herida. Autoplastia. — Es necesario, ante todo, dedicarse a hacer una muy minuciosa y completa hemostasia; esto nos permitirá suprimir el desagüe, y asegurará la desecación y la reunión de la herida.

También consignamos esto ya de antemano por lo que se refiere a los colgajos autoplásticos que vamos a indicar cómo se obtienen.

Para este objeto, se cogen y estiran, por medio de pinzas-erinas, los labios superior e inferior de la herida, ya suficientemente liberados desde el principio de la operación para merecer el nombre de colgajos. Mientras un ayudante aproxima el brazo al tronco, se prueba de coaptar esos colgajos; así se mide aproximadamente la cantidad de piel necesaria para cubrir la extensa herida y se aprecia la dirección general que habrá que dar a las incisiones liberatrices.

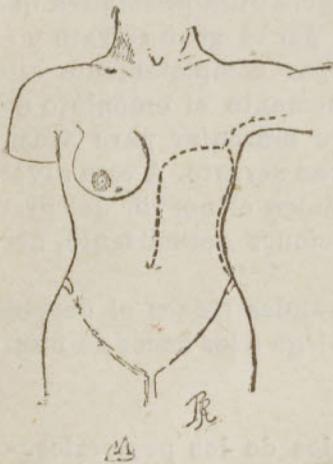


Fig. 771. — Autoplastia por colgajo tóracoabdominal (Mériel).

A menudo se podrá conseguir, por medio de un amplio desprendimiento y algunas tracciones y sin hacer más, coaptar completamente los labios cutáneos. Pero, aunque la tensión primitiva de los tejidos se atenúa a veces suficientemente gracias a su elasticidad, *nunca se debe vacilar en procurarse desde luego bastante piel para que la coaptación se haga fácilmente*. Es necesario que esta piel esté poco tensa y se pueda deprimir profundamente hacia la axila abierta. De otro modo pasará como un puente sobre el valle axilar, comprendido entre el tórax, el brazo y la clavícula, dejando debajo un espacio muerto donde se acumularán la sangre y el aire, preparando una infección a breve plazo.

Se necesita, pues, mucha piel. Como los injertos de Thiersch, ensalzados por Halsted, dan cicatrices frágiles, habrá que recurrir a la autoplastia inmediata.

En un artículo reciente, Morestin parece preferir los desprendimientos simples a los colgajos, porque éstos son menos vivaces y más propensos al esfacelo de sus bordes. Es verdad que los desprendimientos pueden bastar lo más a menudo, con la condición de extenderse muy lejos y en todos sentidos. Con los dedos ayudados de las tijeras, marchando por la capa grasosa subcutánea, no vacilamos en despegar casi brutalmente los labios de la herida hasta la axila opuesta y hasta el ombligo.

En los casos raros en que no bastan, hay que recurrir a las incisiones liberatrices que nosotros empleamos con frecuencia. Pero a la inversa de los labios de la incisión primera, que habrán sido disecados a ras de la piel para no llevar tejido celular sospechoso a las cercanías del neoplasma, estos colgajos auto-

plásticos deberán ser cortados gruesos y bien forrados de grasa para ser vivaces.

Su dirección y su configuración variará con la de la herida.

Cuando el eje mayor de ésta, a pesar de su oblicuidad ordinaria, se aproxime más a la vertical que a la horizontal, se tomará el colgajo de la mama sana opuesta. En este caso, según el modo de Legueu, dos incisiones transversales paralelas, conducidas hacia el lado opuesto del tórax, una por arriba, otra por abajo de la mama conservada, permitirán desprender ésta y acercarla a la herida que se ha de cubrir. Análogamente, dos incisiones semejantes conducidas hacia la espalda, por el lado enfermo, permitirán liberar la piel de la región lateral del tronco y llevarla al encuentro de la mama sana.

Más a menudo, el eje mayor de la herida se aproxima más a la horizontal que a la vertical. Entonces se tomará el colgajo del abdomen. Una larga incisión vertical media, ayudada, si es necesario, por otra trazada a lo largo del flanco, descenderá hasta el ombligo y hasta el hipogastrio mismo si conviene, y se recogerá toda la piel correspondiente para elevarla hasta el contacto del colgajo superior. Por lo demás, se podrá también levantar este último hacia el cuello, tomando la piel de esta región, como ha hecho Morestin en la observación citada anteriormente.

Cualquiera que sea la extensión de la herida que se ha de cubrir, con el auxilio de incisiones liberatrices suficientes y de una vigorosa tracción sobre las regiones vecinas para aumentar el deslizamiento, se conseguirá rellenar sin tensión demasiado considerable las pérdidas de substancia más extensas. Insisto particularmente en la utilidad de esas tracciones, de esa verdadera malaxación de los tegumentos del abdomen, del tronco o del cuello, porque facilitan singularmente la coaptación de los labios cutáneos.

Ésta debe asegurarse por medio de muy numerosos puntos de sutura o de corchetes de Michel multiplicados hasta obtener perfecta confrontación.

6.º tiempo: Desagüe. Cura. Cuidados consecutivos. — El desagüe no es siempre indispensable. No obstante, se puede, si se teme la formación de un hematoma, colocar en la axila un tubo que se hace salir en el punto declive por una pequeña incisión suplementaria y que se quita al cabo de cuarenta y ocho horas.

Se colocará un apósito ancho, absorbente, compresivo, con almohadilla axilar para mantener el contacto de las paredes a ese nivel. Se sostendrá, no por medio de vendas, siempre incómodas, sino mediante un vendaje de cuerpo provisto de buenos tirantes y que coja el brazo y el antebrazo correspondientes.

Al cabo de cuarenta y ocho horas se deshace la cura, se quita el tubo de desagüe, si se ha creído deber desaguar. Se cambian las piezas del apósito y se vuelve a poner el vendaje de cuerpo, dejando el brazo. Se quitan los puntos del décimo al duodécimo día.

## CAPÍTULO VIII

### OPERACIONES EN LA BOCA, LAS GLÁNDULAS SALIVALES. LA FARINGE Y EL ESÓFAGO

#### Asepsia y antisepsia preoperatorias de las vías digestivas superiores

1.º Antisepsia de la boca. — La boca es muy difícil de poner en estado de limpieza quirúrgica, sobre todo cuando es asiento de una afección ulcerada o supurante. Los medios a que se recurre son unos mecánicos y otros químicos. Primero se hacen extraer los raigones que puedan existir, orificar los dientes cariados, rascar los que están cubiertos de sarro, limpiar los que llevan residuos alimenticios en sus intersticios y en su cuello; se recomienda el uso frecuente del cepillo, de los polvos dentífricos, el enjuague regular de la boca y los gargarismos repetidos con agua esterilizada, mejor caliente; tales son, en conjunto, las prescripciones relativas a la antisepsia mecánica. Después de haber planteado, salvo indicación contraria, el régimen absoluto de leche esterilizada, se ordenan colutorios, baños de boca, gargarismos con disoluciones microbicidas y desodorantes; entre ellas, las que prácticamente convienen mejor son: el clorato potásico al 25 por 100, el ácido bórico al 4 por 100, el ácido salicílico al 3 por 1000, el cloral al 1 por 100, el timol, el mentol, el permanganato potásico al  $\frac{1}{2}$  o 1 por 1000 y sobre todo el agua oxigenada mezclada con un tercio de agua hervida. De estos cuidados, todos los que son renovables, se repiten cada día, y si es necesario varias veces al día, durante la semana que precede a la intervención quirúrgica. La víspera y el día mismo de la operación, el cirujano, o un ayudante de confianza, riega abundantemente la cavidad bucofaringea, y a veces también, cuando conviene, las fosas nasales y la rinofaringe, con una u otra de las disoluciones antisépticas que hemos señalado.

Si la boca presenta fistulas, no basta limitarse a las irrigaciones de la cavidad, sino que se inyecta en las fistulas mismas una disolución de cloruro de cinc o de algún otro antiséptico enérgico. Asimismo se tocan con el cloruro, el termocauterio, etc., las superficies ulceradas y fungosas.

2.º Antisepsia de la faringe y del esófago. — En la práctica, las operaciones de antisepsia rara vez se limitan a la faringe, aun cuando la lesión que se ha de curar sólo ocupe este órgano; casi siempre se añade la desinfección de la boca o la de las fosas nasales o la de la boca y de dichas fosas. En todo caso, la antisepsia especial de la faringe se practica ya directamente, previa cocainización de la úvula, de las amígdalas y de la faringe bucal, por medio de torundas montadas, o ya mediante gargarismos, ya por irrigaciones o pulverizaciones, y las disoluciones empleadas son las mismas que las indicadas anteriormente para la antisepsia de la boca. Para los gargarismos, el paciente coloca preferentemente la cabeza echada hacia atrás; para las irrigaciones y las pulverizaciones, la mejor posición es también la extensión de la cabeza, pero completamente declive a la manera de Rose.

