

Además, es de muy difícil manejo dicho instrumento, en una cavidad que, como la de la boca, presenta condiciones anatómicas que la hacen muy poco accesible á la introducción de el término-cauterio de Paquelin.

La aplicación del estrangulador ó magullador de Chassaignac ha tenido también sus partidarios y entusiastas, introduciendo la *cadena* del mismo por la boca, ó bien por una incisión hecha en la línea media de la región supra-hioidea.

Una vez abarcada la parte de lengua que se quiere extirpar, por el asa del instrumento, se van retirando los *llares* por medio de la palanca que se articula en el extremo de estos, comprimiendo la *cadena* los tejidos, hasta que los aplasta en un principio, los magulla después, y por último los separa del organismo.

¿Qué concepto debe merecer el estrangulador de Chassaignac para la amputación de la lengua? Siempre nos ha parecido que dicho instrumento se había *equivocado de época*, porque en la Cirugía moderna es un invento *reñido* con las perfecciones del Arte. No solamente nos referimos á la manera como el estrangulador obra, si que también á el órgano en que se aplica, y la lengua ofrece condiciones poco abonadas para su empleo, pues produce desgarros en la mucosa, unos bordes cruentos irregulares, y tejidos mortificados, los de peores condiciones para una buena cicatrización. De manera, que á el estrangulador de Chassaignac podemos conceptualarlo en el primer sentido como *heterocrónico*, porque no está en consonancia con los poderosos y perfeccionados medios con que hoy cuenta la moderna Cirugía; y *heterotópico*, porque si puede emplearse con algún resultado en otra parte de la economía, en la lengua debe estar completamente contra-indicado.

Pecaríamos de extensos, y sin ventaja alguna en la exposición de la materia que tratamos en esta lección, si minuciosamente expusiésemos la manera como colocaban las ligaduras, Recamier, Cloquet, Mayor y otros prácticos de una época anterior. Conceptuamos así mismo superfluo, la descripción de otros muchos procedimientos que hoy no tienen razón de ser en la práctica.

La ligadura elástica ha extendido también sus aplicaciones sobre la ablación de la lengua y es un medio, que aunque tiene mayores ventajas que las demás ligaduras, pues obra con mayor constancia, debido á las condiciones intrínsecas de los cordones de goma, ofrece los inconvenientes de todos los que hacen la expul-

sion orgánica, mediante la mortificación de los tejidos, en una cavidad que está en el principio del tubo digestivo.

Fácilmente se comprende, que la gangrena molecular que ha de presentarse en la parte de lengua, abarcada por la ligadura—sea de cualquier género—ha de ser un motivo poderoso para que el cirujano la rechace, porque puede ocasionar una injeccion de sustancias sépticas y provocar fenómenos marcadamente pútridos, debidos á la absorcion de tan nocivos líquidos.

Cuando los tumores son muy considerables, y no solamente ocupan la textura de la lengua, si que tambien se extienden por planos anatómicos más profundos, algunos profesores, entre los cuales se cuentan á Regnoli y á Sedillot, recomiendan abrir ámplios caminos para que la operacion, á el mismo tiempo que se verifique con *holgura*, no deje tejidos afectos, padiendo hacerse la destruccion ó extraccion de los mismos.

Regnoli, para extirpar un grueso tumor, de las condiciones indicadas, practicó una incision que, tomando origen en el menton, terminaba sobre el borde superior y parte media del hioides. Trazó despues un corte horizontal que, bordeando la parte inferior de la mandibula, venia á formar una especie de T sobre la parte ántero-superior del cuello: con esto quedaban señalados dos colgajos angulares de vértice interno y superior. Disecó estos últimos é incindió todos los tejidos que forman el suelo de la boca, con lo cual resultó una extensa abertura por donde pasó dos ligaduras que abarcaron las dos partes laterales de la lengua, excindiendo por delante de aquellas. Aplicó despues el apósito conveniente, y el enfermo cicatrizó de una lesion que presentaba superficies cruentas tan extensas; si bien tardando la cicatrizacion 46 dias.

El procedimiento que Sedillot emplea, viene á ser una reseccion osteo-plástica del cuerpo de la mandibula, toda vez que incinde el labio inferior por la mitad, y al llegar sobre el hueso lo divide, separando las dos partes laterales: con lo que resulta *campo operatorio* suficiente para extraer toda clase de tumores, pudiendo separar las adherencias que se hayan establecido entre la *neoplasia* y las paredes internas de la mandibula.

Como resúmen de esta leccion diremos: que la operacion del frenillo es una maniobra quirúrgica que no ofrece peligro alguno, debiendo practicarse en el momento que se note la cortedad del repliegue mucoso.

Las extirpaciones de los epitelomas no deben demorarse, y son necesarias aún en los casos en que dichas *neoplasias* hubiesen recidivado, pues de este modo se prolonga la vida del paciente, el cual no está tan propenso á la infección pútrida con motivo de la inyección del *ícor canceroso*.

Las cauterizaciones y las ligaduras presentan mayores inconvenientes que ventajas.

El mejor procedimiento es la excisión con bisturí ó tijera, sin necesidad de hacer la ligadura preventiva de la lingual, porque los poderosos medios hemostáticos que existen pueden dominar acto continuo toda clase de hemorragias.

Finalmente, en los casos en que el tumor sea muy considerable y se haya extendido por el suelo de la boca, contrayendo extensas y fuertes adherencias con los bordes y cara interna de la mandíbula, el proceder de resección osteo-plástica de Sedillot viene á ser el medio quirúrgico que reúne mejores condiciones.

LECCION LXXXII.

Operaciones que se verifican sobre las amígdalas.—Punción de dicho órgano para evacuar el pus en ciertos abscesos.—Amígdalotomía: datos históricos acerca de la operación.—¿Qué indicaciones cumple la amígdalotomía parcial? ¿Cuáles son las contra-indicaciones de la misma? Instrumental que se ha recomendado.—Paralelo entre el amígdalotomo y el constrictor.—Nuestro amígdalotomo: mecanismo y modo como verifica los diversos tiempos operatorios.

Por la situación anatómica en que se encuentran, se habían considerado peligrosísimas las maniobras quirúrgicas que sobre las amígdalas recaen.

