

Como agujas, agujas finas de Hagedorn y un portaagujas pequeño de Pozzi, o mejor aún, la aguja curva fina de Reverdin, la aguja especial de Trélat (fig. 808) o la más cómoda de Le Dentu (fig. 809).



Fig. 809. — Aguja de báscula de Le Dentu

El operador debe tener a su disposición torundas secas de diferentes grosores. A. Broca recomienda buenas esponjas de Venecia, suaves sin ser blandas, unas gruesas y cúbicas, otras estrechas y alargadas, de 1 centímetro por 5 o 6 de largo, otras, por último, redondeadas y del volumen de una nuez, todas esterilizadas, como ya se supone.

Procedimiento. — Se preparará al sujeto durante algunos días (ablación de las adenoides o de las amígdalas, de los dientes cariados, si ha lugar; lavados frecuentes con cloral al 1 por 100 o con agua oxigenada).

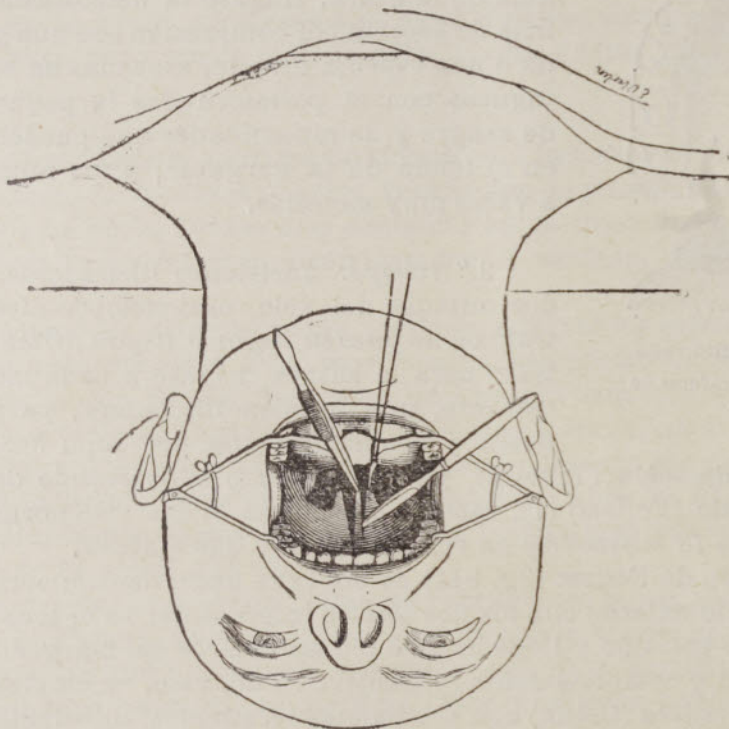


Fig. 810. — Estaflorrafia

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

El paciente debe estar *absolutamente en ayunas*. Si es un niño se le cloroformiza y se le coloca, *con la cabeza colgando*, en un extremo de la mesa, de modo que la luz natural alumbre bien la boca, estando ésta completamente abierta por el abre bocas y la lengua deprimida con las mordazas de Smith o atraída hacia arriba por un ayudante por medio de unas pinzas.

El cirujano se sienta detrás de la cabeza; el ayudante anestesizador frente a él, de pie y a la izquierda; un primer ayudante de pie y a la derecha; un

segundo sentado a la izquierda para sujetar la cabeza; un tercero para las esponjas y los hilos, colocados, así como los instrumentos, a la derecha del operador. Si se trata de un adulto, se puede en caso necesario recurrir a la anestesia local por medio de la cocaína; entonces se le sienta frente a una ventana con la cabeza convenientemente echada atrás y sostenida por un ayudante.

1.^{er} tiempo: Refrescamiento de la fisura. — Se duerme al niño por completo. Se enjugan las mucosidades. Si es necesario, se pasa un asa de seda a través de la base de cada semiúvula, que sirve para fijar. Con las pinzas de garfios, cójase ligeramente el borde derecho del velo, muy poco antes de su unión con la úvula, tomando justamente 1 o 2 milímetros. A ras de las pinzas, clávese la punta afilada del bisturí cortante hacia atrás y, de un solo corte si se puede, refrésquese el lado derecho de la úvula hasta su extremo, separando una tirilla de 2 milímetros apenas de ancho. Vuélvase entonces el filo hacia delante y sígase refrescando hacia delante hasta más allá del ángulo de la fisura. Repítase el refrescamiento en el borde izquierdo de la fisura, sirviéndose de

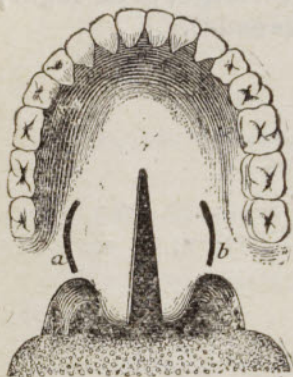


Fig. 811. — Estafilorrafia
ab, incisiones liberadoras de
Félizet

la mano izquierda, si se es ambidiestro; cúidese de unirse bien con la incisión derecha más allá del ángulo de la fisura. Hágase la hemostasia de la superficie de sección por compresión con una gruesa torunda o una esponja grande, atacadas en el cavum. Enjúguese con el portatorundas la pequeña cantidad de sangre y de mucosidades que pueden acumularse en el fondo de la garganta; estas mucosidades son a veces muy molestas.

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

La incisión de Félizet (fig. 811) es cóncava hacia dentro; corresponde a la unión del tercio externo con los dos tercios internos del velo; toca casi por una parte al hueso palatino y llega hasta 5 o 6 milímetros del margen. Para operar con seguridad y completamente la transfixión del velo, se emplea una especie de *pie con corredera* (Collin) con dos paletas terminales, una dentada, inferior, la otra guarnecida de plomo, superior y 2 o 3 milímetros más ancha; estas paletas cogen, extienden y fijan el velo; sobre el plomo que sobresale es donde el bisturí ataca el velo a fondo. La hemorragia, poco considerable, no tarda en cohibirse por compresión.

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

3.^{er} tiempo: Sutura de la fisura. — Mientras un ayudante pone igualmente tensas las dos asas que pasan a través de las semiúvulas, con ayuda de las pin-

(1) Félizet, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1894), pág. 685.

zas de garfios para fijar sucesivamente los bordes, colóquese simétricamente una serie de crines de Florencia o de hilos de plata muy finos a 5 milímetros aproximadamente unos de otros; estos hilos deben entrar a 3 o 4 milímetros por fuera de la línea refrescada derecha, salir por su límite interno, volver a entrar en el límite interno de la línea refrescada izquierda y salir a 3 o 4 milímetros por fuera de esta línea; se empieza la colocación de los hilos en la base de las semiúvulas y se continúa hasta cerca del ángulo de la fisura. Los hilos se colocan por medio de agujas de Hagedorn o de las agujas especiales que hemos representado anteriormente. Para evitar que los hilos se enreden, se puede, siguiendo el consejo de Reverdin (1), sujetar sobre la frente del operado una compresa aséptica, que desempeñará el papel de una especie de acerico, en la cual se atravesarán simétricamente los dos cabos de cada hilo a medida que se vayan colocando.

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

Termínese la operación reuniendo las semiúvulas mediante uno o dos puntos de seda y quítense las asas de tracción. Con ayuda del último hilo colocado en la punta de la úvula, atráigase ésta hacia delante, expóngase la cara posterior de su base para poner allí un hilo, al pie de los pilares posteriores (A. Broca).

Cura. Cuidados consecutivos. — Limpieza de la boca y de la garganta así como de las fosas nasales. Insuflación de polvo de aristol o aplicación del barniz de Périer (véase más adelante) en la línea de reunión y en las incisiones liberadoras; éstas se cicatrizan por sí mismas, a menudo en muy corto tiempo.

El niño debe ser estrechamente vigilado durante los primeros días para reprimir toda hemorragia o todo movimiento intempestivo. Si sale sangre, hágase la compresión digital del punto que sangra con una esponja o una torunda empapada en antipirina al 50 por 100 o en adrenalina al 1 por 1000.

Al final del primer día o al principio del segundo, estando el niño sentado, con la cabeza inclinada hacia delante y la boca bien abierta, hágase cada dos o tres horas, por medio de una cánula fina, un lavado muy suave con una disolución templada de cloral al 1 por 100.

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

Se quitan los puntos del quinto al octavo día, empezando por aquellos en cuyo alrededor aparece un reborde blanco o por los de la bóveda palatina o que están más cerca de ella. Durante todo el tiempo de la cicatrización, se mantendrá la boca lo más limpia que sea posible mediante colutorios e irrigaciones antisépticos.

La estafilorrafia no siempre tiene éxito, hay que tenerlo muy presente, aun en manos de los cirujanos más hábiles y más experimentados. La línea de reunión puede ceder, en parte solamente o en su totalidad, por la influencia de múltiples causas: refrescamiento incompleto, coaptación imperfecta, accesos de tos, vómitos, movi-

(1) Reverdin, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1904), pág. 967.

mientos de deglución, ejercicio prematuro de la voz e infección. Si la dehiscencia es parcial, se espera uno o dos meses antes de intentar una nueva operación; si es total, hay que esperar mucho más tiempo todavía, y a veces, entonces, ante la retracción cicatricial, no hay más remedio que renunciar a toda restauración.

Cuando la fisura ha podido ser cerrada de un modo definitivo, es justo felicitarse del éxito plástico, cualesquiera que fueren los *desiderata* inevitables. Pero por lo mismo no se crea que a la vez se hayan normalizado las funciones de deglución y sobre todo las de fonación del velo; esto, como ha hecho notar especialmente Trélat, requiere tiempo y educación, tanto más cuanto más tardía ha sido la operación. Importa estar prevenido de ello y prevenir a los interesados. A veces hasta puede ser ventajoso o indispensable, cuando el velo ha quedado muy tenso y corto, añadirle un velo artificial con o sin resonador.

§ 2. — URANOESTAFILORRAFIA

La *uranoestafilorrafia* consiste en la reparación de la fisura congénita que interesa a la vez la bóveda y el pelo del paladar. Toda la reparación se hace con preferencia en una sesión.

Según Verneuil, a Dieffenbach corresponde el honor de haber sido el primero en aplicar a la fisura y a las perforaciones del paladar el método de autoplastia con doble puente mucoperióstico, que es hoy casi el único usado: se cortan los colgajos en cada mitad de la bóveda, luego se les moviliza y sutura en la línea media. Baizeau, Langenbeck, Pollock, Mason-Warren, etc., han desarrollado poco después el mismo método; pero en último término, entre nosotros, es sobre todo Trélat quien ha elevado la *uranoestafilorrafia* a su perfeccionamiento actual.