La asepsia y la antisepsia del esófago apenas se practican todavía y, sin embargo, su aplicación no es menos lógica ni muy probablemente menos útil o necesaria que en la uretra, por ejemplo. La inflamación, es decir, la infección, desempeña un papel idéntico alrededor de los cuerpos extraños, en las bolsas diverticulares, en las estrecheces cicatriciales o neoplásicas. Cabe, pues, presumir que será igualmente ventajoso, antes de operar en el esófago, limpiar este conducto por medio de la inyección y la extracción a menudo repetidas de líquidos antisépticos que no sean tóxicos ni cáusticos, lavarlo abundantemente por medio de sondas multi-perforadas en su trayecto esofágico propiamente dicho o bien por medio de sondas de doble corriente análogas al doble tubo gástrico de Audhouy; según los casos, la sonda atravesará toda la extensión del esófago o bien su extremo se detendrá encima del mismo obstáculo que contiene (cuerpo extraño, estrechez) o en el fondo del divertículo.

## I

## Boca

## I. — LABIO LEPORINO

El labio leporino, desde el punto de vista operatorio, presenta dos grandes variedades: 1.º es *único* o *doble*; 2.º es *puramente labial*, *labioalveolar* o *labio-palatino*, según que la fisura queda limitada al labio (simple muesca, la mitad o toda la altura), o se extiende más o menos por el arco dentario hacia el agujero palatino anterior, o comprende también la bóveda palatina y hasta el velo del paladar (boca de lobo). A cada uno de estos grupos corresponden consideraciones prácticas y maniobras operatorias particulares.

¿A qué edad se debe operar el labio leporino? Cuestión es esta que ha sido siempre muy controvertida. La respuesta, en nuestra opinión, depende del estado de salud, de la variedad del labio leporino y del período de lactancia. Si se trata de un labio leporino simplemente labial, pero que ocupa toda o casi toda la altura del labio, en un niño sano, antes de la época de la dentición (sexto o séptimo mes), se debe operar lo más pronto posible. Si la fisura es labioalveolar, como el despegamiento previo de los segmentos labiales puede acarrear una pérdida de sangre más o menos importante, es necesario alejarse del nacimiento lo más posible, pero se puede operar también antes de la dentición, si el niño es robusto y está bien nutrido, o esperar al segundo año. Finalmente, cuando la fisura es labiopalatina, hay que limitarse a reparar el labio en las mismas condiciones que en la variedad precedente, y se debe aplazar la restauración palatina hasta los cuatro años o, según Trélat, hasta los seis o siete.

## § 1. — LABIO LEPORINO ÚNICO LABIAL

Se anestesia al niño con cloroformo y se le coloca en decúbito supino sujetándole los brazos y piernas con una sábana o trapo con que se le envuelve; un ayudante situado detrás de él mantiene la cabeza recta, comprimiendo al mismo tiempo las arterias faciales con los índices extendidos sobre los lados de la mandíbula inferior o bien comprimiendo las coronarias pellizcando cada comisura entre el pulgar y el índice. Se puede también practicar la hemostasia

preventiva cerca de las comisuras por medio de dos pinzas cuyas ramas han sido cubiertas de caucho. La hemostasia a distancia, sin embargo, no es indispensable.

**1.º Liberación del labio.** — Este tiempo, esencial, puede ser practicado ventajosamente con la hoja fina del termocauterío. Se levanta el labio y se seccionan los frenos mucosos que embridan su cara posterior, rasando el hueso y ascendiendo muy arriba hasta cerca del reborde orbitario, para que el labio y la ventana de la nariz queden absolutamente libres.

**2.º Refrescamiento y sutura.** — Se pueden llevar a cabo siguiendo dos procedimientos:

*a.* Procedimiento de Mirault (de Angers) a colgajo interno. — Después de poner tenso por medio de unas pequeñas pinzas de garfios el borde interno de la fisura, hínquese francamente el bisturí a 1 milímetro más arriba de su ángulo superior, atravesando todo el espesor del labio; luego, incíndase éste de arriba abajo y de dentro afuera, hasta unos 3 milímetros del limbo cutáneo que corresponde al ángulo inferior e interno de la fisura (fig. 772). De un golpe de tijeras o de bisturí despréndase oblicuamente de dentro afuera el vértice del pequeño colgajo triangular, cutáneomucoso, así formado. Comprímase y líguese, si da sangre, la arteria coronaria.



Fig. 772. — Procedimiento de Mirault

ab, colgajo; cde, refrescamiento

Refrésquese el borde externo de la fisura en toda su longitud y en todo su espesor, de modo que quede exactamente reseca el reborde mucoso, según la práctica primitiva; o mejor, a ejemplo de Lannelongue, hágase simplemente un refrescamiento superficial, casi epidérmico, por medio de tijeras de estrabismo. En todo caso, sea resección o abrasión, el refrescamiento debe llegar más allá del ángulo inferior y externo de la fisura. Líguese también, si es preciso, la arteria coronaria, si se ha preferido la resección marginal ordinaria.

Cada uno de los labios de la fisura comprende así una parte vertical y una parte horizontal, que han de ser dos a dos de igual longitud. Previa aproximación, se yuxtapondrán las ramas verticales, en tanto que se superpondrán las horizontales (Delagénière).

Cuando las superficies cruentas han cesado de sangrar y después de limpiar cuidadosamente la boca y la garganta por medio de pequeñas torundas montadas en pinzas o en tallos *ad hoc*, aproxímense los bordes de la fisura de tal suerte, que el ángulo externo encaje exactamente en el ángulo entrante formado encima de la base del colgajo, mientras se tiende este último con unas pinzas dentadas. Reúnanse entonces los dos ángulos por medio de un punto de crin o de plata. Este punto es esencial, porque asegura a la vez la buena adaptación de los colgajos y también la hemostasia de las coronarias. Luego váyanse colocando hacia arriba otros dos o tres puntos análogos (fig. 773); estos puntos deben entrar y salir a unos 4 milímetros de los bordes cutáneos, pasando profundamente por el tejido celular submucoso sin atravesar la mucosa: la sutura es así muy ancha y realmente hemostática.

Finalmente, reúnanse el pequeño colgajo en forma de reborde debajo del ángulo del antiguo borde externo de la hendedura labial, después de haber recortado, en caso necesario, la extremidad superflua.

Tal es el «verdadero» procedimiento de Mirault (de Angers), con *colgajo interno y refrescamiento externo*, tal como la tradición lo ha conservado en la escuela de medicina de Angers, tal como Demons, Verrier, Méleux (de Angers) y recientemente Enrique Delagénère (1) lo han descrito y practicado.

Pero no es este el «falso» procedimiento de Mirault, descrito en todos nuestros clásicos, con colgajo externo y refrescamiento interno, es decir, procedimiento de Mirault al revés.

La técnica auténtica de Mirault tiene la ventaja de restaurar el lóbulo



Fig. 773. — Procedimiento de Mirault  
Sutura

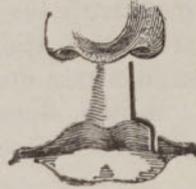


Fig. 774. — Procedimiento de Méleux  
Refrescamiento en forma de muesca

medio, sacrificado en el «falso» procedimiento (Delagénère), y de restituir a la ventana de la nariz una forma mejor, elevando el labio externo (Jalaguier).

Méleux (de Angers), para obtener una confrontación más regular del colgajo interno, amputa en redondo su punta y corta una muesca debajo del borde horizontal del labio externo (fig. 774). Esta modificación es útil sobre todo cuando los dos labios de la fisura son de desigual espesor.

b. Procedimiento de Clémot-Malgaigne a dos colgajos (2). — «Procédase al refrescamiento de arriba abajo, con el bisturí, siguiendo primero exacta-

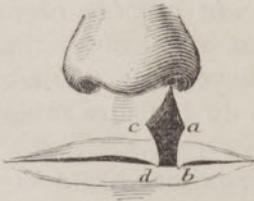


Fig. 775. — Procedimiento de Clémot-Malgaigne  
(refrescamiento)

ab, colgajo externo; cd, colgajo interno

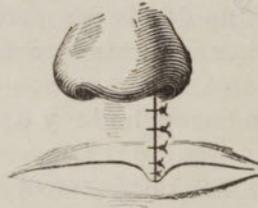


Fig. 776. — Procedimiento de Clémot-Malgaigne  
(sutura)

mente los rebordes del labio leporino; después, al llegar al ángulo redondeado en que terminan, siguiendo la dirección de este ángulo, de modo que la incisión represente una curva y vaya a parar a 2 o 3 milímetros del borde natural del labio, en el sitio en que este borde recobra la dirección horizontal que le es propia. Estos dos colgajos (fig. 775) poseen un pedículo delgado que permite invertirlos fácilmente de arriba abajo, de manera que se miren por su cara cruenta.