Alojadas estas glándulas linfáticas en el espacio que entre sí dejan los pilares del velo palatino, borde de la lengua (cerca de la misma base) y pared faríngea, así como la proximidad con la arteria carótida interna, hacían temibles dichas operaciones. Estos temores acrecentaron á el recordar que se había ocasionado la muerte en algunos operados por la fulminante hemorragia del vaso vecino. ¿Qué extraño podía ser que los prácticos antiguos tuviesen una considerable prevención contra las amígdalotomías, cuando Blandin — al decir de Tillaux — manifestaba grandes recelos?

No dejaba por ello de indicar este cirujano, que se debe hacer la excision parcial de la glándula, en toda la parte que excediese á el plano de los pilares.

Operaciones practicadas por manos inexpertas, y cuando no existia la *verdadera oportunidad* fueron el origen de accidentes fatales y del descrédito de una maniobra quirúrgica que ha rehabilitado la moderna Cirugía. ¿Puede tomarse acaso por *norma del criterio*, el hecho que refiere Beclard, de un *curandero* que, á el verificar una puncion sobre la amígdala, hirió la carótida, muriendo el enfermo de hemorragia? ¿Podrán nunca servir de regla esas grandes pérdidas sanguíneas que sobrevinieron por no operar con la oportunidad debida?

Estos hechos nos servirán de estímulo para tener todo el cuidado que sea necesario y adquirir los datos anatómicos quirúrgicos indispensables, para llevar á cabo con *verdadero conocimiento de causa*, la operacion.

Nada tan digno de censura que ver á ciertos prácticos (algunos autores lo recomiendan en sus Obras) que, á presencia de un absceso amigdaloido, cuyo pus *está deseando salir á el exterior tan sólo con una pequeña incision en las paredes de la glándula*, se entretienen en prescribir gargarismos emolientes, en tanto que el enfermo sufre horribles angustias por la dificultad de respirar, ó administran un *vomitivo*, para que las náuseas y los esfuerzos rompan mecánicamente la pared del absceso y pueda salir el pus.

Varias veces hemos visto casos de esta especie, en que los profesores, por temor á llevar un bisturí sobre la amígdala, han hecho lo que acabamos de manifestar: conducta altamente reprochable, porque cuando el absceso está formado, es cuando más presion mecánica ejerce.

En algunas ocasiones la flegmasía es tan intensa en un principio, que las amígdalas obstruyen el espacio comprendido entre los pilares, amenazando con una asfixia. Refiérese que Virgili (antiguo cirujano español) siendo médico militar, tuvo que hacer la traqueotomía—por el procedimiento que lleva su nombre—en un soldado que, á consecuencia de una intensa amigdalitis, no podia respirar por la obstruccion mecánica de los órganos inflamados.

Aunque estos hechos son raros, no por ello hemos de olvidarlos, porque su recuerdo nos impulsa á tomar las precauciones necesarias.

En Andalucía son muy frecuentes las amigdalitis, así es que se pueden observar multitud de hechos, que vienen á corroborar las ideas que en esta leccion estamos exponiendo.

En nuestro pueblo natal hemos practicado varias veces la puncion de abscesos en las amígdalas, y no creemos que puedan ocurrir los accidentes que se mencionan, conociendo regularmente (como debe conocerse) la region anatómica y teniendo presente que debe llevarse el bisturí en la direccion del eje ántero-posterior de la cavidad bucal. Creemos, pues, que el proceder de la puncion de las amígdalas en los abscesos tiene indudables ventajas.

Para practicar la operacion, si el enfermo es dócil, deprimimos la lengua y á pulso verificamos la puncion; pero si se trata de un niño ó persona que no es dueña de sus aptitudes, rodeamos el bisturí con una cinta, dejando tan sólo la parte de instrumento que se ha de introducir. De este modo no hay peligro á los cortes involuntarios de la lengua.

La amigdalotomía, como la mayor parte de las operaciones, ha seguido los caprichos de la moda, estando muy recomendada en unas épocas y en otras casi relegada al olvido.

Nuestro objeto, en esta leccion, es fijar aquellos puntos más importantes y que más se relacionan con la práctica.

Como vía preliminar, expondremos varios datos históricos. Celso, en su obra de *Re Médica*, dá algunos consejos sobre la manera de preservarse de la inflamacion de las amígdalas (1), y más adelante, en el libro VII, cap. XII, dice lo siguiente: *Tonsillas autem, quæ post inflammationem induruerunt cum sub levi tunico sint oportet digito circumrodere et evellere; si nec si quidem resolvantur hamulo excipere, et scalpello excidere.*

Comprendido de diferentes modos este texto por distintos profesores, se atribuian á Celso procederes operatorios en extremo violentos para extirpar las amígdalas tumefactas.

No es nuestro ánimo detenernos en comentarios extensos sobre las ideas de Celso; haremos constar solamente, fundados en la autoridad de historiadores de nota, que Fabricio de Aquapendente, como todos los cirujanos que siguieron sus ideas, no interpretaron bien el verdadero sentido de las palabras del Ciceron de la Medicina.

(1) *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie.*

Dos medios indica Celso que corresponden á dos diferentes estados morbosos de las amígdalas: es el primero, cuando con el dedo puede arrancarse por capas las correspondientes al órgano; operacion que consistia en *legrar ó rascar con la uña las amígdalas tumefactas*, en el caso de hallarse cubiertas tan sólo por una débil túnica: *sub levi tunica*; pero, en el caso contrario, practicaba la extirpacion con erinas y bisturí.

Paul de Egina habla sobre la colocacion del enfermo, depresion de la lengua, manera de sujetar la amígdala con un gancho y modo de excindir el órgano; para lo cual usaba dos instrumentos especiales: uno para la derecha y otro para la izquierda. Muy cuestionable es saber á punto fijo si era bisturí ó tijera, dada la confusion que sobre este punto reina entre los historiadores, y especialmente en Dalechamps, traductor y comentador de Egina.

Aëtius critica la extirpacion total, circunscribiéndose solamente á la parte que sobresale de los pilares (contra natural, como él dice), y asienta que, limitándose á esto solo, se está al abrigo de la hemorragia. Esta doctrina está ajustada á lo que hoy suele practicarse.

Poco y confuso, refieren los historiadores de Albucasis. Parece ser, que este cirujano árabe se ocupó tan sólo de la dilatacion de los abscesos, y en hacer una distincion en amígdalas operables é inoperables, segun si tenian el pedículo estrecho ó ancho.