Aparato instrumental: el mismo que para la estafilorrafia simple, y además,



Fig. 812. — Espátula de bordes romos



Fig. 813. — Legra recurrente de Le Dentu

una espátula de bordes romos (fig. 812), y las legras curvas y acodadas de Trélat o de Le Dentu (fig. 813).

Para que la operación sea posible y tenga, por consiguiente, probabilidades de éxito, es necesario, según Trélat, que la fisura palatina no sea demasiado ancha y que se pueda dar a cada uno de los colgajos una anchura de 12 a 13 milímetros; es decir, que la distancia comprendida entre el borde de la hendidura y el cuello del último molar, debe medir por lo menos 12 a 13 milímetros; a 2 o 3 milímetros menos, vale más abstenerse.

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

1.º tiempo: Refrescamiento de la fisura. — Empiécese por el refrescamiento del velo, y luego ráspense lo más ampliamente posible los bordes de la fisura palatina hasta e incluso su ángulo, que se desprende luego cuidadosamente del plano óseo subyacente con el bisturí o con la lanceta de Trélat.

2.º tiempo: Talla y disección de los dos colgajos. — Para conservar la arteria palatina posterior en cada colgajo (Tillaux), hágase a fondo en cada lado con la punta del bisturí una incisión que empiece *por detrás* del último molar y llegue al canino *siguiendo el arco alveolar sobre el cuello de los dientes* (fig. 814).

Trélat no se preocupaba de la arteria y hacía a fondo una incisión de 12 a 14 milímetros del borde refrescado de la fisura palatina y que se extendía por

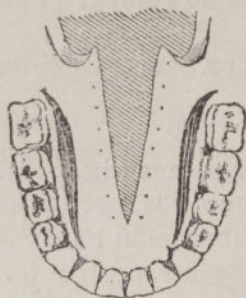


Fig. 814. — Los dos colgajos despegados y flotantes

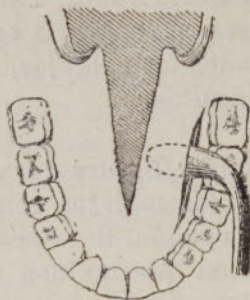


Fig. 815. — Desprendimiento de un colgajo en su parte media con la legra acodada de Trélat

delante hasta más allá de su ángulo, por detrás hasta 1 centímetro más allá del paladar óseo. La hemorragia producida por la sección de la arteria es cohibida por compresión.

A. Broca empieza, como Tillaux, la incisión liberadora detrás del último molar, contornea éste y la prolonga hacia delante hasta un buen centímetro más allá del ángulo fisural anterior, *siguiendo lo más cerca posible la línea de inserción de los dientes*. Cuando la hendedura es ancha, prolonga la incisión hacia atrás, entre el velo del paladar y la mejilla.

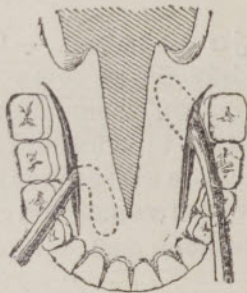


Fig. 816. — Desprendimiento del colgajo derecho con la legra recurrente de Le Dentu y del colgajo izquierdo con la legra recta de Trélat.

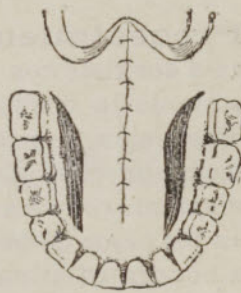


Fig. 817. — Los dos colgajos suturados

Para disminuir la hemorragia, va aplicando sobre la incisión la pulpa del índice izquierdo que comprime fuertemente la parte posterior de la incisión a nivel de la palatina posterior, la cual, por lo demás, es respetada por la incisión.

Tómese entonces la legra acodada de Trélat, introdúzcasela en la parte anterior de la incisión, insinúesela de plano entre el hueso y la fibromucosa mediante pequeños movimientos de rotación hasta que su extremo aparezca en la hendedura. Conservando siempre en su sitio el índice izquierdo para comprimir el colgajo y también para sostener la legra a fin de evitar toda escapada, empújese la legra de delante atrás, siempre bien exactamente en contacto con

el hueso, procurando no desgarrar el colgajo. El desprendimiento de este colgajo debe ser completo hacia atrás. A este nivel conviene estirar y luego romper la arteria palatina posterior hasta allí respetada y que, por lo demás, así rota, sangra poco. Es necesario que ese desprendimiento pterigoideo sea muy ancho, muy profundo, destruya toda brida y dé una movilidad perfecta, sin lo cual la reunión de los colgajos fracasará. El desprendimiento también alcanzará hacia delante hasta más allá del ángulo fisural por medio de las legbras de Trélat o de Le Dentu. También aquí se procurará no romper el colgajo, y si ello acaeciera se repararía con una sutura.

Libertados los colgajos, se hace la hemostasia por compresión durante cinco a diez minutos.

3.º tiempo: Sutura del velo y de los colgajos palatinos (fig. 817). — Asegurarse de que los colgajos son bien movibles y de que sus bordes internos se coaptan sin tensión. Si es necesario, complétese su liberación hacia atrás, donde toda brida pterigoidea vista o sospechada debe ser destruída. Reúnanse los bordes internos de los colgajos por medio de crines o de hilos de plata. Estos hilos, separados entre sí 5 milímetros, cogiendo 3 a 4 milímetros de cada labio, deben ser simétricamente colocados y muy exactamente perpendiculares a la línea de reunión. Broca los coloca de delante atrás. De ordinario pone diez, más otro en la cara posterior del velo.

Pasa los primeros, delante, con la aguja en forma de U de Trélat, y los otros con la aguja curva de Blandin o de Reverdin. Se puede emplear ventajosamente la aguja de corredera de Le Dentu. Los hilos ya pasados se cogen con unas pinzas hemostáticas y con ellos se va sucesivamente fijando el velo para facilitar la colocación de los hilos restantes.

Se atan luego estos hilos de delante atrás, vigilando la confrontación.

Limpieza y cuidados ulteriores como en la estafilorrafia.

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

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

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

La uranoestafilorrafia va a veces seguida de fistulas laterales que se forman en una parte de las incisiones liberadoras.

IV. — EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES

Para la extracción de los dientes rara vez es necesaria la anestesia general (éter, cloruro o bromuro de etilo); no debe olvidarse entonces que se ha de colocar la cabeza en posición horizontal, y hasta inclinada hacia atrás, y que nunca se debe operar al enfermo de pie ni sentado. Lo más frecuente es operar

en actitud sentada, después de haber anestesiado las encías, bien por medio de inyecciones de estovaina a 1 por 100 lanzadas profundamente a lo largo del cuello del diente en cuatro puntos opuestos, bien por medio de una pulverización de cloreto, de coril o de anestilo. Si se emplea la estovaina, el enfermo debe ser operado acostado y con la cabeza baja (Reclus).

Las reglas fundamentales del manual operatorio son las siguientes:

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

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

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

4.º Limitar el traumatismo a la rotura de las conexiones fibromusculares y nerviosas que fijan el diente en la encía, en el periostio alvéolodentario y en el fondo del alvéolo;

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

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

Los instrumentos más empleados hoy, en Francia, para la extracción de los dientes, son los *gatillos angloamericanos*, cuyas garras tienen una forma apropiada a la de los dientes o de sus raíces. Sin embargo, la *llave de Garengeot* y la palanca llamada *lengua de carpa* pueden ser a veces útiles; por esto hay que ejercitarse en su manejo como en el de los gatillos.

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

1.º Un gatillo con las garras rectas, iguales, dispuestas en forma de

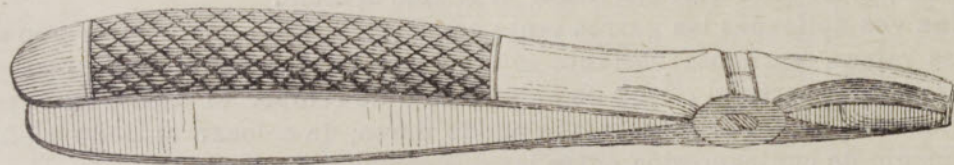


Fig. 818. — Gatillo de garras rectas

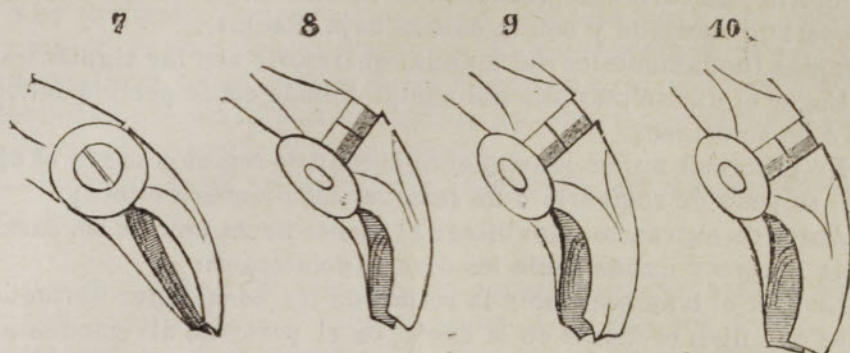
cuchara: una ancha y la otra estrecha. Sirve para la extracción de los incisivos y de los caninos. La garra ancha se coloca delante (fig. 818).

2.º Un gatillo de garras curvas, un poco más anchas que las del precedente. Sirve para la extracción de los molares menores, y también para los terceros molares compuestos, cuyas raíces se hallan ordinariamente reunidas formando una masa cónica (fig. 819, n.º 10).

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

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

4.º Un gatillo con garras curvas, construídas ambas como la garra externa de los gatillos precedentes (n.º 9). Sirve para la extracción de los molares gruesos inferiores. Las raíces están dispuestas en dos haces situados el uno



H. GUÉRAIDE À PARIS

Fig. 819. — Gatillos de garras curvas

delante del otro y separados por un surco. De ahí la forma idéntica de las dos garras.

Total, cinco gatillos.

Manual operatorio en general. Tres tiempos: 1.º Aplicación del gatillo y presa del diente. — Cualquiera que sea el diente que se ha de extraer, después de enterarse bien del estado de alteración, y, por consiguiente, del grado de resistencia de la corona y después de recordar la forma ordinaria de la raíz o de las raíces — estando la cabeza un poco levantada y bien sujeta por un ayudante, — entreábrase el gatillo, deslicense sus garras casi frotando las caras libres de la corona y húndase profundamente sus extremidades entre el cuello y la encía, como si se quisiera llegar al mismo alvéolo.