Cójanse las puntas de los dos colgajos y tírense fuertemente hacia abajo con ayuda de unas pinzas finas o de un hilo suspensor, para adosar bien las superficies refrescadas.

»Colóquese el primer punto en la parte baja del labio, con el fin de afron-

(1) E. Delagénère, *Arch. prov. de chir.*, Diciembre de 1913, n.º 22.

(2) Malgaigne y Le Fort, *Man. de méd. opér.*, II, pág. 194 (1889).

tar desde luego los ángulos entrantes que resultan de la inversión de los colgajos; luego colóquense uno o dos por arriba del primero. Reunido ya el cuerpo del labio, sólo falta dar a su borde libre la forma conveniente.

»Para conseguirlo, cóptese el pedículo de los dos colgajos. Recórtese con las tijeras su longitud excedente, pero sólo lo preciso para que no resulte muesca secundaria, y reúnanseles mediante un punto de sutura (fig. 776).»

**3.º Cura.** — Cúbrase la pequeña herida con aristol o dermatol; aplíquense por encima dos o tres hojas de gasa simple colodionadas, bastante estrechas para no obstruir las ventanas nasales ni caer delante de la boca, bastante largas para tomar apoyo en las dos mejillas y para aproximarlas lo más posible; manténgase esta cura con una pequeña fronda de tarlatana.

Se puede también simplificar ventajosamente la cura no aplicando más que la pasta adhesiva de Socin (1) o la de Braquehaye (2).

**4.º Cuidados consecutivos.** — Si el niño se cría al pecho, se le alimentará durante cuatro o cinco días con la cuchara o el biberón, o dejando caer directamente la leche del pecho a la boca. Se quitan dos puntos de en medio del labio el sexto día; los otros, dos días más tarde. Para que el niño no pueda comprometer el resultado con sus manos, acostumbramos hacer inmovilizar los brazos en los pañales o fijar las mangas a distancia con alfileres imperdibles.

## § 2. — LABIO LEPORINO ÚNICO, LABIOALVEOLAR O LABIOPALATINO

En esta variedad, si la fisura ósea es estrecha y si el maxilar que le corresponde está a nivel, o poco menos, del arco dentario del otro lado, se recurre también a uno de los dos procedimientos anteriores *sin adición alguna*. Pero de ordinario ocurre de otro modo: la mayoría de las veces el maxilar correspondiente está más o menos atrofiado y retraído, la ventana de la nariz del mismo lado ensanchada y aplanada y la separación de la fisura labial es considerable.

Para poder restaurar el labio, es decir, para aproximar hasta el contacto *sin tensión peligrosa* los bordes de la fisura, es preciso entonces despegarlos y movilizarlos previamente en bastante extensión, *sobre todo el borde externo con el ala de la nariz* fuertemente adherente a la masa del maxilar; todos los cirujanos, desde Dupuytren, han insistido en este importante punto de práctica.

En los casos extremos, cuando el despegamiento es todavía insuficiente para permitir que el borde externo suba fácilmente por delante del *promonto-*

### (1) Fórmula de la pasta de Socin:

Cloruro de cinc . . . . .	5
Óxido de cinc . . . . .	50
Agua destilada. . . . .	50

### (2) Fórmula de la pasta de Braquehaye:

Glicerina . . . . .	20
Gelatina . . . . .	30
Agua. . . . .	40
Óxido de cinc . . . . .	10

Líquidese al baño de maría.

rio formado por el otro lado del maxilar (fig. 777), se rechaza y deprime este último mediante otra operación preliminar, que se debe a S. Duplay y que Lannelongue nos dice haber empleado también varias veces.

**1.º Despegamiento previo de los bordes de la fisura y sobre todo del ala de la nariz.** — Constituye el primer tiempo de la operación. Se ejecuta preferentemente con el termocauterio; la pérdida de sangre que acarrea queda reducida al mínimo.

Empiécese por seccionar el frenillo mucoso que une el borde externo al arco, y luego despréndase la parte correspondiente del subtabique de la nariz.

Despréndase luego el frenillo mucoso del otro borde, así como el ala de la nariz, y extiéndase el despegamiento lo más lejos posible hacia fuera, siempre rasando el hueso.

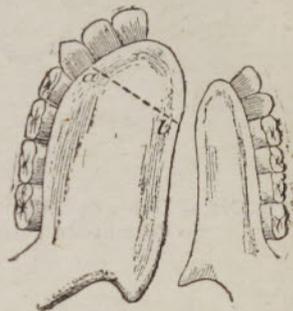


Fig. 777. — Fisura labiopalatina con atrofia y retracción del maxilar correspondiente.

ab, sección lineal del otro maxilar, según el procedimiento de Duplay para reducir el promontorio.

**2.º Refrescamiento y sutura.** — Hecho esto y asegurada la hemostasia, refrésquense los bordes de la fisura y afróntense como se ha dicho.

Si se encuentra todavía un poco de tensión en el cuerpo del labio, aplicamos en medio un punto de sostén; si la ventana de la nariz está muy separada, por precaución y a ejemplo de Philipps, pasamos por su base, profundamente, un hilo metálico, que se sujeta con tubos de Galli o pasándolo por dos pequeños rollos de gasa.

Berger (1) no se contenta con despegar el ala de la nariz, cuando la ventana es aplanada; la separa enteramente de la mejilla y del labio y sutura su vértice con el subtabique refrescado. De ello resulta una restauración perfecta de la ventana nasal. Kirmisson se propone el mismo resultado empleando un procedimiento diferente.

**3.º Aplastamiento del promontorio por fractura** (Procedimiento de Duplay) (2). — Después de haber refrescado los bordes de la fisura ósea y desprendido las partes blandas de los huesos subyacentes, incídase la mucosa mediante un trazo vertical sobre la parte anterior del arco, aproximadamente en el punto de unión del maxilar con el hueso incisivo saliente que de él depende; llévase un escoplo a la herida y húndasele en el arco con el martillo; con algunos golpes se obtiene por estallido una fractura regular del promontorio (fig. 777).

Comprímase hacia atrás el fragmento así obtenido y reúnase su borde interno al borde externo de la fisura alveolar mediante dos puntos de sutura ósea. Pasado cierto tiempo contrae adherencias sólidas por todos lados.

### § 3. — LABIO LEPORINO DOBLE LABIAL

Se pueden presentar tres casos de fisura completa: el lóbulo medio, o *tubérculo labial*, intermedio a las dos fisuras, está muy desarrollado, o bien

(1) Berger, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, pág. 238 (1896); *Ibidem*, pág. 448 (1902).

(2) S. Duplay, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, pág. 573 (1873); *Traité de path. ext. de Follin y Duplay*, pág. 652, 1V (1875).

está atrofiado, o bien falta o poco menos. En el primer caso se practica el procedimiento de Clémot-Malgaigne (fig. 778) en una y otra parte y en la misma sesión.

En el segundo caso, se recurre al «falso» procedimiento de Mirault con

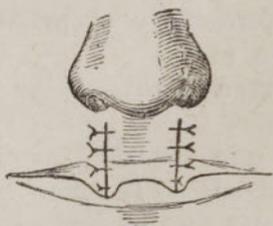


Fig. 778.—Doble aplicación del procedimiento de Clémot-Malgaigne (sutura)

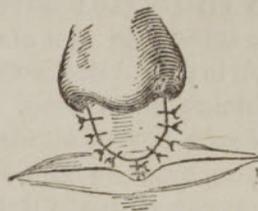


Fig. 779.—Doble aplicación del falso procedimiento de Mirault

Con simple abrasión del lóbulo medio (sutura)

colgajo externo: con cada uno de estos colgajos cortado más o menos ancho según el grado de atrofia, se guarnece por abajo el lóbulo medio. Vale más operar, si es posible, en una sola sesión, y limitarse a la abrasión casi epidérmica del lóbulo, recomendada por Lannelongue (fig. 779).

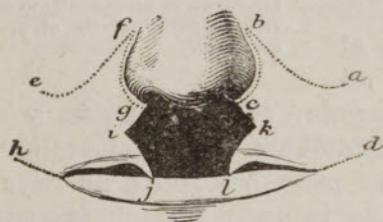


Fig. 780.—Procedimiento de Chalot

*a b c d*, gran colgajo lateral izquierdo; *e f* gran colgajo lateral derecho; *g h*, gran colgajo lateral derecho; *i j*, pequeño colgajo lateral derecho; *k l*, pequeño colgajo lateral izquierdo.