Ambrosio Pareo y su discípulo Guillemeau estudiaron tambien dicha operacion; este último establece una division entre las amígdalas infartadas, benignas y malignas; asignando á estas últimas los caractéres siguientes: duras, lividas, dolorosas y de gruesa raiz; recomendando, como el mejor medio operatorio, la ligadura y la excision.

Casi las mismas ideas sostuvo Dionis más tarde. Wisseman refiere: que un cirujano de Lóndres, llamado Ed. Mol., usaba la cauterizacion, llevando el cáustico por una cánula. Un procedimiento parecido empleó, mucho tiempo ántes Marc-Aurèle Severin en Nápoles en 1520 (1). Y por último, indicaremos la Memoria de Moscati presentada á la Academia de Cirugía de Paris en 1751; y las observaciones de Louis, Caqué y Foubert.

(1) No hace mucho, que Krishaber ha recomendado la cauterizacion de las amígdalas con el aparato de Paquelin.

Los progresos modernos se refieren á los conocimientos anatómicos, á conocer mejor las indicaciones operatorias y al instrumental que se usa, en lo cual hay un verdadero lujo.

¿Qué indicaciones cumple la amigdalotomía parcial? Es indudable que un buen diagnóstico es la base de la terapéutica, encontrándose siempre aquél y ésta en íntima correlacion. Muchos ejemplos pudiéramos sacar de la Operatoria quirúrgica en comprobacion de lo manifestado. En tanto que las Patologías nos han dado á conocer, deslindando los campos por completo, ciertas entidades morbosas, la Terapéutica caminaba á ciegas, constituyendo el cuerpo de ésta, procederes puramente empiricos; de aquí ese cúmulo de procedimientos quirúrgicos, que hoy no resisten á la más ligera crítica.

Sin una nocion exacta de la enfermedad, y sin que la anatomía de nuestros tiempos hubiera enseñado los caminos más cortos y más exentos de peligro para llegar sobre el órgano afectado, nada hubiera adelantado la Cirugía; los conocimientos de esta rama de la Medicina serian unos cuantos datos, sin que los uniera afinidad de ninguna especie, y disociados por completo de los principios generales: basamento principal de todo cuerpo de doctrina.

Hay ciertos individuos que, ya sea por predisposicion hereditaria, ó ya adquirida, tienen una tendencia á padecer flegmasías de las amígdalas, que llegan algunas veces á constituir un verdadero peligro para las personas afectas.

Los diferentes brotes inflamatorios dificultan sobremanera la respiracion, especialmente en los jóvenes, impidiendo el desarrollo torácico, y á más, la resonancia normal de la voz. En estos casos urge practicar la amigdalotomía, con el objeto de ensanchar el istmo de las fauces, y evitar los inconvenientes mencionados.

Otra de las indicaciones recae sobre aquellos sugetos, en los que, hipertrofiadas las amígdalas por repetidas inflamaciones, llegan casi á obturar el espacio inter-amigdalóideo, corriendo el enfermo peligro, por la dificultad de la respiracion, cuando una nueva flegmasia toma asiento en los referidos órganos.

Como tercera y última indicacion de amigdalotomía, consideramos ciertos tumores que suelen afectar á las amígdalas, siendo necesaria su extirpacion.

Algunas contraindicaciones presenta la operacion que estudiamos: Cuando el enfermo padece sífilis, creemos entonces muy

conveniente el demorar la amigdalotomía. En igual caso se encuentran los individuos, en los que se observan algunas manifestaciones escorbúticas; y por último, no sería prudente ejecutar la maniobra quirúrgica en un enfermo donde persistiera el estado inflamatorio de las amígdalas, no debiendo proceder á extirparlas, hasta haber cesado por completo los fenómenos flegmáticos.

Decidida la operación, debe siempre administrarse el bromuro potásico, porque tiene indudables ventajas por su acción anestésica sobre las mucosas.

Con el uso de este útil medicamento, el cirujano puede colocar los instrumentos sobre la parte que se vá á excindir, sin que el contacto de ellos provoque náuseas ni vomitos, que tanto dificultan los diversos tiempos operatorios.

Respecto á los instrumentos, muchos de ellos han sido desechados por imperfectos. Hoy apénas se usan los bisturíes de Blandin, Baudens y Chassaignac, tan en boga en otros tiempos en que no se habian perfeccionado los amigdalotomos. En cuanto á estos, á pesar de su número, y de lo complicado de su mecanismo, dejan que desear en algunas operaciones en que las amígdalas han llegado á adquirir un gran aumento, ó bien por su forma, no entran en el área del anillo. Se nos dirá que el cirujano puede emplear amigdalotomos más anchos, lo cual implica que se necesitaria poseer una colección completa (1).

El *desideratum* en este punto seria un amigdalotomo, cuyo anillo, con su bisturí circular correspondiente, pudiera ensancharse y disminuir de área por un especial mecanismo, sirviendo en estos casos para enfermos, cuyas amígdalas representaran las diferencias más extremas (2). Ciertamente es que Charriere habia inventado un instrumento que podia recibir diferentes anillos en su punta, segun la extensión de la glándula; pero si bien esto ya es importante, no satisface por *completo* á la idea que dejamos apuntada.

También se practican las excisiones amigdaloides con el constructor más pequeño de Maisonneuve; opinando algunos prácticos que tiene mayores ventajas que el amigdalotomo.

(1) Para que en Cirugía se generalice un instrumento necesita dos condiciones principales: poco costoso y de fácil manejo.

(2) En unión de nuestro amigo, Sr. Oppet, hemos trabajado para resolver el problema, pero se tropiezan con grandes dificultades en la manera de construir el bisturí circular.

La operacion se verifica abarcando con el asa del constrictor toda la porcion de glándula que se quiere separar, valiéndose



Fig. 329. Constrictor de Maisonneuve: modelo pequeño para la amigdalomia parcial.

de las vueltas del tornillo para extrangular la porcion amigdaloides.

Los que creen que la constriccion ofrece más garantias que la amigdalotomia, fundan sus opiniones en los argumentos siguientes: con el constrictor no hay hemorragias; con él se pueden excindir los segmentos amigdaloides, por grandes que fuesen, tan sólo con ampliar el asa constrictora; y finalmente, con dicho instrumento no se tarda mucho tiempo en la operacion. Haciendo un *paralelo* se observa que con el amigdalotomo la maniobra operatoria se practica con una rapidez que no es posible le iguale el constrictor.