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

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

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

B. Extracción con la llave de Garenggeot. — Esta llave (fig. 820), que ha sido objeto de un sinnúmero de modificaciones más o menos útiles, se compone esencialmente: de un mango, de un tallo recto de acero, fijo por un lado en el mango y terminado por el otro en una parte ensanchada, el

paletón. Éste lleva en medio de su borde libre una escotadura donde se atornilla un *gancho* de pico bífido. El gancho es de un grosor y de una corvadura mayores o menores, según el molar que se ha de extraer. La llave no es aplicable a los incisivos, ni a los caninos, ni a las muelas llamadas del juicio.

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

Estando la boca abierta y la comisura o el labio correspondiente convenientemente apartado con el índice izquierdo, introdúzcase la llave; aplíquese, un poco más abajo del cuello de la muela (lado interno para las muelas de la mandíbula inferior, lado externo para las de la mandíbula superior) la cara del paletón que mira a la concavidad del gancho; abárquese la muela en la concavidad del gancho, de tal suerte que el pico se encuentre aplicado contra el cuello de la muela del lado opuesto al paletón; y, después de haberse asegurado de que el pico está bien colocado y que la presa es buena—si fuera necesario se sujeta el gancho con el índice izquierdo colocado sobre su convexidad,

— imprimase un enérgico y brusco movimiento de rotación al tallo de la llave. La avulsión de la muela queda hecha. En caso necesario se termina la avulsión con el gatillo, en cuanto la muela queda desprendida.

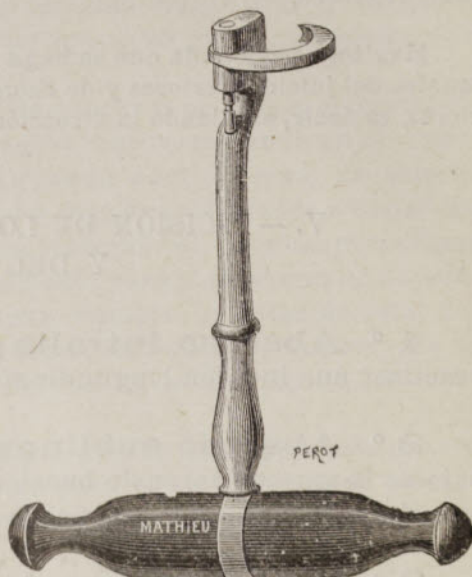


Fig. 820. — Llave de Garenggeot



Fig. 821

Lengua de carpa

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

C. Avulsión con la lengua de carpa.

— Se emplea a veces este instrumento (fig. 821) para quitar una muela del juicio, pero a condición de que los dos molares que la preceden se hallen intactos.

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

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

Hágase ejecutar al instrumento, según su eje mayor, un movimiento de rotación firme y continuo, de tal suerte que la lengua tome una dirección oblicua, según su eje menor, que su borde superior se apoye sobre la corona del

penúltimo molar y que su borde inferior actúe sobre el cuello de la muela del juicio, desprendiéndola por elevación.

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

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

V. — INCISIÓN DE LOS ABSCESES DE LA LENGUA Y DEL SUELO BUCAL

1.º Absceso intralingual. — Basta, previa anestesia cocaínica, practicar una incisión longitudinal anteroposterior que conduce a la colección

2.º Absceso sublingual. — Cuando las lesiones predominan debajo de la mucosa del suelo bucal, se ha de intervenir por esta vía y por una incisión anteroposterior practicada sobre la tumefacción.

3.º Flemón del suelo de la boca (Angina de Ludwig). — La vía bucal ya no basta en tal caso. Se ha de intervenir por la región suprahioidea. Anestesia general o local. En uno solo o en los dos lados, según la extensión de las lesiones, practíquese una incisión lateral por dentro de la herradura maxilar, paralela al hueso y de 5 a 6 centímetros de largo. Córtese la piel muy engrosada, el cutáneo, el vientre anterior del digástrico y, por último y sobre todo, la *cincha milohioidea que debe incidirse en toda su longitud*, a fin de llegar muy profundamente hasta debajo de la mucosa bucal.

Lavados con agua oxigenada. Desagüe amplio.

VI. — AMPUTACION DE LA LENGUA

Las indicaciones de la amputación de la lengua nacen casi siempre del cáncer, a veces de ulceraciones tuberculosas, y muy rara vez de un hemangioma o un linfangioma (macroglosia).

La amputación es unas veces *parcial*, no interesando, por ejemplo, sino la mitad anterior o una mitad lateral; otras veces es *total*, y entonces se sacrifica ya la lengua sola, ya la lengua y el suelo bucal, ya estas partes y la parte media de la mandíbula inferior.

Se practica ya por la cavidad bucal (*vía bucal*), ya por la región suprahioidea (*vía suprahioidea* de Regnoli), ya a través de una simple sección de la sínfisis (P. Roux, Sédillot, Syme) o lateral (v. Langenbeck) o a través de una resección temporaria (Billroth, E. Boeckel, Albert). Se podría llamar *maxilar* esta última vía. Actualmente se opera sobre todo por la boca, por la región suprahioidea, o por las dos a la vez, siendo raro que el cirujano se decida a dividir el maxilar, porque está probado que la osteotomía agrava el pronóstico operatorio, y aun entonces no se hace más que la simple sección, con preferencia en la sínfisis, a menos que la mandíbula estuviese también invadida por la neoplasia.

Una preocupación común a todas las grandes amputaciones de la lengua

es, no ya la hemorragia operatoria, puesto que es fácil prevenirla o dominarla, sino la *protección* de la herida y de las vías respiratorias, *particularmente del pulmón, contra la infección séptica*. Por esto se pone el mayor cuidado en la antisepsia previa y consecutiva de la cavidad bucal. Sin embargo, a pesar de todo se pierde un cierto número de operados por bronconeumonía y por septicemia.

Otra preocupación, especial en los casos de cáncer y no menos importantísima, es la *de prevenir la recidiva*, primero y sobre todo formulando un diagnóstico precoz cuando sea posible, y luego extirpando ampliamente, no sólo la neoplasia aparente, sino las partes vecinas y los órganos infectados a distancia (ganglios y glándula submaxilares, ganglios carotídeos). Las amputaciones parciales deberán, pues, reservarse exclusivamente para las lesiones no neoplásicas. Un cáncer, por limitado que sea, requiere siempre la ablación total del órgano y la limpieza completa de los dos lados del cuello (Poirier). Es la aplicación a la lengua de los principios modernos de la cirugía de los cánceres.

A pesar de todo, el cáncer de la lengua sigue siendo uno de los más graves que tengamos que tratar; Butlin sólo indica 8'5 por 100 de curaciones persistentes al cabo de tres años, y sabido es que varios de estos últimos no alcanzan más allá de uno o dos años más.

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

Cuidados y precauciones preliminares. — Los pacientes deben haber sido purgados la víspera y no haber tomado cosa alguna en las cinco horas que preceden a la operación. Se han descostrado y cepillado los dientes, se han cauterizado, con cloruro de cinc o de otro modo, las superficies y cavidades ulceradas, se han hecho practicar lavados frecuentes de la cavidad bucal y de las fauces con agua oxigenada, en una palabra, se ha procurado una antisepsia previa regular y seria. Llegado el momento de la operación, se somete siempre a los enfermos a la anestesia general clorofórmica, por las vías naturales. Algunos cirujanos, no obstante, prefieren administrar el cloroformo siguiendo uno de los métodos especiales que recordaremos en pocas palabras: 1.º método de Kocher: traqueotomía preliminar con taponamiento de la faringe; 2.º método de Doyen: intubación de la laringe; 3.º método de Crile: intubación de la nasofaringe por medio de dos gruesos tubos de desagüe introducidos por la nariz y llevados hasta la epiglotis y luego taponamiento de la laringe y 4.º método de Pirogoff Cunningham: inyecciones intrarrectales de vapores de éter (1). Los enfermos son operados en decúbito horizontal, o con la cabeza colgando en posición de Rose.

En cuanto a los medios de diéresis, hoy todos los cirujanos han abandonado los que obran con lentitud y que dejan en la boca partes esfaceladas, notablemente la forcipresión permanente y la ligadura, aun elástica, porque exponen mucho a la septicemia. El instrumento cortante (bisturí, y sobre todo las tijeras) goza del favor general y con razón: así se ve mejor lo que se hace; se quita con más precisión y seguridad todo lo sospechoso.

(1) 5.º Anestesia intravenosa. — (N. del R.)

§ 1. — AMPUTACIONES PARCIALES

A. Vía bucal. **1.º Amputación de la mitad anterior de la lengua.** — Con o sin ligadura previa de las dos linguales en el sitio de elección, se abre ampliamente la boca, se coge la lengua y se la estira fuertemente con unas pinzas de Museux y luego se la secciona, ya transversalmente, ya en V (Boyer). Se hace la hemostasia y se suturan las superficies de sección, mucosa superior con mucosa inferior en la sección transversal, lado derecho con lado izquierdo en la sección en V.

2.º Amputación de los dos tercios anteriores de una mitad lateral de la lengua. Procedimiento de Hueter (*reconstrucción de la lengua con la mitad restante*). — Después de ligar la arteria correspondiente en el sitio de elección, separados fuertemente los arcos dentarios y atraída la lengua hacia delante, córtese transversalmente la mitad de la

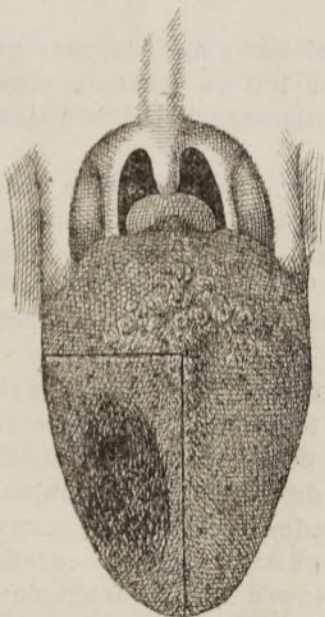


Fig. 822. — Amputación de los dos tercios anteriores de la mitad lateral derecha de la lengua por el procedimiento de Hueter. Secciones.