En el último caso, forzoso será ejecutar una verdadera queiloplastia, movilizándose dos largos colgajos laterales, tomados de las mejillas y reuniéndolos en la línea media, no sin haber previamente cortado dos pequeños colgajos sobre los bordes libres de la fisura «a la manera de Clémot-Malgaigne», para prevenir la escotadura o muesca del futuro borde libre del labio (fig. 780).

Así se pueden movilizar completamente las ventanas de la nariz, unir su punta externa con lo que resta del lóbulo previamente refrescado y restaurarlas provistas de este modo de un contorno circular (Berger).

#### § 4. — LABIO LEPORINO DOBLE LABIOALVEOLAR O LABIOPALATINO

Cuando se trata de una fisura doble prolongada sin prominencia del hueso intermaxilar (llamado también *tubérculo óseo o incisivo*) se restaura el labio por uno de los procedimientos que acabamos de indicar, añadiendo, si es necesario, el ancho despegamiento de las alas de la nariz y de los bordes externos de la fisura.

Cuando el tubérculo óseo constituye, por el contrario, una prominencia más o menos considerable (fig. 781), la restauración directa del labio es imposible; es absolutamente preciso, previamente, suprimir el tubérculo (procedimiento de Franco) o ponerlo en línea entre los arcos de los maxilares, ya por reducción forzada (procedimiento de Gensoul), ya por sección del tabique pedicular (procedimiento de Blandin). En todo caso, nunca se debe sacrificar el lóbulo labial, por pequeño que sea, ni aun cuando se halle inserto en la punta

de la nariz; se puede intentar, a ejemplo de Dupuytren, desprendiéndolo del plano óseo, hacerlo servir al menos para la restauración del subtabique de la nariz, ya que no para la del labio.

**1.º Supresión previa del tubérculo óseo (Franco).** — Se practica hoy con unas pinzas de Liston o unas pinzas-gubia, después de haber legrado lo más hacia atrás posible las caras del tubérculo, que se tiene sujeto entretanto por medio de un gatillo. Una incisión circular, sobre el borde alveolar, sirve de cebo a la legra.

El procedimiento de Franco se halla en boga entre la mayoría de los cirujanos ingleses y americanos, porque consideran al tubérculo simplemente deprimido como molesto e inútil a causa de la movilidad y de la desviación ulterior de los incisivos; es preferible una dentadura artificial bien hecha. En la Europa continental se reserva generalmente para los casos de prominencia extrema.



Fig. 781 — Labio leporino doble labioalveolar  
a tubérculo óseo b. lóbulu o tubérculo labial

**2.º Depresión previa del tubérculo óseo (Gensoul-Blandin).** — Es el procedimiento de elección. He aquí su técnica actual: hágase una incisión de unos 2 centímetros (fig 782, a b) a nivel del pedículo, sobre el borde inferior del tabique. Por esta incisión, pásese

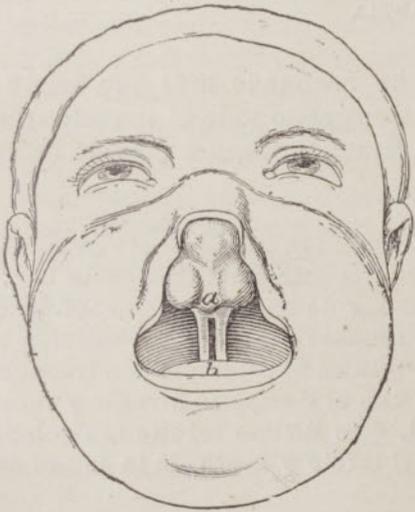


Fig. 782. — Incisión media (a b) del tabique pedicular para preparar su resección triangular.

(Tomado de uno de nuestros operados)



Fig. 783. — Resultado lejano de la operación hecha por una doble fisura labiopalatina con prominencia del hueso intermaxilar en el niño representado en la figura 781.

hacia la derecha y luego hacia la izquierda una pequeña legra plana, y despéguese, hasta lo más arriba posible, la membrana fibromucosa. Hemostasia por compresión.

Secciónese verticalmente con tijeras el pedículo (E. Rose), o quítese del mismo un triángulo de base inferior (Mirault, A. Guerin, Bardelöben, Delore).

Comprimase el tubérculo hacia atrás, para terminar, si es necesario, por fractura en la parte alta, la diéresis del pedículo.

Si el tubérculo penetra muy ajustadamente entre los dos maxilares, refrésquense los dos bordes laterales, así como las caras correspondientes de los maxilares, y reúnaseles por sutura ósea (Debrou, P. Broca). Si es demasiado ancho, rebájese convenientemente por ambos lados. Finalmente, si la hendedura intermaxilar es demasiado grande, refrésquese y únase un lado solamente.

La restauración del labio se hace en la misma sesión o en otra ulterior, según la pérdida de sangre y el lapso de tiempo ocasionados por la depresión preliminar del tubérculo óseo. Se ejecuta en todo caso exactamente como en los casos de fisura doble labial y completa (fig. 783).

## II. — QUEILOPLASTIA. MELOPLASTIA

El cáncer es la indicación más frecuente de esta operación. Según la magnitud del neoplasma, después de haberlo extirpado, se aproximan *directamente*, por la sutura, las superficies cruentas, o bien se está obligado, para obtener la coaptación o para rellenar la pérdida de substancia, a movillizar los tegumentos adyacentes mediante incisiones y disecciones apropiadas. Sólo en el segundo caso hay verdadera autoplastia. Sin embargo, como sería inconveniente, desde el punto de vista práctico, dividir este asunto, seguiremos el ejemplo de los clásicos, describiendo los procedimientos de la exéresis simple en el mismo artículo que los de queiloplastia propiamente dicha.

### § 1. — QUEILOPLASTIA

Hasta ahora la queiloplastia apenas se ha realizado más que según los métodos francés e indio. P. Berger (1), ha demostrado todo el partido que se puede sacar, sobre todo en las destrucciones cicatriciales, del método italiano solo o asociado a los métodos precedentes.

A. Exéresis simple. — Todos los prácticos saben cuán grande es la extensibilidad de los labios y con qué facilidad se consigue cerrar primitivamente brechas muy anchas; esto es cierto sobre todo en las personas de alguna edad, enflaquecidas, cuyos arcos dentarios se hallan desiertos y atrofiados. La abertura bucal, a consecuencia de estas síntesis más o menos forzadas, resulta al principio con frecuencia muy estrechada de un modo desagradable; pero con el tiempo se arregla y retorna más o menos a su forma primitiva. En general, este último resultado se observa siempre que la exéresis no se haya llevado más del tercio y hasta de la mitad de la anchura de un labio.

1.º **Procedimiento de Richerand.** — Trátase, verbigracia, de un epiteloma de una forma cualquiera que no exceda o exceda muy poco del limbo cutáneo de un labio. Cójase la parte afecta entre los dientes de unas pinzas. Traspásese el labio por abajo de la lesión con un bisturí de lámina muy estrecha o un cuchillo de Graefe; divídase el labio de un lado, luego del otro, pero *manteniéndose siempre a 1 centímetro por lo menos de la periferia del neoplasma*, como se hace en todas las exéresis análogas (fig. 784). La escisión se puede también hacer con un par de tijeras fuertes curvas. Tuérganse o sim-

(1) P. Berger, *Congr. fr. de chir.*, pág. 437 (1894).

plemente comprímase durante dos o tres minutos las boquillas abiertas de la arteria coronaria. Luego, reconstitúyase el borde libre del labio, afrontando exactamente el corte cutáneo con el corte mucoso por medio de algunos puntos.

La escotadura resultante acaba por nivelarse o poco menos.