Si en alguna operacion se hace necesario el *cito* de Celso, ciertamente es en la amigdalotomia: las condiciones en que se encuentran los operados, que en muchas ocasiones son niños ó jóvenes, en los cuales no hay que contar con la calma necesaria para sufrir una operacion de esta indole; á más, el estado de excitabilidad en que suele encontrarse por regla general el istmo de las fauces; y añádase á lo dicho, que en la mayoria de los sujetos que padecen la hipertrofia de la amigdalas, si esta está formada á consecuencia de diversas flegmasias, llega á constituir un tumor duro y resistente que cuesta trabajo el incindirle, hasta cuando se aplica el amigdalotomo.

Si bien es cierto que con el constrictor puede ensancharse más ó ménos el asa y acomodarla á el volúmen que presente la amigdalas que se quiere extirpar; si tambien está fuera de duda, que usando los medios constrictores no suele presentarse la hemorragia, como sucede algunas veces cuando se emplean los instrumentos cortantes, á pesar de *estas aparentes ventajas*, creemos que nunca el constrictor, sea cualquiera su forma, podrá igualarse al amigdalotomo; entre otras razones: por la duracion de la maniobra operatoria, pues en tanto que la operacion dura con el primer instrumento un minuto, y en algunas ocasiones, cuando el tumor

sea de mucha consistencia, ha de tardar necesariamente mucho más tiempo del prefijado, con el de amigdalotomo la operacion es casi instantánea.

El dolor que dispierta la maniobra operatoria ejecutada con uno ú otro instrumento es tambien motivo de eleccion. Con el constrictor se ha de provocar, necesariamente, bastante sufrimiento, debido al tiempo que se tarda en separar la amigdala y á la manera como obra el asa constrictora; en cambio, con el amigdalotomo el dolor es insignificante, hasta el punto que muchos enfermos, cuando se aperciben del corte de la amigdala, es cuando la operacion está terminada.

La clase de herida que producen uno y otro medio quirúrgico será así mismo para nosotros causa fundada para aceptar el amigdalotomo de preferencia al constrictor: la herida del primero es limpia, de bordes regulares, mientras que la que deja el segundo de dichos instrumentos, presenta bordes desiguales y magullados por el asa constrictora; y en algunas ocasiones, cuando la mucosa de la glándula no tiene grandes adherencias con este órgano, y como quiera que aquella membrana es mucho más elástica que el estroma de la amigdala, el asa del constrictor desgarrar la mucosa en una extension considerable.

Dadas las condiciones de la herida, practicándola con los dos diversos instrumentos, han de ser tambien los fenómenos flegmáticos muy distintos. La herida con el amigdalotomo ha de producirlos de menor intensidad que la causada por el asa constrictora.

Las ventajas que más realzan los partidarios de esta última son las siguientes: que el asa del instrumento, ensanchándose más ó ménos, puede servir para todos los tamaños que adquieren las amigdalas en los diversos casos que se presentan en la práctica. Otra de la ventajas consiste en que, usando el constrictor, no se producen hemorragias.

Respecto á la primera, debemos manifestar: que con el amigdalotomo, uno de los modelos Charriere, se pueden agregar distintos anillos circulares de más ó ménos área, que se pueden aplicar á un solo vástago; y en cuanto á la hemorragia, es de tan poca importancia la que se presenta en estas operaciones, que si el operador usa alguna vez medios astringentes algun tanto enérgicos, es más bien para que no se intimide el operado, el cual suele asustarse con

exageracion, por el solo hecho de expulsar una poca de sangre por la boca.

Nosotros hemos practicado bastantes amigdalotomias y nunca la hemorragia ha sido tan considerable que hubiera motivo fundado de alarmarse. En dos enfermos hemos recurrido al aceite de trementina, no tanto con el fin de cohibir la hemorragia y quitar este motivo de susto á los pacientes, sinó con el objeto más principal de activar la cicatrizacion de la superficie cruenta, y el de establecer una película para proteger á la herida del contacto de los alimentos.

En una de las operaciones que hemos referido habia motivo para que se presentara la hemorragia con alguna más intensidad que en los casos que ordinariamente suelen tratarse en la práctica. Era el enfermo un jóven de 25 años, que presentaba una gran hipertrofia de la amígdala derecha, la cual era asiento de una inflamacion sub-aguda en la época á que nos referimos. Esta flegmasia intercurrente nos habia hecho contra-indicar la operacion; mas el paciente insistia en operarse, ántes que nosotros nos marcháramos del pueblo donde él residia, y tendiendo más á la súplica de aquel individuo que al estado de la region tonsilar, nos decidimos á practicar la tonsilotomia parcial en la amígdala afecta. Dicha operación se llevó á cabo con el amigdalotomo en pocos segundos; presentándose, despues de terminado el acto operatorio, mucha hemorragia, alarmando al operado, en términos, que tuvo una lipotimia. Desaparecido este accidente, tocamos la herida con un pincel empapado en aceite de trementina, y la hemorragia cesó acto continuo.

En este enfermo, por las condiciones en que se operó, le sobrevinieron fiebre y flegmasia del istmo de las fauces y cavidad posterior de la boca, cuyos fenómenos duraron 5 ó 6 dias en su mayor intensidad; pasado este tiempo fueron declinando los síntomas, debido á un tratamiento conveniente, hasta que se restableció por completo, encontrándose despues perfectamente.

Si este individuo se hubiese operado con el constrictor, es casi seguro que los fenómenos flegmáticos se hubieran presentado en grande escala, comprometiendo el éxito operatorio.

Hace tiempo que veniamos observando en varias amigdalotomias practicadas por nosotros, algunos defectos capitales que se notan en los amigdalotomos, lo cual nos habia hecho pensar cons-

tantemente, en la manera de obviar las dificultades que se presentan en esta clase de maniobras quirúrgicas, cuando se hace uso de dichos instrumentos.

Una operacion de este género, ejecutada últimamente, nos hizo redoblar la atencion sobre los hechos que veniamos estudiando, y cerciorados hasta la evidencia de dichas imperfecciones, nos decidimos á poner en práctica, lo que de mucho tiempo atrás acariciaba nuestra mente.