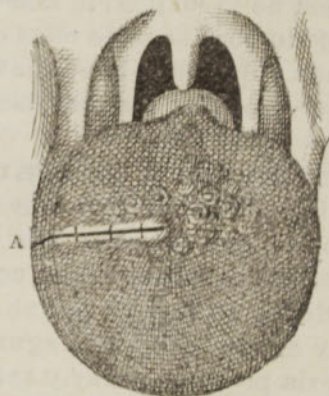


Fig. 823 — La misma amputación, sutura de la mitad izquierda (A) con el muñón posterior.

base de la lengua, de un vigoroso *tijerazo*, cerca del pilar anterior del velo del paladar.

Hágase la segunda sección a partir de la punta de la lengua hasta el extremo interno de la primera, con la que forma un ángulo recto (fig. 822).

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

Hemostasia por compresión o ligadura.

Finalmente, suturese la mitad restante de la lengua con la superficie de sección posterior, después de haberla inclinado hacia el lado operado, de donde resulta la formación de una nueva lengua (fig. 823).

B. Vía suprahioidea. **Amputación de toda una mitad lateral de la lengua.** Procedimiento de Verneuil. — Hágase una inci-

sión que vaya de la sínfisis al ángulo de la mandíbula, a lo largo del borde inferior del hueso (fig. 824, A B).

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

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

Una vez atraída la lengua fuera de la boca con unas pinzas de Museux, dividasela en dos mitades sobre la línea media.

Despréndanse las inserciones y adherencias de la lengua a la cara posterior correspondiente de la mandíbula.

Finalmente, estando la lengua pendiente sólo de sus conexiones con el hueso hioides, con la epiglottis y con el pilar correspondiente del velo palatino, atráigasela, mediante unas pinzas, por debajo de la mandíbula, a través de la herida suprahióidea, y secciónesela en su base.

Kocher, que opera también por la vía suprahióidea y según el mismo principio fundamental (extirpación amplia radical), en lugar de una herida lineal, hace un colgajo cutáneo cuadrangular (fig. 824, C D E F). Su procedimiento es generalmente adoptado en el extranjero.



Fig. 824.—Amputación de toda una mitad lateral de la lengua.

A B, incisión de Verneuil; C D E F, incisión de Kocher

§ 2. — AMPUTACIONES TOTALES

A. Vía bucal. 1.º Amputación total de la lengua sola.

Procedimiento de Whitehead. 1.º tiempo: *Liberación de la lengua*.—Hallándose el sujeto profundamente dormido por el cloroformo, la boca bien alumbrada, ampliamente abierta por medio de un separador, la cabeza en posición de Rose, pásese un asa de seda a través de la parte anterior de la lengua y atráigasela fuertemente hacia fuera. Con tijeras rectas romas, secciónense francamente, primero los pilares anteriores del velo palatino cerca de la lengua, luego el frenillo y los genioglosos cerca de su inserción maxilar; respétense los geniohióideos. La lengua sale y se despliega. Libértense sus lados; córtese la mucosa y luego los músculos hioglosos. Aparecen las linguales; líguense y córtense. En cuanto estas conexiones quedan divididas, la lengua se deja llevar muy bien al exterior; la operación es desde entonces extrabucal en cierto modo.

2.º tiempo: *Sección frontal de la base de la lengua*.—Pásese un asa de seda a través de los repliegues glosopiglóticos, a fin de poder retener el muñón en caso de trastorno respiratorio o de hemostasia complementaria. Luego divídase de través, delante del asa, la última inserción de la lengua. El hilo se deja colocado veinticuatro horas. Si se quiere, se puede suturar el muñón y el suelo bucal (Poirier). En otros casos la excavación consecutiva a la ablación de la lengua se lava y se enjaga perfectamente, luego se la embadurna con un barniz adhesivo, compuesto en parte de solución etérea yodofórmica y de trementina, llamado *barniz de Whitehead*; la capa así extendida forma una costra sólida que se aguanta veinticuatro horas. No hace falta otra cura.

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

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

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

2.º Amputación de la lengua con excavación cervical. Procedimiento de Poirier. — Primero Poirier (1) y luego J. L. Faure (2) han propuesto recientemente un método de exéresis extensiva en dos tiempos, que se compone de dos partes: 1.º la ablación de la lengua según la manera de Whitehead, y 2.º la evacuación o excavación completa de las dos regiones cervicales laterales. He aquí su resumen:

1.º Amputación de la lengua. — Por el procedimiento de Whitehead en posición de Rose.

2.º Excavación cervical. — Trácese una primera incisión de 15 a 20 centímetros a lo largo del borde anterior del esternomastoideo, desde la depresión retroangulomaxilar a dos traveses de dedo más arriba de la articulación esternoclavicular. Luego practíquese otra empezando a 1 centímetro por fuera de la sínfisis mentoniana y que se une con la precedente hacia el borde superior del cartílago tiroides. Diséquense los colgajos cutáneos.

Búsquense y diséquense los vasos como para ligarlos, de abajo arriba; quítense los ganglios a menudo adherentes a la yugular interna; procédase con sumo cuidado a limpiar bien la bifurcación de las carótidas y remóntese hasta el agujero rasgado posterior. Respétese el hipogloso y el vientre posterior del digástrico.

Líguense la lingual y la facial o bien la carótida externa. A grandes tijeretas, quítase la glándula submaxilar. Búsquense y extírpense: 1.º los ganglios situados entre la glándula y el maxilar inferior; 2.º los ganglios genianos colocados sobre el maxilar a lo largo de la facial; 3.º los ganglios submentales, y 4.º los ganglios situados debajo del hiogloso en el triángulo de la lingual.

Sutúrense las heridas y deságüese por abajo, a causa del abundante flujo de linfa.

J. L. Faure ha insistido últimamente con razón, en la necesidad, para evitar los accidentes sépticos y disminuir la gravedad de la operación, de intervenir en dos tiempos. Practíquese primero la amputación según el procedimiento de Whitehead, con sutura de la herida bucolingual y luego, doce o quince días después, cuando la herida bucolingual está cerrada, procédase a la ablación ganglionar. Opina que basta evacuar uno solo de los lados del cuello, el que corresponde a la parte enferma de la lengua.

B. Via suprahloidea. 1.º Amputación total de la lengua y del suelo bucal. Procedimiento de Verneuil. — Se practican en ambos lados las mismas maniobras que hemos descrito para la amputación

(1) Poirier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 23 de Abril de 1902, pág. 482.

(2) J. L. Faure, *Presse médic.*, 17 de Diciembre de 1904, pág. 801.

de una mitad lateral de la lengua. La incisión se extiende de un masetero al otro siguiendo el borde inferior de la mandíbula. Ligadura y sección de las dos faciales; sección de los músculos geniglosos y genihioideos contra el maxilar; desprendimiento de la mucosa de la cara interna del mismo; atracción rápida de la lengua a través de la herida suprahioidea y, finalmente, separación de la lengua con el termocauterio, el bisturí y las tijeras.

3.º Amputación total de la lengua y del suelo bucal con resección de la parte media de la mandíbula inferior. Procedimiento de Chalot. — Como en el procedimiento de Verneuil, hágase una incisión paralela al borde inferior de la mandíbula, líguense y córtense las faciales, extírpense las glándulas y los ganglios submaxilares y líguense las dos linguales (fig. 825).



Fig. 825. — Procedimiento de Chalot para la amputación total de la lengua y del suelo bucal.

Extraíganse los primeros molares derecho e izquierdo, por ejemplo, y hágase a su nivel la sección del maxilar (véase *Resección*).

Sáquese el segmento óseo y la lengua a través de la herida suprahioidea, y por fin, sepárese la lengua con preferencia con las tijeras. El labio respetado une las dos mitades del maxilar.

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

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

El taponamiento y el barnizado son igualmente indispensables después de la amputación total más o menos complicada de la lengua; pero a menudo es prudente además, y hasta necesario, abrir aparte la región suprahioidea o aprovechar la brecha operatoria de esta región para practicar el drenaje del suelo bucal; utilizamos habitualmente con este objeto las mechas de gasa que sirven

(1) *Fórmula del adhesol de Périer. Bull. de la Soc. de Chir., 26 de Junio de 1895.*

Resina copal.	350 gramos
Berjul	30 —
Halsamo de Tolú	90 —
Éter sulfúrico	1000 —
Esencia de tomillo	20 —
Naftol	3 —

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

ya para el taponamiento de la cavidad bucal. Según la abundancia y la naturaleza de las secreciones, se cambia el apósito cada dos, tres o cuatro días, y se hace lavar a menudo la boca en el intervalo, con agua timolada al 1 por 1000, salicilada al 3 por 1000, formolada al 5 por 1000, o mejor con agua oxigenada a la que se ha añadido una tercera parte o una mitad de agua hervida.

La alimentación se hace artificialmente, durante un tiempo variable por el recto, por la boca o por la nariz. Más tarde, después de una educación inevitable, los operados que han sufrido la amputación total llegan a alimentarse naturalmente y a hablar de un modo bastante inteligible.

II

Glándulas salivales

1. — ABLACIÓN DE LA PARÓTIDA

Puede ser *parcial* o *total*.

1.º Ablación parcial. — Incisión cutánea sobre el tumor mismo y paralela a los filetes del facial, o bien incisión estética (Morestin) disimulada detrás y debajo de la oreja.

Se descubre, aísla y liberta el tumor; de abajo hacia arriba si se puede, para ligar los troncos vasculares antes de las ramas. Se evita el facial y la carótida externa.

Se reúne la incisión del modo ordinario o mediante una sutura a punto por encima intradérmica.

2.º Ablación total. — Difícil, bien reglada por Bérard y J. L. Faure (1).

Incisión en $\perp$ invertida con una rama mayor vertical sobre el trago, rama menor horizontal a partir del trago. Se disecan los colgajos.

Se busca, se liga y se corta sucesivamente: *a*) el pedículo anterior (conducto de Sténon y vasos transversales de la cara); *b*) el pedículo superior o temporal (vasos temporales); *c*) los pedículos inferiores: submaxilar delante (vena facial y yugular externa), esternomastoideo detrás; *d*) el pedículo carotídeo, el más importante de todos.

Se disea la zona articular. Se escota el borde posterior de la rama ascendente con las pinzas gubia. Se echa la glándula hacia atrás para coger y cortar el pedículo maxilar interno. Se despega la prolongación faríngea de la glándula, luego su borde posterior adherente a la vaina del esternomastoideo y por último su borde superior o auricular.

II. — FÍSTULAS DEL CONDUCTO DE STÉNON

Sólo describiremos tres procedimientos.

1.º Punción simple. — Se pone la mejilla tensa, se introduce por la fístula un trocar de hidrocele, oblicuamente de fuera adentro y adelante.