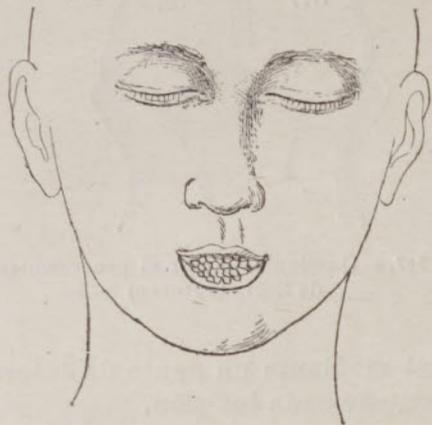


Fig. 784. — Queiloplastia por el procedimiento de Richerand

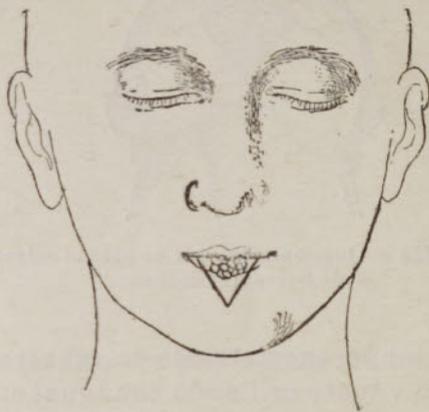


Fig. 785. — Queiloplastia por el procedimiento de Celso

**2.º Procedimiento de Celso.**—Sea, por ejemplo, una lesión neoplásmica que ocupe el tercio del labio inferior.

Mientras un ayudante colocado detrás de la cabeza del enfermo comprime las dos faciales delante de los maseteros contra el maxilar, o después de haber colocado unas pinzas de presión cerca de cada comisura, deslícese una hoja de fuertes tijeras puntiagudas rectas, por un lado de la lesión detrás del labio, hasta el surco gíngivolabial, y aun más abajo si es necesario, y en un sentido oblicuo, colóquese la otra hoja sobre la cara cutánea, divídase con presteza de un vigoroso golpe toda la altura del labio, evitando el retroceso de las hojas. Hágase una sección análoga en el otro lado, de suerte que la pérdida de substancia tenga la forma de una V de base superior (fig. 785). Acábese, en caso de necesidad, de libertar el trozo dividiendo la parte mucosa de su punta.

Taérganse, comprímase o liguense con catgut las boquillas de las arterias coronarias. Reúnanse las dos superficies de sección labial mediante una serie de puntos entrecortados con seda fina o crin de Florencia, empezando por el borde libre mucoso del labio y comprendiendo en cada punto los tres cuartos de su espesor, *sin incluir la mucosa*.

*B.* Exéresis con queiloplastia inmediata. **1.º Procedimiento de Serre** (de Montpellier), atribuído erróneamente a Malgaigne. — Cuando la lesión interesa una gran anchura del labio inferior y excede por abajo del surco mentolabial, hágase la escisión en forma de V como en el procedimiento de Celso, pero prolongando la punta hasta el borde inferior del mentón. Hágase la hemostasia de la arteria coronaria inferior cortada. Secciónense transversalmente las dos comisuras labiales en una extensión variable; hágase la hemostasia a derecha e izquierda de la arteria coronaria superior cortada (fig. 786). Afróntense las dos ramas de la V y reúnaselas por la sutura; si esta coaptación no es todavía perfectamente posible, movíllicense los dos segmentos que for-

man la V seccionando el repliegue mucoso gingivolabial y los tejidos subyacentes (fig. 787).

Fórmese una nueva comisura en el ángulo de cada incisión transversal



Fig. 786. — Queiloplastia por el procedimiento de Serre (incisiones)

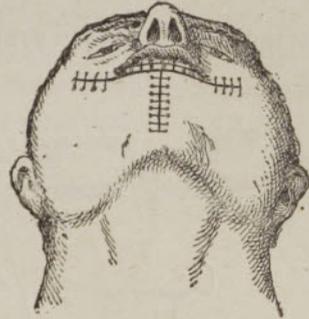


Fig. 787. — Queiloplastia por el procedimiento de Serre (suturas)

coaptando exactamente la mucosa con la piel mediante un punto de sutura; luego váyase orillando con igual cuidado el resto de cada incisión.

**2.º Procedimiento de Jaesche-Heurtaux.** — Cuando la V creada por las necesidades de la exéresis es más considerable y se prevea o se

encuentre que las incisiones de Serre son insuficientes, hágase a derecha e izquierda una larga incisión curva que vaya de la comisura al ángulo correspondiente de la mandíbula (fig. 788). Hágase la hemostasia de cada coronaria superior y cada facial. Movilícense el uno hacia el otro los dos colgajos laterales y reúnanse por la sutura sus bordes internos. Fórmese las comisuras labiales y suturese el resto de las incisiones de relajación.



Fig. 788. — Queiloplastia por el procedimiento de Jaesche

Este procedimiento permite reparar fácilmente las más anchas pérdidas de substancia, al mismo tiempo que suministra un labio inferior normalmente forrado de mucosa.

Heurtaux (de Nantes) (1) ha hecho resaltar asimismo las ventajas de la refección labial a expensas de la mejilla utilizada en todo su espesor; talla el colgajo geniano casi como Jaesche, pero sólo opera en un lado, desbridando simplemente si es necesario, la otra comisura: hemos comprobado varias veces por nosotros mismos que un solo colgajo geniano puede bastar para reparar grandes exéresis.

**3.º Procedimiento de Syme-Buchanan.** — Quítese en forma de V (fig. 789, A, B, C) la parte afecta, de manera que la punta llegue al surco mentolabial poco más o menos: hágase la hemostasia de la coronaria inferior cortada. Prolónguese cada rama de la V hacia el lado opuesto del mentón en una longitud de 2 a 2 ½ centímetros; luego continúese la incisión en la longitud de otros 2 ½ a 3 centímetros, siguiendo el borde anteroinferior

(1) A. Heurtaux, *Arch. prov. de chir.*, II, pág. 747 (1893).

de la mandíbula (fig. 789, BD, BE); hágase la hemostasia de algunos ramos mentonianos. Diséquese y levántese cada colgajo lateral, completando la hemostasia. Únanse los colgajos por sus bordes anteroinferiores y fijese su ángulo inferior de unión sobre el pequeño promontorio mentoniano con ayuda de algu-

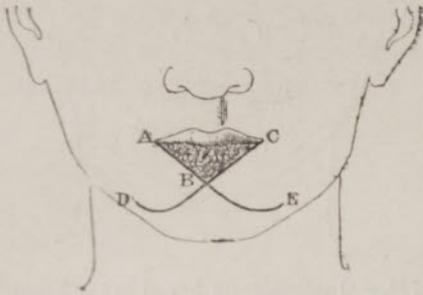


Fig. 789. — Queiloplastia por el procedimiento de Syme-Buchanan (incisiones)

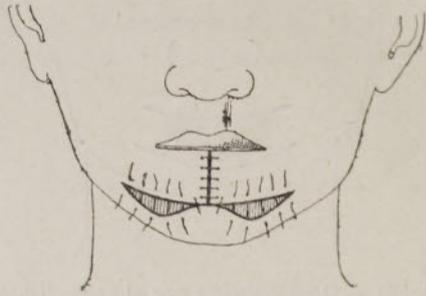


Fig. 790. — Queiloplastia por el procedimiento de Syme-Buchanan (suturas)

nos otros puntos (fig. 790). Por último, únase, siempre piel contra mucosa, el borde superior de los colgajos laterales.

Se abandonan a sí mismas, o mejor, se cierran en seguida por la sutura las pequeñas brechas semilunares que quedan a cada lado del mentón.

**4.º Procedimiento de Langenbeck-Volkman** (1), descrito por Busch (1869) y Ranke. — Supongamos se trata de un epitelioma que ocupa toda o casi toda la anchura del labio inferior.

Escíndase el labio siguiendo una línea curva cuyos extremos van a parar a las comisuras y cuya parte más convexa pasa al nivel, un poco por arriba o por abajo del surco mentolabial. Córtese un colgajo cuadrilátero oblicuamente alargado (fig. 791, A, B, C, D), de suerte que su pedículo corresponda a una comisura y a los tegumentos subyacentes y que su extremidad libre se extienda sobre el lado opuesto del mentón.

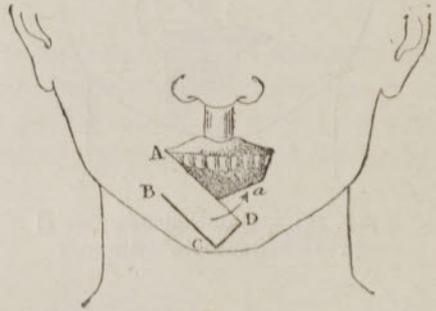


Fig. 791. — Queiloplastia por el procedimiento de Langenbeck-Volkman

Entre el borde superior de este colgajo y la pérdida de substancia hay que dejar siempre un pequeño colgajo triangular, llamado *espólón de fijación o de soporte* (fig. 791, a), cuya base está colocada bajo la otra comisura. Diséquense los dos colgajos, hágase pasar el mayor por encima del otro y procédase a su sutura. Ciérrese la brecha ocasionada y, finalmente, afróntese la mucosa y la piel sobre el borde libre del nuevo labio en toda la extensión posible.

**5.º Procedimiento de Malgaigne.**—Sea, por ejemplo, el mismo caso de aplicación que precedentemente.

Suprímase el labio inferior mediante dos incisiones verticales cuyos extremos inferiores se reúnan por una incisión horizontal.