Como muchas veces el mal viene indicando el remedio, así como la necesidad señala á veces la manera como deben realizarse sus deseos; guián bonos por las imperfecciones que veniamos observando, pudimos—si bien con el poderoso auxilio de nuestro buen amigo D. Emilio Oppet—llevar á cabo la realizacion de nuestros *desiderata*, ideando el nuevo amigdalotomo (1).

La mayor parte de esta clase de instrumentos tienen los incon-

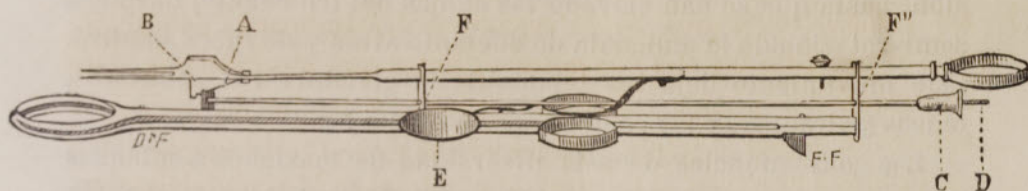


Fig. 330. Nuestro amigdalotomo.

venientes que vamos á exponer (2). El trinchante está sujeto con un *tornillo graduador*, cerca del cuello próximo á la horquilla; por dicho tornillo se ha de medir la porcion de amígdala que se ha de extirpar. Como al levantar el trinchante—una vez punzada la parte anterior de la amígdala—éste ha de ejecutar el movimiento que le marca el tornillo, y el arco que describe este último se traduce en

(1) Muy léjos está de nosotros, el atribuirnos el poco ó mucho mérito que pueda tener el nuevo amigdalotomo. Un sentimiento de justicia nos obliga á consignar, de una manera leal y sinceramente expresada: que nuestra idea no hubiera podido realizarse sin el poderoso concurso y la ingeniosa inventiva del Sr. Oppet.

Es tanto más de aplaudir el trabajo que en pró de la Ciencia se impone nuestro buen amigo, que no siendo éste instrumentista de profesion ni cirujano, construye—y sin que en ello le guie idea especulativa—instrumentos científicos de todas clases, que más de una vez han sido objeto constante de admiracion en varias Exposiciones.

(2) Sin excluir los más perfeccionados, de los cuales nos hemos valido en las varias operaciones que hemos practicado.

las agujas del trinchante por un ángulo obtuso de vértice externo y abertura interna, ha de resultar lo siguiente: la amígdala se coje con el trinchante durante el primer tiempo, en un tercio, ó en una mitad de lo que ha de ser base de seccion. En el segundo tiempo, hacen las agujas un movimiento de palanca, empujadas por el tornillo, separando la amígdala hácia adentro y un poco hácia atrás. Una vez separada ésta, en dicha forma, se empuja el bisturí circular y se excinde la porcion amigdaloidea comprendida en el área del anillo.

En la forma descrita, se practica hoy la amigdalotomía: vamos á señalar los defectos que tiene semejante proceder, así como la manera de evitarlos con el nuevo instrumento.

En el primer tiempo operatorio—usando los tonsilotomos de Lürer ó de Mathieu—al punzar la amígdala y sacarla hácia adentro, se ejecutará en dicha glándula estos movimientos: el de retrocesion, hasta que se han clavado las agujas del trinchante; despues, semi-rotacion de la amígdala de adelante atrás y de fuera adentro. Este movimiento deja los tejidos de la glándula: los anteriores, tensos y tirantes, y los posteriores muy flácidos.

Las consecuencias de esta diversidad de tensiones son fáciles de comprender, teniendo en cuenta que el bisturí circular encuentra la parte posterior de la amígdala en un gran estado de flacidez, y al incindir los tejidos *huyen éstos* por su propia elasticidad ante el filo del instrumento, dejándose sólo dividir cuando han agotado aquella, y *ya no tienen escapatoria*; en cambio, al llegar el bisturí sobre la parte anterior de la glándula, como los tejidos se encuentran tensos y tirantes—como ya hemos dicho—el corte es limpio, y de poca duracion, aunque algo doloroso: inconveniente que se aminora en gran parte con el nuevo instrumento. El resultado de la operacion es el siguiente: superficie de seccion, irregular, representando un plano cruento que lleva la direccion de atrás adelante y de adentro afuera (1).

Sucedo muchas veces que, al venir la cicatrizacion completa,

(1) Los que hayan practicado algunas amigdalotomías habrán podido fijarse, ciertamente, en la disposicion del plano cruento. Teniendo en cuenta, además, que cuando la amígdala, á consecuencia de repetidas flegmasias, se hace friable, los trinchantes—por la tirantez que hemos mencionado—desgarran los tejidos ántes de que pase el bisturí: quedando por consiguiente la glándula en fatales condiciones, y mal parado el crédito del operador.

la parte posterior de la superficie cruenta queda formando una prominencia carnosa hácia el lado posterior del istmo de las fauces, debido semejante estado á la irregularidad de la superficie de seccion.

Habiendo expuesto aquellos defectos más sobresalientes en las amigdalotomías practicadas con los instrumentos de Lür y Mathieu, que son los más usuales (1), vamos á exponer las diferentes bases en que se funda la construccion del nuevo amigdalotomo, así como las partes de que se compone dicho instrumento.

Procurar que la glándula sea cogida á el mismo nivel desde la parte anterior hácia la posterior, en un sólo tiempo, y que éste pueda ser lo más corto posible; no desgarrar la amígdala por *friable* que se haya puesto, á consecuencia de las repetidas flegmasías; distender por igual la porcion de amígdala que se ha de excindir, para que la herida sea regular y completamente paralela á el plano medio del istmo de las fauces, evitando el dolor que se produce, hácia la parte anterior de la glándula, cuando se emplean los amigdalotomos usuales, por la desigualdad de tension; y, finalmente, que el cirujano tenga una guia segura, milimétrica, para que sin cuidarse de ello, durante el acto operatorio, se excinda, previo cálculo, la porcion de amígdala que se desea, vienen á ser las bases en que se funda el nuevo amigdalotomo; pasaremos ahora á describir las diferentes partes que componen el instrumento.

Tiene éste las dos hojas que cubren á el bisturí circular, así como la hoja cortante y los anillos, en el mango de éste, igual que el tonsilotomo de Mathieu. Lo nuevo del instrumento consiste en lo siguiente: el *trinchante* lleva en su cuello, en vez de tornillo, una chapa que sujeta un plano inclinado en forma triangular (*B*), de vértice hácia el mango del instrumento y la base hácia el bisturí. Dicho plano inclinado lleva un tope en su vértice que sirve para detener la chapa graduadora (*A*).