(1) J. L. Faure, *Gaz. des hôp.* (1895), pág. 353

Por la cánula del trocar se introduce en el trayecto así creado un tubito de desagüe perforado cuyo extremo exterior sale por la fistula o bien a través de la piel, por detrás de ella (Richelot).

2.º Punción doble.—May sencillamente, Moty (1) hunde de fuera adentro por la fistula una aguja de Reverdin que recoge en la boca tres crines de Florencia y las saca por la fistula. Provista siempre de estas tres crines, se vuelve a hundir la aguja por la fistula, pero volviendo a salir por la boca a 1 centímetro más atrás del primer orificio. Las tres crines se aprietan y atan en la boca.

3.º Aislamiento del extremo posterior.—En el trayecto de Sténon (desde el extremo del lóbulo al ala de la nariz) y por detrás de la herida o de la fistula, descúbrase y aíslese el conducto; perfórese la mejilla, introdúzcase el trozo parotídeo del conducto en el ojal y sujétese allí mediante algunos puntos. Refrésquese y sutúrese la fistula (Bouglé).

III.—ABLACIÓN DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

Procedimiento de Verneuil.—Vuelta la cabeza hacia el otro lado y el mentón un poco levantado hacia arriba y atrás, hágase una incisión curvilínea de convexidad inferior, amoldada en cierto modo a la corvadura de la región submaxilar, deteniéndose sus extremos en el borde inferior de la mandíbula. Se divide lentamente la piel, la fascia superficial, el cutáneo y la aponeurosis cervical (fig. 826).

En cuanto se llega a la envoltura fibrosa de la glándula, atáquesela con mucho miramiento por la parte superior a pequeños cortes de bisturí; córtese la arteria facial entre dos ligaduras cerca del borde de la mandíbula; hágase otro tanto con la vena facial, y luego enucleéense la glándula y los ganglios submaxilares de arriba abajo por diéresis obtusa con los dedos o la sonda acanalada, practicando al mismo tiempo la hemostasia.

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

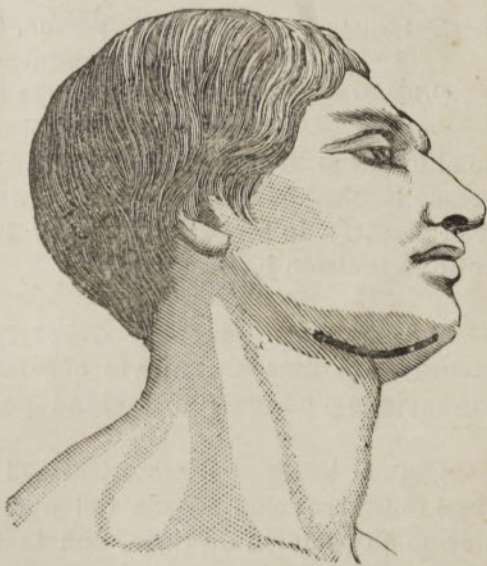


Fig. 826. — Extirpación de la glándula submaxilar por el procedimiento de Verneuil

(1) Moty, *Gaz. des hôp.* (1895), pag. 1175.

III

Faringe

I. — INCISIÓN DE LOS ABSCEOS Y FLEMONES DE LA AMÍGDALA Y DE LA FARINGE

1.º Absceso amigdalino. Periamigdalitis flemonosa.

— En la gran mayoría de los casos, el pus está coleccionado, *no en la amígdala, sino en la parte superior y anterior del pilar anterior del velo*. Allí es donde forma prominencia debajo de la mucosa y se le puede sentir (signo de Lemaistre). Allí es donde se debe incindir.

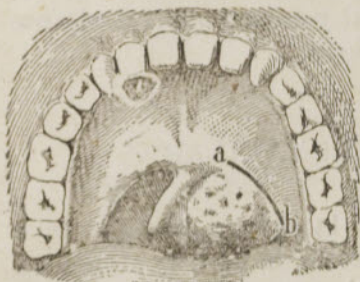


Fig. 827.—Incisión de los abscesos amigdalinos

ab, trazado de la incisión

Anestesia local o general. Ábrase bien la boca con un separador; deprímase la lengua con el depresor lingual. Determínese el punto de elección y, con el bisturí, incíndase a ese nivel paralelamente al borde inferior del velo, a 1 centímetro de este borde, *en una línea trazada desde la raíz de la úvula hasta la muela del juicio superior*. Clávese el bisturí de dentro afuera y prolonguese la incisión tan abajo como se pueda (figura 827).

Si el trismus es demasiado acentuado para que el enfermo pueda abrir la boca, con el pulpejo del índice izquierdo reconózcase la base de la úvula y el borde interno del pilar anterior. Hágase deslizar el bisturí a lo largo del dedo y húndasele francamente en el velo, prolongando la incisión hacia abajo.

2.º Absceso retrofaringeo. — Dos vías pueden conducir a él; vía bucal, la más usada; vía cervicolateral, indicada en los casos de trismus pronunciado o cuando la cavidad purulenta tiene una prolongación cervical.

a. Vía bucal. — Inmovilícese el niño envolviéndolo en una manta. Para evitar toda irrupción brusca del pus en las vías aéreas, es prudente poner al enfermo en posición de Rose, con la cabeza colgando. Sepárense fuertemente las mandíbulas.

Con el índice izquierdo búsquese la tumefacción fluctuante, y luego deprímase la base de la lengua. Tómese un bisturí puntiagudo, guarnecido, si se quiere, de gasa o de diaquilón hasta 2 centímetros de la punta. Húndasele francamente en la *línea media* (para respetar los vasos colocados por fuera) e incíndase rápidamente de arriba abajo en una longitud de 2 a 3 centímetros. Si el niño no tiene la cabeza colgando, inclínesele en seguida hacia delante para que el pus salga por la boca.

b. Vía cervicolateral. — Sobre el borde posterior del esternomastoideo, a nivel de su tercio superior, hágase una incisión de 3 a 5 centímetros. Explórese el borde del músculo; apártesele hacia delante con un separador que aparta al

mismo tiempo los vasos, y luego con la sonda acanalada, pasando por detrás del paquete vasculonervioso, márchese prudentemente hacia el pus. Abierta la colección, enséchese la abertura con unas pinzas, separando sus ramas.

3.º Absceso laterofaríngeo. — La vía bucal sólo puede seguirse en estos casos excepcionalmente. Más vale incindir por el cuello. En tales circunstancias, como los vasos están de ordinario desviados hacia dentro, incíndase sobre el borde anterior del esternocleidomastoideo, debajo del ángulo del maxilar; explórese el músculo, y luego con la sonda acanalada, guiada por el dedo, dirigirse prudentemente *hacia delante, adentro y arriba* hasta encontrar el pus (Lejars).

II. — AMIGDALOTOMÍA

El aparato instrumental, muy sencillo, consiste en una especie de guillotina imaginada por Fahnestock y cuyo modelo más corriente en la actualidad es el amigdalotomo de tres anillos de Chassaignac (fig. 828); se le maneja con

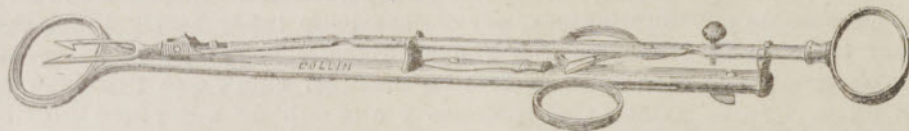


Fig. 828. — Amigdalotomo de Chassaignac

una sola mano; o bien puede ser unas pinzas de Robert con dos o tres garfios laterales y un bisturí de botón, muy afilado, cóncavo, con mango largo. A veces, en los niños muy pequeños, en los que son indóciles o se asustan, pueden ser también necesarios un abre bocas lateral y un depresor lingual. El amigdalotomo es precisamente preferible en esta clase de enfermos, porque permite obrar aprisa y quitar la amígdala en algunos segundos.

La anestesia general se practica con el bromuro o el cloruro de etilo; pero se puede perfectamente recurrir en ciertos casos a las embrocaciones de estovaina o de cocaína sobre la amígdala y las partes vecinas para calmar el dolor y los movimientos reflejos (náuseas, vómitos, accesos de tos).

Procedimiento con el bisturí. — Colóquese el paciente sentado frente a una ventana, con una servilleta sujeta alrededor del cuello, con la boca muy abierta y bien alumbrada. Un ayudante, situado detrás de él, le sostiene la cabeza bastante echada hacia atrás. Cójase la parte culminante de la amígdala, un poco por el lado izquierdo con las pinzas de garfios laterales, tírese moderadamente, con la mano izquierda, de ese órgano, hacia la línea media. Dirijase el bisturí con la mano derecha, la concavidad hacia arriba, entre la amígdala y la lengua contra el pilar anterior; llévesele hacia la faringe hasta que la amígdala corresponda bien a su concavidad; luego secciónese la completamente de abajo arriba en forma de semicírculo, con movimientos rápidos de sierra, siguiendo el contorno del pilar hacia la úvula. Retírense los instrumentos con el segmento de amígdala, hágase enjuagar la garganta con agua fría adicionada con un poco de vinagre, o bien limpiarla con torundas montadas, y déjese al enfermo que descanse algunos instantes.

Repítanse las mismas maniobras en la otra amígdala, tomando las pinzas

de garfios con la mano derecha y el bisturí con la mano izquierda. Colóquese el operador detrás del enfermo, si sólo sabe manejar el bisturí con la mano derecha.

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

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

La hemorragia que acompaña la escisión de las amígdalas, ya se haga con el bisturí, ya con el amigdalotomo, es de ordinario insignificante: se cohibe por sí misma o por la acción de algunos sorbos de agua fría, de una compresa empapada con solución de antipirina o de adrenalina, de la compresión digital directa, etc. No se hace grave sino por excepción, sobre todo hasta el punto de necesitar la ligadura de la carótida externa; estos casos excepcionales se explican, si la hemorragia es puramente parenquimatosa, por el desarrollo inflamatorio de los pequeños vasos o por tratarse de un sujeto que padece diátesis hemofílica; — si es arterial, formando chorro, por la sección de la arteria tonsilar, rama que proviene ordinariamente de la arteria palatina ascendente y que adhiere a la parte inferior de la cápsula amigdalina hasta el punto de no poder retraerse (Zuckerkandl). De ahí las tres reglas prácticas siguientes: *No operar nunca durante o al final de una amigdalitis (Tillaux); — examinar con cuidado los conmemorativos y no operar nunca a los hemofílicos con el instrumento cortante; — cuando se opera, no atraer demasiado la amígdala hacia dentro a fin de respetar su parte yuxtafaríngea y, por consiguiente, la arteria tonsilar.* En cuanto a la herida de la carótida interna, que está situada 1 centímetro por atrás y fuera de la amígdala — terror tradicional de los novicios y de los inexperimentados, — la consideramos imposible, sobre todo si se observa la última regla y si se hace la sección por dentro, *no a través*, del pilar anterior.