(1) Trélat ha descrito un procedimiento casi análogo (*Sec. chir.*, 28 de Febrero de 1877).

Divídanse las comisuras en sentido transversal, prolongúese igualmente a derecha e izquierda la incisión horizontal (fig. 792), afróntense los extremos libres de los colgajos sobre la línea media, reúnanse sus bordes inferiores a las

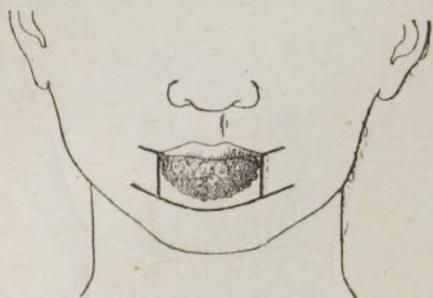


Fig. 792.— Queiloplastia por el procedimiento de Malgaigne (incisiones)

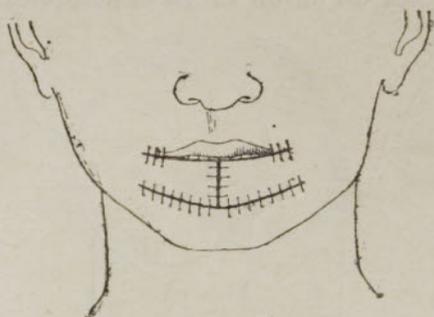


Fig. 793.— Queiloplastia por el procedimiento de Malgaigne

partes subyacentes y fórmese mediante la sutura el borde libre cutáneomucoso del nuevo labio (fig. 793).

**6.º Procedimiento de Estlander.**—Tráfase, verbigracia, de una neoplasia que ha invadido el tercio o la mitad externa del labio inferior. Estlander y sus imitadores han aplicado el procedimiento a lesiones todavía más extensas. El colgajo reparador se toma de la parte correspondiente del labio sano, de tal modo que su incisión limitante interna termine a alguna distancia del borde libre del labio, a fin de conservar la arteria coronaria en el punto de inserción (fig. 794).

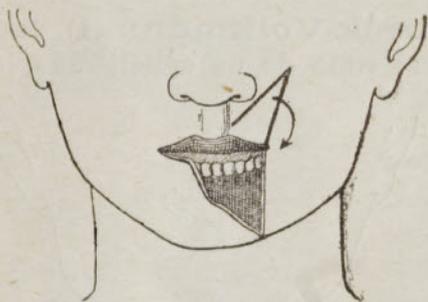


Fig. 794.— Queiloplastia por el procedimiento de Estlander

Después de haber determinado la anchura necesaria del colgajo y, por consiguiente, la posición de su incisión limitante interna, márquese el sitio preciso en que se halla la arteria, que se siente latir a 6 o 10 milímetros por arriba del borde libre del labio, debajo de la mucosa. Hecho esto,

pásese por transfixión un alfiler de insectos inmediatamente por arriba de la arteria, en el punto adonde debe llegar la extremidad inferior de la incisión limitante interna, y luego dóblese el alfiler en forma de medio anillo a fin de no ser molestado por él.

Escíndase la parte afectada mediante dos incisiones que convergen en forma de V.

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 ciérrase 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 o menos estrechada, descentrada y retorcida. Pero,

según la experiencia de Estlander, de Haorih y de Salzmán, 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.

7.º **Procedimiento de Larger** (de Maisons-Laffitte) (1). — Está fundado en el método de queiloplastia con utilización del labio sano, como los de Estlander y de de Schulten.

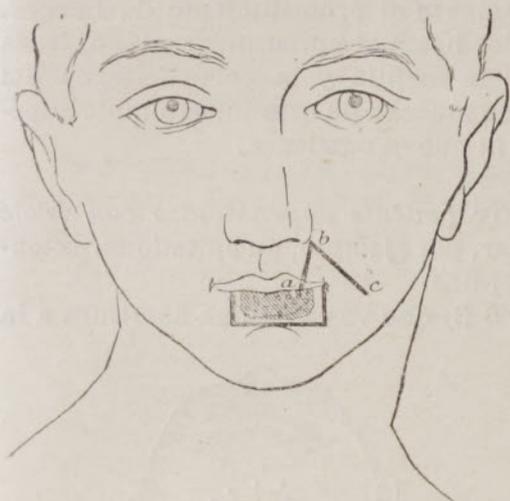


Fig. 795. — Queiloplastia por el procedimiento de Larger (incisiones)

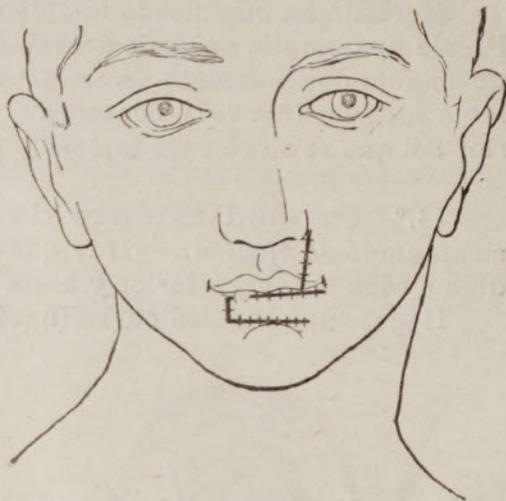


Fig. 796. — Queiloplastia por el procedimiento de Larger (suturas)

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

»Hágase una primera incisión *a b* (fig. 795), 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 *b c*, partiendo del extremo superior de la precedente y dirigida hacia abajo, paralelamente al surco genilabial, hasta un punto de la mejilla situado un poco más abajo del nivel de la comisura labial izquierda.

»Escíndase el reborde mucoso del colgajo así obtenido; suturese su borde inferior con el borde superior de la pérdida de substancia, luego su extremidad interna con el borde vertical más lejano de dicha pérdida de substancia; excávase ligeramente su borde superior y guarnézcase la mucosa con la piel de este borde.

»Por último, suturese verticalmente el corte del labio superior con el de la mejilla y reconstitúyase mediante dos puntos la comisura izquierda (fig. 796).»

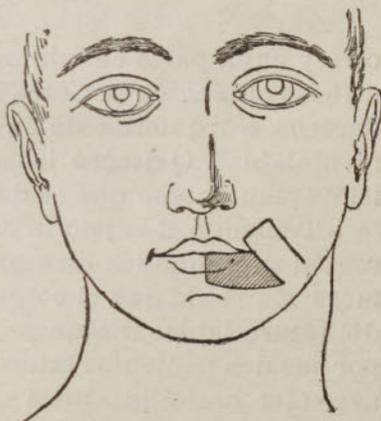


Fig. 797. — Procedimiento de Morestin

(1) Larger, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 de Octubre de 1894, y *Congr. fr. de chir.* (1896), pág. 302.

Con el procedimiento de Larger se consigue 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 preferible tallar dos colgajos, uno a la derecha, otro a la izquierda en el labio superior, que utilizar sólo uno.

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

Morestin ha modificado también ligeramente el procedimiento de Larger. Previa una amplia exéresis del labio inferior hasta el surco mentoniano, traza un colgajo oblicuamente ascendente sobre la mejilla y la parte externa del labio superior (fig. 797), conserva el reborde mucoso de este mismo labio superior del que se sirve para tapizar y cerrar la nueva comisura.

**8.º Procedimiento de Ollier** (*punte suprahioideo con islote mentoniano de fijación*). — Hay que extirpar, por ejemplo, un epitelioma extendido a todo el labio inferior y hasta las mejillas.

Hágase una incisión curva (fig. 798, A B B) que vaya de una comisura a la

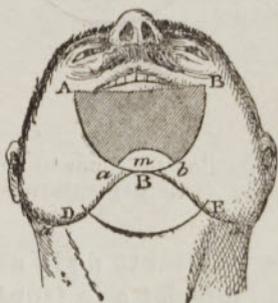


Fig. 798. — Queiloplastia por el procedimiento de Ollier



Fig. 799. — Queiloplastia por el procedimiento de Ollier

Ascenso y fijación, por la sutura, del puente suprahioideo

otra y cuya parte culminante atraviere el borde inferior del mentón. Circunscribábase el mentón por otra incisión curva (fig. 798, *a b*) cuyos extremos caen a derecha e izquierda de la precedente; su vértice debe corresponder al surco mentolabial. Quítense las partes limitadas por la incisión mayor, excepto el islote mentoniano que se debe conservar (fig. 798, *m*). Hemostasia.