El ángulo infero-anterior del triángulo, plano inclinado, vá perfectamente encajado en una canal labrada sobre una de las hojas de cubierta del bisturí, teniendo por objeto esta disposicion: limitar el avance del *trinchante*. Entre éste y la hoja de cubierta del

(1) El amigdalotomo de Maisonneuve ofrece los mismos inconvenientes. El de Chassagnic, además de los defectos mencionados, es de un complicado mecanismo, que lo hace excluir de la práctica usual y corriente.

bisturi pasa una varilla de acero, la cual perfora los dos sostenes verticales (F F) del *trinchante*, así como una de las hojas del muelle. Dicha varilla sostiene hácia el extremo del bisturí una chapa vertical que hemos llamado *graduadora* (A). Esta chapa metálica tiene dos escotaduras: una superior cuadrilonga y la inferior en forma de arco de círculo. La primera abraza la parte inferior del plano inclinado, es decir, el lado del triángulo que vá desde el tope hasta el ángulo ántero-inferior de dicho plano. La segunda se adapta á la porcion convexa de la hoja que cubre á el bisturí. De manera, que al deslizar la chapa—empujada por la varilla metálica—sobre el plano inclinado, á medida que aquella avanza sobre la base del triángulo, se vá separando el *trinchante* del anillo circular, formado por la hoja del bisturí y sus cubiertas. De este modo se puede graduar matemáticamente el grado de separacion del *trinchante*, empujándolo en direccion completamente perpendicular á el anillo del bisturí y á el área de la seccion amigdaloides.

Las ventajas de esta disposicion, fácilmente se comprenden, atendiendo á el mecanismo del instrumento, como más adelante demostraremos, al describir los diversos tiempos operatorios.

Faltaba para complementar nuestros deseos, un medio para regular milimétricamente el empuje que se le quisiese dar á la *chapa graduadora* (A), sin que el cirujano tuviera que fijarse en el acto operatorio por este cuidado.

Mucho nos hizo pensar la manera de resolverlo, especialmente á el Sr. Oppet, y despues de algunos tanteos y pruebas, aplicó nuestro buen amigo en el extremo opuesto de la varilla metálica, á él en que está colocada la *chapa graduadora*, un pequeño cilindro metálico hueco (C) que vá atornillado en espiral (D) sobre dicha varilla. Por esta disposicion, segun se atornille más ó ménos, se desliza la varilla que sustenta la *chapa graduadora*, la cual—como ántes hemos indicado—levanta perpendicularmente el *trinchante*.

Conocido el mecanismo del amigdalotomo, vamos á describir los diversos tiempos operatorios con dicho instrumento, señalando de paso las ventajas que resultan de su empleo.

Reconocido el enfermo, se calcula aproximadamente la porcion de amigdalas que es necesario excindir. Hecho este reconocimiento y preparado convenientemente el paciente, se prepara el amigda-

lotomo, señalando en el *cilindro graduador* (segun las vueltas de tornillo) la distancia que ha de recorrer la *chapa graduadora* sobre el plano inclinado, y por consiguiente la altura del trinchante y separacion de la amigdala (1). Se coloca la chapa en el tope del vértice de dicho plano inclinado y queda preparado el instrumento.

La manera de emplearlo es bien sencilla, haciéndose cargo del mecanismo. En el primer tiempo se corre el *trinchante* de un solo golpe, atravesando las agujas del mismo, en direccion ántero-posterior, la base del segmento amigdalóideo que se pretende excindir.

Este movimiento tiene grandes ventajas porque coje á la amigdala en bastante extension y paralelamente; y aunque la glándula sea muy *friable*, como acontece cuando ha sido asiento de repetidas flegmasias, no es fácil que se desgarré haciendo presa en una gran extension.

Con el amigdalotomo de Mathieu — como describe el trinchante el ángulo que hemos descrito—se coje desigualmente la glándula y se la desgarrá cuando el tejido es muy *friable*. Los amigdalotomos de Maisonneuve y el de Lúer tienen en este sentido mayores ventajas que el de Mathieu, pero no resuelven el problema.

En el segundo tiempo, una vez cojida la amigdala, se empuja de un solo golpe la varilla metálica, hasta que toque el extremo del cilindro con el primer sosten vertical del *trinchante*, cuyo sosten sirve de tope de detension. La *chapa graduadora* se desliza en este momento sobre el plano inclinado; por el empuje de éste se separa el trinchante—ya cojida la amigdala—perpendicularmente á el área del anillo y á la altura de antemano graduada por el cilindro mencionado.

En este tiempo queda un segmento de glándula—el que se desea separar—distendida por igual hácia la parte anterior y posterior, así como por el centro; y de este modo como la tirantez se reparte uniformemente no es tan dolorosa, como acontece cuando se emplea el tonsilotomo de Mathieu.

Otras ventajas resultan de esta disposicion: como los tejidos están igualmente distendidos, toda vez que no existe el movimiento de semi-rotacion que se produce con el amigdalotomo de torni-

(1) Por esta modalidad, el cirujano empuja en un solo tiempo la varilla hasta que el cilindro la detiene sobre el primer sosten vertical del trinchante (F).

llo, el corte es igual y muy limpio, quedando una superficie cruenta en un todo paralela á el plano medio y ántero-posterior del istmo de las fauces. Por el motivo indicado, al sobrevenir la cicatriz, ésta retrae en la misma línea los bordes y no quedan *aboiladuras* en la superficie cicatricial.

En resúmen: el nuevo amigdalotomo pretende, por su mecanismo, practicar la operacion en tres tiempos, que son muy rápidos: 1.º Deslizar el *trinchante* y cojer el segmento amigdaloido, calculado de antemano por el *cilindro graduador* (C). 2.º Levantar el *trinchante* de un solo golpe por el empuje de la *chapa graduadora* (A) sobre el plano inclinado, y el de éste á su vez por el mencionado *trinchante*: siendo la distencion amigdaloida ménos dolorosa, y colocando los tegidos en *igualdad de resistencia* para la limpieza y regularidad del corte. 3.º Tirar de atrás adelante del bisturí circular y excindir el segmento amidaloideo, dejando una herida regular en las mejores condiciones para la cicatrizacion.