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

III. — FARINGOTOMÍAS

§ 1. — FARINGOTOMÍA INFRAHIOIDEA

La faringotomía infrahioidea, así denominada por Richet, y no por v. Langenbeck como pretenden algunos autores alemanes, consiste en abrir la faringe haciendo una herida penetrante transversal, más o menos extensa según el fin propuesto, en el espacio tirohioideo. Malgaigne es el primero que ha descrito y recomendado esta operación con el nombre de *laringotomía infrahioidea*.

Procedimiento. — Estando la cabeza fuertemente extendida sobre un rollo y sostenida por un ayudante — después de haber reconocido el borde inferior

del hueso hioides, — colóquese el operador a la izquierda, fija los tegumentos con los dedos de la mano izquierda y divide transversalmente la piel y el músculo cutáneo, en una extensión de 5 a 6 centímetros, a lo largo del borde inferior del hueso hioides, de modo que el punto medio de la incisión corresponda al centro del cuerpo de este hueso. Cójanse con las pinzas las pocas venillas que puedan sangrar.

Divídase poco a poco, en la misma extensión y al ras del hueso hioides, la aponeurosis cervical, luego los músculos omohioideos y esternohioideos y después los músculos tirohioideos, hasta que la membrana tirohioidea quede al descubierto.

Dirijase ahora la punta del bisturí hacia arriba, detrás del cuerpo del hueso hioides, en el espacio seroso que se halla entre él y la membrana tirohioidea y divídanse sucesivamente, siempre en sentido transversal (para evitar la lesión de los nervios laríngeos superiores), esta membrana, el tejido glánduloso subyacente y, por último, la mucosa, de modo que se llegue por delante de la epiglotis en su unión con la cara dorsal de la lengua (fig. 829).

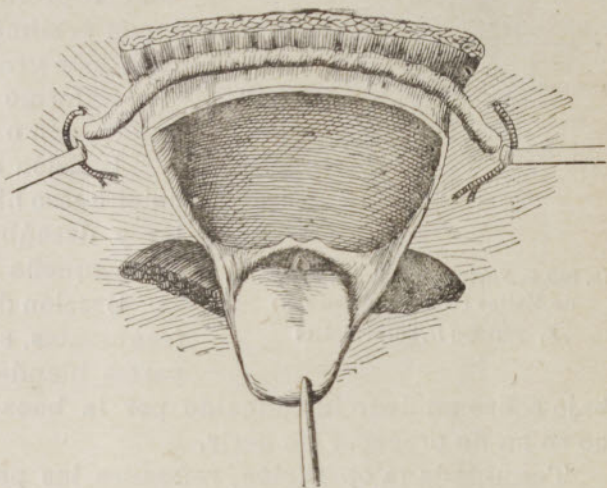


Fig. 829. — Faringotomía infrahioidea

La epiglotis está atraída hacia delante

Agrándese hacia derecha e izquierda, hasta llegar al asta mayor del cartílago tiroides, la parte profunda de la herida, y por último tírese hacia delante la epiglotis por medio de una erina. Así se ve muy bien la entrada de la laringe, la del esófago y la mayor parte de la faringe.

Una vez ejecutada la operación final, reúnanse los diversos planos por medio de algunos puntos de catgut superpuestos, dejando en la línea media una abertura para la expulsión de sangre y de mucosidades que tendrá lugar durante algún tiempo. Esta abertura se cierra luego por sí misma.

Cuando la operación final (cáncer de la faringe, por ejemplo) debe ir acompañada de una pérdida de sangre más o menos considerable, se da primero el cloroformo por las vías naturales, y luego se abre la tráquea, se coloca una cánula y se continúa la anestesia por este punto; se practica en segundo lugar la faringotomía, y una vez hecha se tapona la laringe por arriba de la cánula, con gasa, antes de pasar a la extirpación del cáncer.

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

§ 2. — FARINGOTOMÍA TRANSHIOIDEA (1)

Vallas designa con este nombre una operación que consiste en abordar directamente la faringe haciendo la *osteotomía media del hueso hioides*. Las

(1) Consúltense Vallas, *Rev. de chir.* (1900), t. XXI, pág. 623; Gaudier, *XXIº Congr. fr. de chir.* 1903), pág. 272.

indicaciones principales son: los cuerpos extraños de la faringe y del esófago, los tumores de la epiglotis y las estrecheces sífilíticas de la parte inferior de la faringe,

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

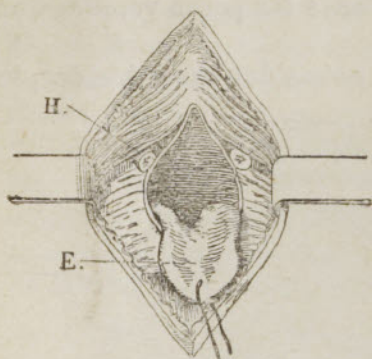


Fig. 830. — Faringotomía transhioides de Vallas (Ricard y Launay)
E, epiglotis; H, hueso hioides

Enfermo en posición de Rose, cabeza colgando, con o sin traqueotomía previa.

Incisión en la línea media, con su centro en el hueso hioides. Penétrese en el rafe muscular y descúbrase el hueso que se denuda en una pequeña extensión.

Sección del hueso con las cizallas. Entre los fragmentos, separados hacia fuera, córtense las partes blandas y ábrase la faringe de arriba abajo sobre un dedo introducido por la boca, por delante de la epiglotis, a la que se ha de procurar no herir.

Terminada la operación, reúnanse las partes blandas con o sin sutura del hueso.

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

§ 3. — FARINGOTOMÍAS LATERALES (1)

(Faringectomía. Extirpación de la amígdala)

Comprenden dos grupos de intervenciones, unas que interesan la faringe superior y la amígdala, las otras la faringe inferior y el extremo superior del esófago,

A. Faringotomía lateral superior. — Ideada y metodizada por Langenbeck, tiene principalmente por objeto la ablación de los tumores de la faringe y de la amígdala, aun bastante limitados para poder ser extirpados completamente.

En este caso, la condición esencial de una exéresis provechosa es la creación de una ancha vía de acceso, ya por luxación hacia fuera de la rama ascendente del maxilar previa osteotomía lineal, ya por resección de esta misma rama.

Técnica. — Mikulicz, Langenbeck y Trendelenburg aconsejan la traqueotomía preventiva. Pero la mayoría de los cirujanos se contentan con retardar lo más posible la abertura de la mucosa faríngea y colocar entonces al enfermo, con la cabeza colgando, en posición de Rose.

1.^{er} tiempo. Incisión. — Mikulicz hace una larga incisión paralela al borde anterior del esternomastoideo (fig. 831, a b). J. L. Faure incide desde la comi-

(1) Consúltese J. L. Faure, *XV^o Congr. fr. de chir.* (1902), pág. 420; Orlow, *Rev. de chir.* (1903), t. XXVII, pág. 199.

surra labial hasta la parte inferior del esternomastoideo, pasando por el ángulo maxilar (fig. 831, *d e*). Krönlein traza una incisión curva de concavidad superior, desde la comisura bucal a la mastoides, pasando a nivel del hueso hioides (fig. 831, *c d*). Kocher hace una incisión angular muy análoga, cuya rama anterior va de la comisura labial al hueso hioides y la rama posterior asciende desde este hueso al lóbulo de la oreja (fig. 832, *a b c*). Orlow acusa a todas estas incisiones de dar una abertura insuficiente o de sacrificar una parte de los filetes del facial inferior. Aconseja y practica la incisión de Krönlein modificada partiendo del labio inferior en la línea media para ganar, formando una vasta

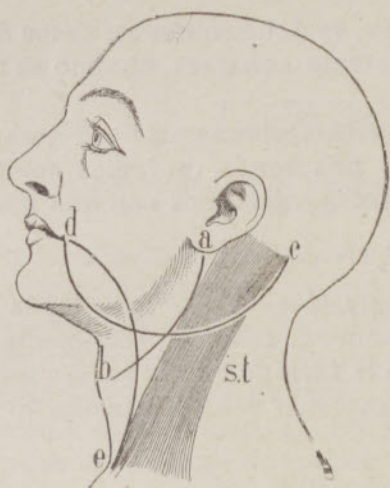


Fig. 831. — Faringotomías laterales

st, músculo esternomastoideo; *ab*, incisión de Mikulicz;
cd, incisión de Krönlein; *de*, incisión de J. L. Faure



Fig. 832. — Faringotomías laterales

abc, incisión de Kocher; *defg*, incisión combinada

curva, el borde posterior del esternocleidomastoideo y la base de la mastoides. Así se respeta el facial y se obtiene una gran abertura sobre la faringe.

Asimismo se utilizará la larga incisión premastoidea de Mikulicz, desde la mastoides hasta la parte inferior de la laringe, a la que se enlazará una incisión horizontal encuadrando el ángulo del maxilar (fig. 832, *d e f g*) y que se prolongará hacia delante cuanto sea necesario.

Esta incisión, muy cómoda, permite levantar dos colgajos, descubre ampliamente el ángulo del maxilar, la región submaxilar y la región carotídea, donde se podrá, si se quiere, practicar inmediatamente la ligadura preventiva temporal o definitiva de los grandes vasos puestos al descubierto.

2.^o tiempo. Osteotomía o resección de la rama ascendente. — El ángulo del maxilar es denudado rápidamente con la legra y luego seccionado en su parte anterior con las cizallas, la sierra ordinaria o la sierra flexible. Se coge con unas tenazas la rama ascendente y se luxa hacia fuera (resección temporal) o bien si parece que la abertura ha de ser insuficiente, se completa rápidamente la denudación y se arranca por torsión, previa sección del músculo temporal (resección definitiva).

3.^{er} tiempo. Evacuación ganglionar. — Se practica de abajo arriba, diseccionando sucesivamente la yugular interna, la carótida primitiva, las carótidas interna y externa, las ramas de la carótida externa y el tronco tirolinguofacial. Se termina por el raspado de la celda submaxilar.

4.º tiempo. Abertura de la faringe, faringectomía. — Entonces se coloca al enfermo con la cabeza colgando. Con un separador, se atrae hacia delante lo que queda del maxilar inferior y, seccionando la capa muscular formada por el constrictor superior, los estilogloso y estilofaríngeo, se penetra en la faringe.