Teniendo el sujeto la cabeza fuertemente echada hacia atrás, hágase en la región suprahioidea otra gran incisión curva (fig. 798, *D E*), paralela a la primera, de modo que el colgajo así recortado tenga la altura de más de un tercio del futuro labio. Diséquese el colgajo en toda su extensión, dejándolo adherido por sus dos pedículos laterales y conservando la capa céluloadiposa. Hágasele ascender hasta la altura del arco dentario (fig. 799), 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*, e impídase que el colgajo resbale hacia abajo de la mandíbula. Para más precaución, a fin de mantener el colgajo desplegado y darle todo su desarrollo en altura, colóquense uno o dos puntos de sutura hacia cada comisura. Fórrase el colgajo cutáneo con láminas de mucosa que se toma principalmente de las mejillas. Finalmente, repárese por completo la brecha accidental (o aban-

dónesela dejándola curar por granulación, cubriéndola después mediante injertos de Ollier-Thiersch).

Este procedimiento, imitación del de Morgan (1829) para la talla del colgajo, ha dado buenos éxitos a Ollier, y hace poco en la clínica de Gratz, Wöfler ha obtenido igualmente una serie de buenos resultados estéticos y funcionales por medio de un colgajo suprahioides, 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 perlostio 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 a las necesidades eventuales de la exéresis. Es preciso, no obstante, añadir que a la larga se nota cierto grado de descenso del labio y del islote mentoniano.

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

Quítense el labio y el mentón mediante una incisión curvilínea cuyos extremos van a parar a las comisuras. Hemostasia. Hágase una incisión angu-

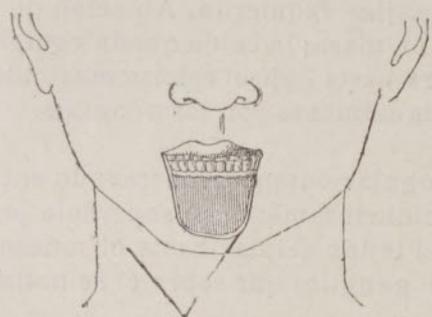


Fig. 800. — Queiloplastia por el procedimiento de Berg (incisiones)

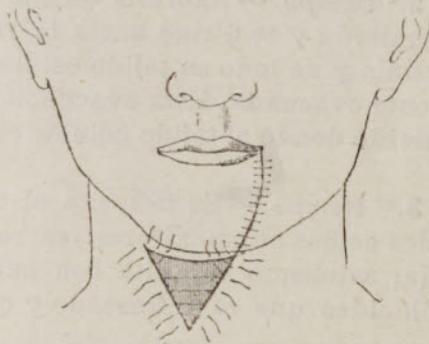


Fig. 801. — Queiloplastia por el procedimiento de Berg

Ascenso y sutura del colgajo cervical

lar que empiece a 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. 800). Hemostasia. Diséquese el colgajo así deslindado y movílcese hacia arriba y afuera, hacia la comisura opuesta al pedículo. Hemostasia. Fíjese el nuevo labio mediante una serie de puntos entrecortados que reunan la extremidad libre del colgajo a la rama correspondiente de la primera incisión; el resto de ésta forma el borde libre del labio. Ciérrase mediante sutura la brecha accidental, o abandónesela dejándola cicatrizar en parte por granulación (fig. 801).

C. Exéresis con queiloplastia secundaria (Verneuil). — Se ha hecho notar a menudo que las grandes brechas creadas a veces por la ablación de los canchroides 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 o menos largo, con una mandíbula al descubierto, que pierden constante-

Con el procedimiento de Larger se consigue 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 preferible tallar dos colgajos, uno a la derecha, otro a la izquierda en el labio superior, que utilizar sólo uno.

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

Morestin ha modificado también ligeramente el procedimiento de Larger. Previa una amplia exéresis del labio inferior hasta el surco mentoniano, traza un colgajo oblicuamente ascendente sobre la mejilla y la parte externa del labio superior (fig. 797), conserva el reborde mucoso de este mismo labio superior del que se sirve para tapizar y cerrar la nueva comisura.

**8.º Procedimiento de Ollier** (*punte suprahioideo con islote mentoniano de fijación*). — Hay que extirpar, por ejemplo, un epitelioma extendido a todo el labio inferior y hasta las mejillas.

Hágase una incisión curva (fig. 798, A B B) que vaya de una comisura a la

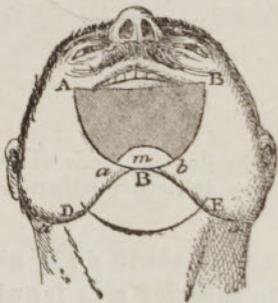


Fig. 798. — Queiloplastia por el procedimiento de Ollier



Fig. 799. — Queiloplastia por el procedimiento de Ollier

Ascenso y fijación, por la sutura, del puente suprahioideo

otra y cuya parte culminante atraviere el borde inferior del mentón. Circunscribábase el mentón por otra incisión curva (fig. 798, *a b*) cuyos extremos caen a derecha e izquierda de la precedente; su vértice debe corresponder al surco mentolabial. Quítense las partes limitadas por la incisión mayor, excepto el islote mentoniano que se debe conservar (fig. 798, *m*). Hemostasia.

Teniendo el sujeto la cabeza fuertemente echada hacia atrás, hágase en la región suprahioidea otra gran incisión curva (fig. 798, *D E*), paralela a la primera, de modo que el colgajo así recortado tenga la altura de más de un tercio del futuro labio. Diséquese el colgajo en toda su extensión, dejándolo adherido por sus dos pedículos laterales y conservando la capa céluloadiposa. Hágasele ascender hasta la altura del arco dentario (fig. 799), en el sitio del antiguo labio. Hemostasia. Fíjese, mediante algunos puntos de sutura, la parte media de su borde inferior al borde superior del islote mentoniano, que debe servir de *soporte*, e impídase que el colgajo resbale hacia abajo de la mandíbula. Para más precaución, a fin de mantener el colgajo desplegado y darle todo su desarrollo en altura, colóquense uno o dos puntos de sutura hacia cada comisura. Fórrase el colgajo cutáneo con láminas de mucosa que se toma principalmente de las mejillas. Finalmente, repárese por completo la brecha accidental (o aban-

dónesela dejándola curar por granulación, cubriéndola después mediante injertos de Ollier-Thiersch).

Esté procedimiento, imitación del de Morgan (1829) para la talla del colgajo, ha dado buenos éxitos a Ollier, y hace poco en la clínica de Gratz, Wöfler ha obtenido igualmente una serie de buenos resultados estéticos y funcionales por medio de un colgajo suprahióideo, 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 a las necesidades eventuales de la exéresis. Es preciso, no obstante, añadir que a la larga se nota cierto grado de descenso del labio y del islote mentoniano.

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

Quítense el labio y el mentón mediante una incisión curvilínea cuyos extremos van a parar a las comisuras. Hemostasia. Hágase una incisión angu-

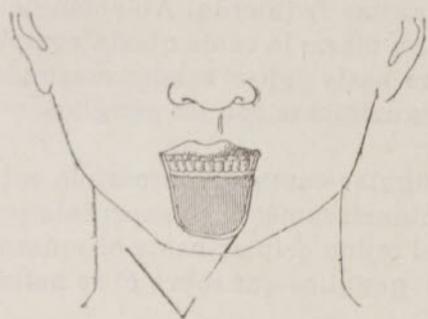


Fig. 800. — Queiloplastia por el procedimiento de Berg (incisiones)

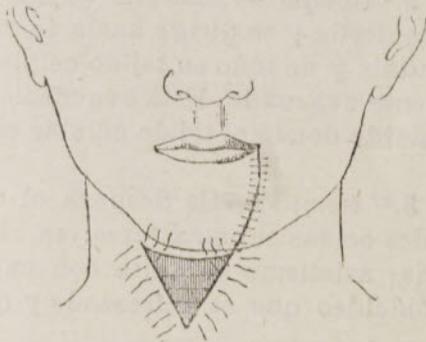


Fig. 801. — Queiloplastia por el procedimiento de Berg

Ascenso y sutura del colgajo cervical

lar que empiece a 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. 800). Hemostasia. Diséquese el colgajo así deslindado y movílcese hacia arriba y afuera, hacia la comisura opuesta al pedículo. Hemostasia. Fijése el nuevo labio mediante una serie de puntos entrecortados que reunan la extremidad libre del colgajo a la rama correspondiente de la primera incisión; el resto de ésta forma el borde libre del labio. Ciérrase mediante sutura la brecha accidental, o abandónesela dejándola cicatrizar en parte por granulación (fig. 801).

*C.* Exéresis con queiloplastia secundaria (Verneuil). — Se ha hecho notar a menudo que las grandes brechas creadas a veces por la ablación de los canchroides 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 o menos largo, con una mandíbula al descubierto, que pierden constante-

mente 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.