Como se comprende por lo expuesto, la operacion puede hacerse en tres segundos; y la celeridad en nada menoscaba á la *perfeccion* de la maniobra quirúrgica.

La práctica ha venido en esto á confirmar por completo á la teoria. Hace unos dos meses que, en el último viaje que hicimos á Andalucía, operamos á un jóven y reputado profesor que ejerce en un pueblo próximo á Málaga.

Nuestro cólega nos manifestó deseos de que le operásemos de las dos glándulas, toda vez que habiendo empleado una série numerosa de medios terapéuticos, no habia obtenido otro resultado que empeorar con el uso de alguno de ellos, los cuales le produjeron exulceraciones que sangraban con mucha facilidad. La operacion se la practicamos en dos secciones: la amigdala izquierda por la tarde y la derecha á la mañana siguiente. La excision se hizo en cada una de ellas en *unos tres segundos de tiempo*, quedando una herida regular sin grande hemorragia.

Dicho profesor tomó despues un ligero gargarismo astringente; y al siguiente día pudo marcharse á su pueblo, sin haber tenido fiebre traumática y sin que se le presentase accidente alguno.

Posteriormente supimos de nuestro colega, el cual nos manifestaba que la cicatrizacion estaba muy adelantada, habiendo quedado en un estado satisfactorio, que contrastaba sobremanera con lo mucho que habia padecido.

LECCION LXXXIII.

Uranoplástia. — Indicaciones operatorias. — Datos anatómicos. — Bases principales de los procedimientos urano-plásticos. — Manera de trazar los colgajos, avivar los bordes y aplicar las suturas para la union de las partes transplantadas. — Estafilorrafia. — Indicaciones. — Datos anatómicos. — Manera como deben *avivarse* los bordes. — Suturas y modo de coadyuvar á el reposo de la coaptacion, mediante el empleo de ciertos medios auxiliares.

Suelen presentarse sobre la bóveda palatina ciertas perforaciones que comunican con la cavidad de las fosas nasales, pudiendo éstas reconocer como causa, un vicio de conformacion ó bien á consecuencia de una discrasia escrofulosa ó sifilitica. Tambien puede acontecer que la abertura practicada en la bóveda del paladar, con el objeto de operar los pólipos naso-faríngeos, no se haya cicatrizado, por la gangrena de los colgajos ú otro motivo cualquiera.

En los hechos de esta especie hay que plantear dos cuestiones que atañen directamente á la Operatoria quirúrgica. ¿En las soluciones de continuidad de la bóveda palatina tiene más ventaja la aplicacion de los obturadores protésicos, ó la *uranoplastia*? ¿En los casos que deba hacerse la operacion, cuándo debemos practicarla?

Uno de los fenómenos que más molestan á los individuos que padecen los agujeros fistulosos de que hablamos, viene á ser la *voz gangosa*, por la resonancia que tienen los sonidos articulados sobre las fosas nasales. Este defecto puede desaparecer muy bien aplicándose uu obturador de gutapercha que se amolde sobre la parte afecta, manteniéndolo en dicha posicion por un sosten intra-nasal ó sobre el cuello de las muelas más próximas. Cuenta hoy la Ortopedia con piezas protésicas de este género, tan bien construidas, que los enfermos las llevan con gran facilidad, evitándoles toda clase de molestias y fenómenos anormales.

A pesar de esto, muchos individuos prefieren que se les haga la operacion, porque no teniendo peligros por los cuales se pueda comprometer la vida, con la uranoplastia se alcanzan resultados más positivos y duraderos; sin embargo, se puede establecer una regla de criterio para determinar en los casos en que debe operarse y en los que se deben aplicar los obturadores. Siempre que la

abertura pase de dos centímetros, los procedimientos operatorios no ofrecen muchas garantías de éxito; en cambio, con el segundo medio se puede alcanzar la oclusión que se desea.

Refiérese la segunda cuestión, á la *oportunidad operatoria*, la cual se puede señalar con verdadera exactitud: Si la abertura palatina depende de un vicio de conformación, la uranoplastia debe ejecutarse en todas épocas; pero si la solución de continuidad es consecuencia de una discrasia, entónces la maniobra quirúrgica no debe llevarse á cabo hasta tanto que el individuo se encuentre perfectamente curado de aquella.

Los datos anatómicos que son indispensables para verificar la operación con *verdadero conocimiento de causa* son los siguientes: La bóveda palatina presenta diferentes arcos, cuya concavidad mide, por término medio, centímetro y medio á dos centímetros, y hay que estudiar en ella: el esqueleto, la fibra mucosa y las arterias.

El primero está compuesto por las apófisis horizontales del maxilar superior y las del palatino, cuyas suturas vienen á formar una verdadera cruz. Este esqueleto representa tanto en el diámetro ántero-posterior, como en el transversal—hácia su parte media—unos cuatro y medio á cinco centímetros; siendo más liso hácia la parte posterior y media, y presentando diversas prominencias y rugosidades hácia las partes laterales y anterior.

La parte dura de la bóveda palatina tiene dos agujeros laterales y posteriores por donde salen las arterias palatinas y el nervio del mismo nombre; anastomosándose las primeras con la arteria palatina anterior constituyen estos vasos un verdadero arco concéntrico á el dentario, y separado de éste unos cuatro á cinco milímetros: distancia que hay que tener muy en cuenta, durante la operación, para trazar el borde externo de los colgajos entre dichas arterias y la arcada dentaria á el objeto de incluir estos vasos en los colgajos para que tengan condiciones de vitalidad.

La fibro-mucosa palatina recubre toda la bóveda, siendo poco adherente hácia la parte media y posterior, y estando perfectamente unida á el hueso en el sitio donde se hallan las prominencias á las cuales nos hemos ántes referido. Esta unión es tan íntima, que el periostio y la mucosa parece que forman una sola capa anatómica: condición ventajosa, en parte, porque de este modo se pueden trazar colgajos que reunan buenas condiciones.

Existen numerosas glándulas en el espesor de la fibro-mucosa pertenecientes á el grupo de las *arracimadas*.

La uranoplastia ha sido un operacion cuya historia es relativamente moderna, toda vez, que aunque se habian hecho varias tentativas, hasta Roux no se reglaron esta clase de maniobras quirúrgicas.