Se procede a la extirpación amplia del neoplasma.

5.º tiempo. Cierre de la herida. — Cuando se haya levantado simplemente la rama ascendente del maxilar sin resecarla definitivamente, se intentará restaurar la mandíbula suturando los dos fragmentos por medio de un alambre de plata.

En cuanto a la brecha de las partes blandas, se debe en ciertos casos dejar la herida abierta y contentarse con un taponamiento con gasa, cuando se teme particularmente una infección (Verneuil).

En otro caso se la suturará parcialmente, estableciendo un buen desagüe.

El enfermo será alimentado con ayuda de una sonda esofágica colocada permanentemente por la nariz y hará frecuentes gargarismos con una mezcla de agua hervida y agua oxigenada.

B. Faringotomía lateral inferior o retrotiroidea (1). — Practicada por Wheeler y descrita de nuevo por Quénu y Sébilleau, tiene especialmente por objeto la extracción de los cuerpos extraños de la faringe o de la parte superior del esófago. Según Quénu y Sébilleau debe reemplazar ventajosamente en muchos casos a la esofagotomía externa.

1.º tiempo. Incisión. — Explórese el lecho carotídeo, reconózcase el hueso hioides y el cartilago tiroides. A lo largo del borde anterior del esternomastoideo o por delante de él, hágase una incisión de 8 centímetros por lo menos, que rebase en 2 centímetros por arriba y por abajo los bordes correspondientes del cartilago tiroides. Búsquese, cójase con dos pinzas y córtese entre éstas la vena yugular externa. Córtese la aponeurosis cervical superficial sobre el borde anterior del esternomastoideo, descúbrase este borde, despéguese y apártese hacia atrás.

2.º tiempo. Liberación de la faringe. — En la herida, bien expuesta, reconózcase el omohioideo, plano y oblicuo hacia arriba y adelante. Detrás de él, incíndase la aponeurosis cervical media; aíslese y reclínese hacia delante y adentro dicho músculo. Entonces se ve el pedículo vascular tiroideo superior, oblicuo hacia abajo, adentro y adelante.

Cójase con dos pinzas y seccionese entre éstas dicho pedículo; apártese hacia abajo la punta del lóbulo tiroideo para descubrir el constrictor inferior de la faringe. Con una erina o con un separador de Volkmann con garfios, engánchese y estírese fuertemente hacia delante el borde posterior de la hoja del cartilago tiroides, como si se quisiera hacerla bascular. Así se ponen tensas las fibras del músculo tirofaríngeo que de posteriores pasan a ser laterales y se ofrecen al bisturí.

3.º tiempo. Abertura de la faringe. — A lo largo del borde posterior del cartilago tiroides y junto a él seccionese la pared faríngea, músculo y mucosa. En tanto que el separador, levantando el cartilago, lleva hacia delante el labio anterior de la herida, unas pinzas de forcipresión mantienen hacia

(1) Quénu y Sébilleau, *Rev. de chir.*, 10 de Junio de 1904.

atrás el labio posterior formado por la sección muscular y ensanchan mucho la abertura.

4.º tiempo. Cierre de la herida. — Puede ser incompleta o completa, con o sin desagüe, según las indicaciones del caso particular.

IV

Esófago

I. — CATETERISMO DEL ESÓFAGO

Puede ser evacuador, explorador y dilatador.

1.º Cateterismo evacuador.—Se practica de ordinario por la boca, excepcionalmente por la nariz, cuando se ha de dejar la sonda permanente o cuando no se logra separar las mandíbulas (trismus, enajenados, etc.).

Los instrumentos empleados son las sondas llamadas *esofágicas*, de 50 centímetros por lo menos de largo, de un diámetro de 8 a 12 milímetros, con el extremo terminal romo, provisto de un orificio lateral, y el extremo externo ensanchado en forma de embudo. Estas sondas pueden ser blandas (sonda de Krishaber, tubo de Faucher, sifón de Dabove) y provistas o no de mandril, o bien semirrígidas, de goma.

El cateterismo por la boca es de técnica fácil. El sujeto está sentado, con la cabeza echada hacia atrás y la boca muy abierta. La anestesia local de la faringe, siempre útil, puede ser realizada por una pulverización o algunos toques con una disolución de cocaína al 2 por 100. El cirujano, colocado frente al enfermo, desliza su índice izquierdo sobre el dorso de la lengua hasta cerca del repliegue glosopiglótico medio, encorva entonces el dedo en forma de gancho y empuja la lengua de atrás adelante, atrayendo de este modo la faringe en el mismo sentido. Con la mano derecha, coge entonces, como una pluma de escribir, la sonda, untada de glicerina y provista o no de un mandril, la conduce a lo largo del índice izquierdo, la empuja contra la pared posterior de la faringe y, siguiendo siempre esta pared como guía, la introduce suavemente en el esófago, evitando la laringe; por lo demás, se advierte la penetración de la sonda en la laringe por un violento acceso de tos o de sofocación.

Introducida la sonda en el esófago, se la empuja poco a poco invitando al enfermo a que respire profundamente y a que haga repetidos movimientos de deglución para «tragar» la sonda. Se continúa la introducción hasta que la parte que ha penetrado más allá del arco dentario mida 45 o 50 centímetros.

La penetración en el estómago es a menudo anunciada por la salida de algunos gases que se escapan de la sonda crepitando.

El cateterismo por la nariz se ejecuta según los mismos principios, es decir, siguiendo constantemente la pared posterior de la nasofaringe y luego de la faringe. Colocando la cabeza muy echada hacia atrás, la sonda es conducida hasta el plano vertebral y luego introducida suavemente y después hasta el fondo cuando se está seguro de haber penetrado en el esófago.

2.º Cateterismo explorador. — Puede ser practicado para buscar, ya una estenosis, ya un cuerpo extraño del esófago.

Se emplearán en el primer caso bujías exploradoras de goma o bien los

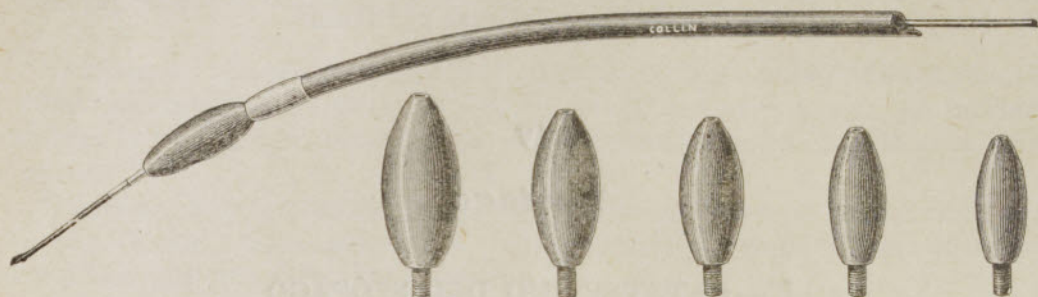


Fig. 833. — Aparato de Verneuil. Conductor con olivas dilatadoras

aparatos de Trousseau y de Verneuil (fig. 833), cuyas olivas, de volumen creciente, pueden servir para la exploración y para la dilatación.

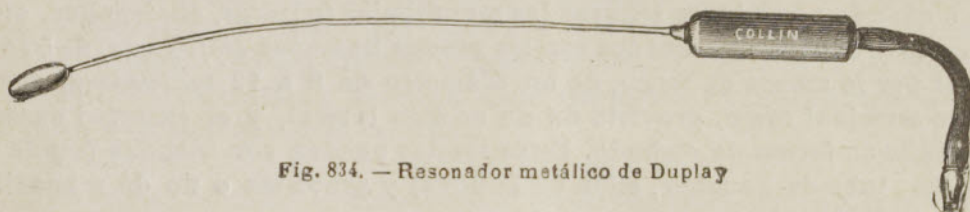


Fig. 834. — Resonador metálico de Duplay

En el segundo caso, se empleará con preferencia el resonador de Duplay-Collin (fig. 834).

La introducción de estos instrumentos se hará por la boca, siguiendo la técnica ya conocida.

Recuérdese: 1.º que el esófago empieza a 15 centímetros de los incisivos superiores para terminar a 40 centímetros de estos mismos incisivos; 2.º que comprende tres porciones: cervical (4 centímetros), torácica (17 centímetros) y abdominal (3 centímetros), y 3.º que existen tres «estrecheces normales» de su calibre, situadas a la entrada, a nivel del cruce con el cayado aórtico y al atravesar el diafragma, es decir, a las distancias respectivas de 15, 22 y 36 centímetros a partir de los incisivos superiores.

3.º Cateterismo dilatador. — Se dirige contra las estenosis cicatriciales del esófago y se practica con las bujías de Bouchard o los dilatadores de Trousseau, Richet, Verneuil, etc.

Las bujías de Bouchard son cilindrocónicas y de diámetro creciente en serie completa desde las más finas a las más gruesas. Se las introduce como las sondas esofágicas; se las deja colocadas de cinco a ocho minutos y las sesiones de dilatación tienen lugar cada dos o tres días. La dilatación puede llegar hasta 15 y 19 milímetros en el niño y 20 a 22 milímetros en el adulto.

El dilatador-conductor de Verneuil (fig. 833) se compone de un delgado conductor de ballena, de extremo romo, sobre el que corre un tallo hueco que tiene en su extremo un paso de rosca al que se adaptan sus olivas dilatadoras de diámetro creciente. Se introduce primero el conductor, que se hace llegar luego hasta el estómago y que guía luego con toda seguridad la oliva dilatadora.

4° Cateterismo retrógrado.— Este método, propuesto por Schattauer, Bergmann y Socin y reproducido recientemente en Francia por Delagénère, del Mans (1), consiste en practicar el cateterismo del esófago de abajo arriba, desde el estómago hacia la faringe, previa gastrotomía. Así se pueden sortear dificultades insuperables de arriba abajo, y siguiendo el método vienés, practicar el sondaje sin fin por medio de bujías cónicas con cuello, sujetas a un hilo conductor arrastrado de abajo arriba por la primera bujía, que se ha podido introducir por el estómago (Roux, de Lausana).

II — INTUBACIÓN PERMANENTE DEL ESÓFAGO

Inaugurada por Morell-Mackenzie, en 1883, perfeccionada luego y preconizada por Symonds, Renvers, Leyden, Mixter y Bert, la intubación permanente del esófago; más generalmente conocida con el nombre de *método de Symonds*, consiste en dejar colocada, en las estrecheces cancerosas, a veces en las estrecheces cicatriciales, una cánula corta de goma elástica a través de la cual pasan los alimentos mascados y tragados por los enfermos.