*D. Exéresis con extirpación de los ganglios.* — Siempre que se opera un cáncer de los labios, es necesario, *por regla general*, no solamente hacer una exéresis extensa que ponga al abrigo de una recidiva local, sino también vaciar con cuidado la región submaxilar de los dos lados (*ganglios linfáticos y glándula salival*).

**Procedimiento de Mauclair (1).** 1.<sup>er</sup> tiempo. — Exéresis de un ancho colgajo labial que ocupa en anchura los dos tercios del labio; llegada a nivel del mentón, la escisión cutánea se continúa hacia la región submaxilar derecha. En este sitio, se quitan la glándula y los ganglios correspondientes, todo ello en masa y de una sola vez. La escisión de las partes profundas se continúa hasta por debajo del esternomastoideo donde el tejido celular se extirpa con sus ganglios.

2.<sup>o</sup> tiempo. — Exéresis de un colgajo rectangular que parte del mentón a la izquierda y se dirige hacia la región submaxilar izquierda. Ablación de la glándula y de todo su tejido celular, todo ello en masa; la celda queda completamente evacuada. Esta evacuación se prolonga hasta bajo el esternomastoideo izquierdo donde el tejido celular es extirpado igualmente con los ganglios.

3.<sup>er</sup> tiempo. — Se despega el colgajo triangular cutáneo conservado entre las dos celdas submaxilares: se rasca muy minuciosamente su superficie profunda; asimismo se quita con cuidado todo el tejido celular hasta el músculo milohioideo que es refrescado y quitando los ganglios que sobre él se hallen.

4.<sup>o</sup> tiempo. — La reparación autoplástica es entonces fácil. Se rehace fácilmente el labio por simple tracción lateral. El colgajo cutáneo mentoniano conservado se fija al colgajo labial reformado.

Las fosas submaxilares son taponadas; la profundidad es tal, que la reunión por primera intención ordinariamente no es posible a este nivel.

## § 2. — GENOPLASTIA. MELOPLASTIA

La genoplastia o meloplastia es la restauración de la mejilla después de haberla hecho sufrir una pérdida de substancia. Se hace con preferencia, como la queiloplastia, por ejemplo, por el método francés, y desde este punto de vista nada ofrece de especial. Pero otras veces, no siendo bastante este método, se hace necesario recurrir a tomar un colgajo en una región vecina (frente, cuello), o en último término, en una región distante. Sólo hablaremos de las aplicaciones típicas del método indiano nuevo.

1.<sup>o</sup> **Procedimiento con colgajo frontal.** — Trátase de restaurar la mejilla después de la ablación de un epitelioma que ocupa la parte superior. Se corta en la frente un largo colgajo cutáneomuscular, cuya base excede más o menos de la línea media y cuyo pedículo corresponde a la parte media

(1) Mauclair, *Tribune médicale*, Septiembre de 1904, pág. 529.

de la sien. Se hace deslizar el colgajo, con la cara epidérmica hacia fuera, a la pérdida de substancia, más abajo del párpado inferior, hasta el borde adherente de la nariz y se fija en su sitio por medio de crines de Florencia, después de haber, si es necesario, procurado por abajo y por fuera una pequeña abertura para un tubo de desagüe de caucho o para una mecha de gasa. Por último, se rellena la brecha frontal con los colgajos de Thiersch y se aprietan simplemente sus bordes por la sutura emparrillada.

**2.º Procedimiento con colgajo cervical.** — Cuando se trata de un epiteloma de la parte inferior de la mejilla y hay que reparar la pérdida de substancia consecutiva a una exéresis, es más cómodo tomar el colgajo auto-

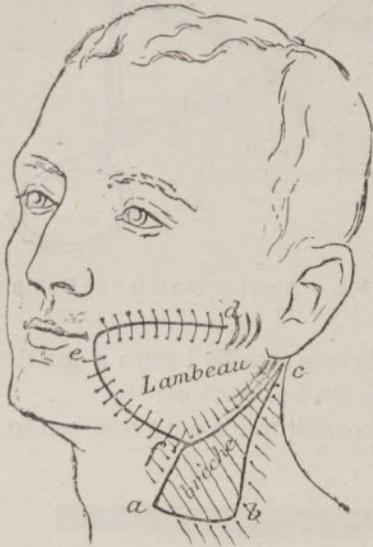


Fig. 802. — Meloplastia con colgajo cervical por epiteloma

*abc*, brecha de recurso, puntos de sutura prestos para cerrarla; *def*, colgajo suturado en su sitio

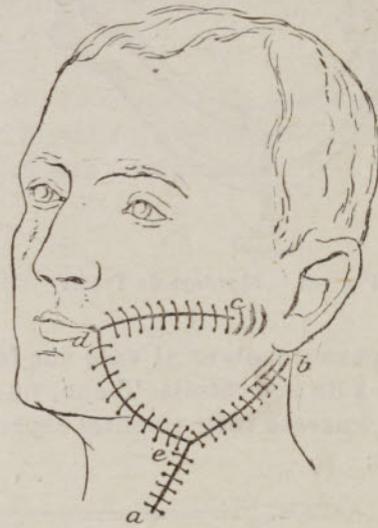


Fig. 803. — Meloplastia con colgajo cervical (el mismo sujeto que la fig. 802)

*ab*, sutura de la brecha auxiliar; *cde*, sutura del colgajo en su sitio

plástico de la región cervical, debajo del ángulo de la mandíbula. Aparte de esto, la técnica general es la misma que en el procedimiento precedente. Las figuras 802 y 803 nos dispensan de toda nueva descripción.

En caso necesario se podría reparar la mejilla por la confección simultánea de los dos colgajos que acaban de ser descritos.

### III. — PALATOPLASTIA (1), ESTAFILORRAFIA Y URANOESTAFILORRAFIA

#### § 1. — ESTAFILORRAFIA

La estafilorrafia o 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 y de Félizet, ha sido objeto de sucesivos perfeccionamientos, que hacen de ella, hoy, una operación

(1) Consúltese la importante memoria de A. Broca, publicada en la *Revue d'Orthopédie*, Enero de 1905, pág. 1, y en la *Presse médicale*, 13 de Mayo de 1905, pág. 298.

bien reglada, casi siempre segura en sus resultados inmediatos y accesible a la mayoría de los cirujanos.

Ordinariamente se recurre a ella para corregir la fisura congénita completa del velo, acompañada o 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 bre-

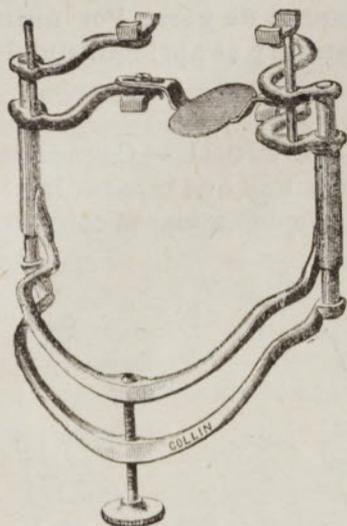


Fig. 804. — Mordaza de Trélat

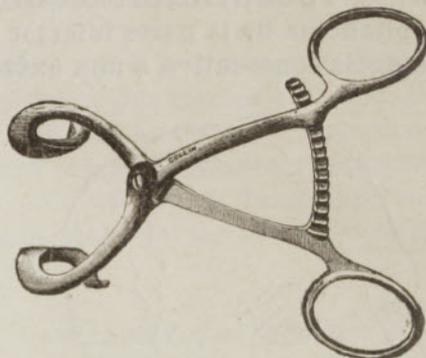


Fig. 805. — Abrebocas molar de Collin

cha y para devolver al velo sus funciones, dirigirse desde luego a los diversos recursos de la prótesis. Tiene, pues, sus límites de aplicación.

El aparato instrumental especial que es necesario para esta operación, comprende:



Fig. 806. — Bisturí recto

Una mordaza abre bocas como la de Smith o la de Trélat (fig. 804), o más sencillamente un abre bocas con punto de apoyo sobre los molares (A. Broca) (fig. 805);



Fig. 807. — Paleta acodada de Trélat

Un bisturí recto (fig. 806) y dos bisturís acodados, a la derecha y a la izquierda, con mango largo y de corte muy afilado;

Unas pinzas rectas o semicurvas de garfios;

Tijeras finas, rectas y curvas;

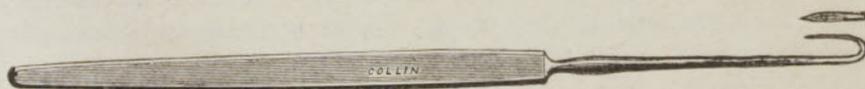


Fig. 808. — Aguja en forma de U de Trélat

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

Dos portatorundas;

Una lanza o paleta acodada de Trélat (fig. 807).