Las cánulas de Symonds (hoy existen diversos modelos) representan todas, en suma, conos alargados, y están provistas, en su extremidad superior ensanchada, de una o dos largas asas de seda que sirven para su colocación y su extracción y cuyos extremos libres se fijan fuera de la boca (fig. 835).

Se emplea, para colocarlas, mandrines de ballena especiales, o simplemente una bujía esfágica de bola. Se las cambia cada diez o doce días.

Estas cánulas pueden obstruirse o ser mal toleradas. No obstante, el método de Symonds puede prestar señalados servicios, siempre que se pueda colocar la cánula sin temor de perforación.

III.—EXTRACCIÓN POR LAS VIAS NATURALES DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESÓFAGO

Se debe intentar siempre, pero con tanta mayor prudencia cuanto más tiempo haya permanecido el cuerpo extraño en el esófago.

(1) Consúltese Delagénère, *XXI^e Congr. fr. de chir.* (1903), pág. 304.

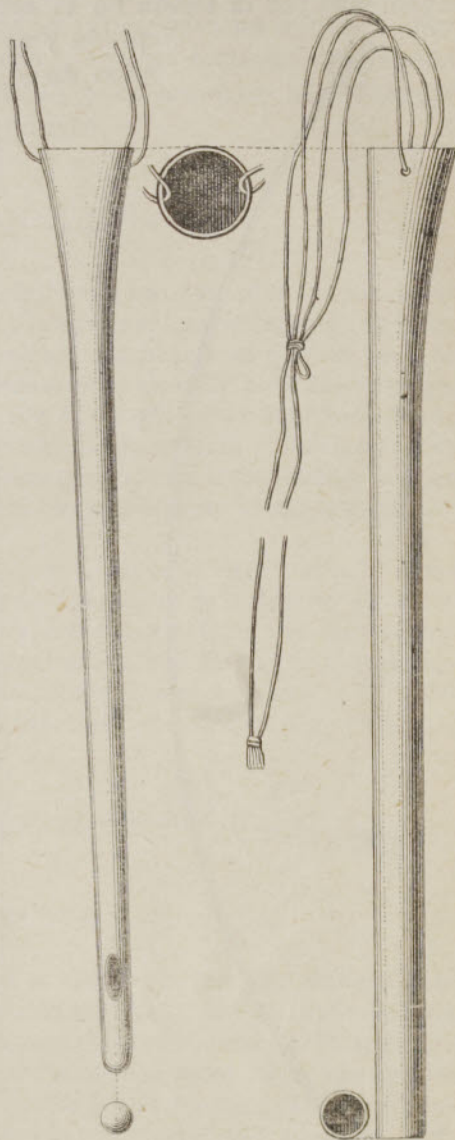


Fig. 835. — Cánulas esfágicas de Symonds

Si no se dispone del instrumental conveniente, se podrá usar el procedimiento de Félizet. Tómese, en este caso, una gruesa sonda acodada n.º 18 a 22; insinúesela mediante movimientos de barrena hasta debajo del obstáculo. Inyéctense por la sonda en el estómago de 200 a 800 gramos de agua templada y retírese la sonda continuando la inyección. El

pico de la sonda engancha el cuerpo extraño y sobreviene un esfuerzo de vómito que desprende el cuerpo y que la sonda conduce al exterior.



Fig. 836

Cestilla de Graefe



Fig. 837

Gancho de Kirrison



Fig. 838

Pinzas esofágicas de Collin

Más cómodamente se usarán, ya la cestilla de Graefe (fig. 836), ya el gancho de Kirrison (fig. 837), destinado a las monedas, ya unas pinzas esofágicas (fig. 838).

La cestilla de Graefe es un instrumento muy útil, pero a veces peligroso en manos inhábiles o brutales, porque puede quedar enganchada en un repliegue mucoso o en el anillo cricoideo. Después de haber cargado en ella el cuerpo extraño, hay que tirar con firmeza hacia arriba sin sacudidas ni brusquedad. Si la cestilla se engancha y resiste, hay que probar de desprenderla por medio de algunos movimientos de rotación lateral o de empuje. Si éstos no bastan, se

puede, a ejemplo de Félizet, introducir en el esófago una gruesa esponja impregnada de aceite, montada sobre un tallo de ballena, que dilata el conducto delante de la costilla y permite su desprendimiento.

El gancho de Kirmisson o el de Collin reclaman iguales precauciones.

Las pinzas esofágicas están exentas de esos peligros, pero no siempre permiten coger con facilidad o amarrar sólidamente el cuerpo extraño. La sonda esofágica o la oliva dilatadora serán a veces útiles para empujar al estómago los cuerpos situados en la parte inferior del conducto.

IV. — ESOFAGOTOMÍA INTERNA

La esofagotomía interna propiamente dicha, tal como ha sido ideada por Maisonneuve en 1861 y luego empleada de nuevo en Francia por Lannelongue (de Burdeos), Dolbeau, Trélat, Tillaux y Le Dentu, consiste en practicar por la boca la sección lineal, ordinariamente múltiple, de las estrecheces cicatriciales del esófago. Después de su advenimiento, con el nombre de *esofagotomía combinada*, Gussenbauer ha dado a conocer otro método en el que se ejecuta la sección interna a través de una abertura cervical. Por último, más recientemente—caso excepcional,—Lange (de Nueva York) ha utilizado la gastrostomía para hacer pasar de abajo arriba una serie de hojas cortantes.

Es evidente que la dilatación progresiva temporal, especialmente con la serie de bujías cilíndricas de Bouchard, constituye el método de elección para las estrecheces franqueables. Pero hay casos en que la estrechez forma una especie de anillo rígido y poco o nada extensible. A éstos precisamente conviene la esofagotomía interna, pero haciéndola seguir *siempre*, de la dilatación metódica.

Los instrumentos menos peligrosos son: el *esofagotomo de Trélat* (fig. 839) y el



Fig. 839. — Esofagotomo de Trélat

de Maisonneuve perfeccionado por Le Dentu, ambos con dos hojas. El primero secciona de abajo arriba y por consiguiente sólo es utilizable para las estrecheces que pueden dejar pasar su tallo terminal y que son poco extensas en altura. El segundo secciona de arriba abajo y puede servir para todas las estrecheces cuya luz admite todavía su fina bujía conductora. Está provisto de seis hojas gemelas, de las que las más pequeñas miden una anchura de 5 milímetros y las mayores una anchura de 9, y que, montadas en la corredera del tallo conductor, dan las combinaciones de diámetro siguientes:

Dos hojas n.º 1, anchura total, 12 milímetros			
—	n.ºs 1 y 2	—	15 —
—	n.º 2	—	17 —
—	n.ºs 2 y 3	—	19 —
—	n.º 3	—	21 —

«Estas dos últimas, como hace observar Le Dentu, podrían recorrer un esófago normal en toda su anchura sin escarificarlo ni aun superficialmente, pues la parte más saliente de estas hojas es obtusa.»

Antes de practicar la esofagotomía interna, es necesario haber determinado de una manera precisa el sitio de la estrechez y haberse asegurado de que se trata, efectivamente, de una estrechez fibrosa y no *espasmódica*. Esta recomendación no debe ser considerada en modo alguno como superflua.

Procedimiento.— El manual operatorio es muy sencillo con el instrumento de Trélat. Condúzcasele como una sonda esofágica hasta el nivel de la estrechez, empújese suavemente su tallo terminal hasta el espaldón, hágase marchar el tornillo de la extremidad saliente comprobando sobre el cursor el grado de separación de las hojas, atráigase el instrumento algunos centímetros, vuélvase el tornillo para entrar las hojas y retírese el instrumento.

Con el instrumento de Maisonneuve-Le Dentu las maniobras son un poco más complicadas; pero, aparte el empleo simultáneo de dos hojas, son las mismas que han sido descritas a propósito de la uretrotomía interna.

La esofagotomía interna, a pesar de su antigüedad y de sus perfeccionamientos, no se ha aplicado muchas veces (25 en total, según H. Richardson) y cuenta con pocos partidarios en la actualidad; se teme siempre abrir una falsa vía por encima de la estrechez o causar una efracción del tubo esofágico a nivel de la misma, porque se manobra a larga distancia, con instrumentos pesados y embarazosos, casi sin otro guía que los datos de la medición, y este temor está también justificado, por otra parte, porque el esófago se hunde en su mayor longitud en una región cerrada, profunda, inaccesible, rodeada de órganos peligrosos (aorta, pleuras, etc.). La experiencia ha demostrado que estos temores no carecen por completo de fundamento, aun descontando la parte correspondiente a la época preantiséptica, pues Ashurst, según una estadística de 20 esofagotomías internas, nos indica una mortalidad de 25 por 100.

V.—ESOFAGOTOMÍA EXTERNA

La esofagotomía externa no es otra cosa que la abertura momentánea del esófago, ya en su porción cervical, ya en su porción torácica.

§ 1.—ESOFAGOTOMÍA CERVICAL

Está indicada: 1.º (*talla esofágica*) para la extracción de cuerpos extraños que se encuentren sólidamente enclavados en la porción cervical y hasta en la porción torácica, o que no ha sido posible, en todo caso, extraer por la boca ni empujar hacia el estómago; 2.º para el tratamiento de ciertos divertículos esofágicos (*inversión, extirpación*), y 3.º para el tratamiento de estrecheces cicatriciales, infranqueables, que residen a nivel, por arriba o por abajo de la herida operatoria (sección directa, sección interna de Gussenbauer).

1.º Via lateral.— Estando la cabeza extendida y la cara vuelta a la derecha después de haber determinado exactamente el anillo cricoideo y el borde anterior del esternomastoideo izquierdo, colóquese el operador a la izquierda del paciente y haga una incisión cutánea que empiece un poco más arriba de la extremidad interna de la clavícula, ascienda un poco por delante del borde anterior del esternomastoideo, paralelamente a él, y termine a nivel del borde superior del cartilago tiroides (fig. 840).

Divídase la parte correspondiente del cutáneo y la aponeurosis cervical superficial, ligando o cogiendo con las pinzas, si es necesario, algunas venillas.

Hágase apartar hacia fuera el esternomastoideo, penétrese con el pico de la sonda en el intervalo que existe entre los esternohioideo y esternotiroides de una parte y el omoplatothioideo de otra, reconózcase el lóbulo izquierdo del cuerpo tiroides y hágasele separar hacia el lado derecho.