Vamos á exponer los instrumentos que son necesarios para llevar á cabo la operacion: dos ó tres bisturios de hoja corta, recta, curva ó acodada para avivar los bordes de la solucion de continuidad y trazar los colgajos; dos legras de bordes biselados y cortantes para poder despegar bien la fibro mucosa, sin desgarrarla de la bóveda ósea. Necesitase, además, la aguja de Mathieu para hacer la sutura metálica.

Para proceder á la operacion, se pueden seguir distintos procedimientos. El de Roux, Sedillot, y otros autores antiguos no ofrecen buenas condiciones, habiendo sido sustituidos ventajosamente por el método de Baizeau ó los procederes dependientes de éste.

Las principales reglas que hay que tener presentes en la uranoplastia, son: 1.º Que los colgajos tengan dos anchos pedículos (anterior y posterior), y sean gruesos, entrando en ellos todo el grosor de la fibro-mucosa y las arterias palatinas. 2.º Que al aplicar los puntos de sutura, los colgajos no sigan la línea curva de la bóveda palatina, sino la direccion plana, que represente la *cuerda de un arco de circunferencia*, con relacion á la concavidad de la bóveda del paladar: por esta disposicion, los colgajos figuran un puente plano, la fibro-mucosa no queda tirante por los puntos de sutura, y hay más garantías de vitalidad.

La uranoplastia en *puente* reúne mejores condiciones que los procederes antiguos, pues con ella hay seguridad de obstruir la abertura en el caso de que no sea muy extensa.

La operacion se verifica en esta forma: se avivan los bordes de la solucion de continuidad, procurando que las superficies cruentas resulten un poco *biseladas*: de este modo la adherencia es más extensa. Despues de esta parte de la operacion, se trazan los colgajos mediante dos incisiones que deben pasar entre las arterias palatinas y arcos dentarios, á fin de que dichos vasos queden incluidos en los tejidos transplantados como un medio de asegurar las condiciones de vida del colgajo. Señalados aquellos, — por

las incisiones que hemos mencionado—se despegan con gran cuidado de la parte ósea, debiéndose separar íntegra toda la fibromucosa, no con la intencion que suponen algunos cirujanos, de que se forme hueso nuevo en la antigua abertura, sino con el objeto de que el colgajo sea más grueso y resistente como opina Sedillot.

Afrontados los colgajos en figura de *punte*, toda vez, que quedan dos anchos pediculos: uno anterior y otro posterior, se aplica la sutura en la parte media, valiéndose de alambres de magnesio ó de plata, procurando que los labios queden perfectamente coaptados.

Para verificar la sutura, podemos usar el instrumento de Mathieu, cuyo grabado exponemos.



Fig. 331. Porta-agujas metálico.

Se ha propuesto tambien, con la idea de procurar que los colgajos cicatricen por los bordes centrales, el pasar una cinta entre la cara cruenta de los colgajos y la bóveda palatina, y una vez que se haya efectuado la cicatrizacion, se separa el cuerpo extraño; teniendo en cuenta, que las caras superiores de los colgajos se vayan adhiriendo á la parte correspondiente del esqueleto.

Refiere Le-Fort, que Simon, en 1864, habia descrito y practicado un método de uranoplastia osteoides, derivado del que Langenbeck recomendaba, á cuyo profesor sin duda debe aludir Sedillot, cuando dice: que en 1852, un cirujano aleman presentó en el Congreso científico de Wiesbaden, el *molde en yeso* de una perforacion de la bóveda palatina, en la cual se habian empleado para operar los colgajos osteo-plásticos.

Dicho método ofrece graves inconvenientes, porque la parte ósea de la bóveda palatina no se adapta á que de ella se puedan sacar bien los colgajos transplantados.

Con el deseo de obturar la abertura palatina con tejidos no extraídos de la fibro-mucosa, Lannelongue ha propuesto diseccionar los colgajos de la mucosa del tabique de las fosas nasales, cuya operacion es más teórica que práctica, siendo muy fácil convencerse de ello.

Tambien con el fin de que los tejidos que obturasen la abertura presentasen el mayor grosor posible, se ha ideado disecar dos colgajos, adosándolos convenientemente sobre la solucion de continuidad.

De todos los métodos y procedimientos, el de Baizeau es el que mejores condiciones reúne, ó sea el conocido con el nombre de *uranoplastia en forma de puente*.

Las soluciones de continuidad del velo palatino son debidas á ciertas manifestaciones discrásicas, á las aberturas que hay que verificar para atacar directamente á los pólipos que se implantan sobre la region naso-faríngea, y tambien á vicios de conformacion, como ya hemos dicho al principio.

El tratamiento quirúrgico que se puede emplear para curar estas deformidades, ulceraciones ó heridas, toma el nombre de *estafilorrafia*, cuya etimologia significa: *la sutura del velo palatino*.

Esta operacion—segun Velpeau refiere — fué practicada por vez primera por un dentista llamado Lemonnier, quien la llevó á cabo en un niño que presentaba una hendidura en el paladar, originaria de un vicio de conformacion. Græfe habia intentado la maniobra quirúrgica antedicha, en 1817, pero no llegó á obtener éxito favorable.

Faltaba para perfeccionar la operacion los fundamentos anatómo-fisiológicos, y Roux fué, indudablemente, quien llegó á relacionar con éstos los procedimientos operatorios necesarios para remediar la deformidad. Examinaba Roux á un jóven médico del Canadá que tenia una abertura en el velo palatino. Diferentes veces habia contraído este enfermo el órgano deforme durante el exámen, pudiendo apreciar el profesor la manera como los músculos intrínsecos y extrínsecos obraban en sus contracciones sobre dicho órgano.

La inspeccion que Roux verificaba, y los datos en que pudo fijarse, le sugirieron la idea de un proceder operatorio para curar dicha deformidad. La operacion se llevó á cabo sobre Stepheson (que era el jóven médico) obteniendo un gran resultado, puesto en evidencia por dicho profesor, el cual leyó su misma observacion en una Sociedad científica.

Los datos anatómicos que deben tenerse presentes para proceder á la *estafilorrafia* son los siguientes:

El velo palatino representa una especie de válvula de concavi-

dad anterior y convexidad opuesta. Tiene dos mucosas distintas caracterizadas por la diferencia de los epitelios, pues en tanto que el que reviste la cara bucal es pavimentoso, el correspondiente á la faringe es vibrátil.

Una aponeurosis, que forma el esqueleto del velo palatino, y diferentes músculos son los órganos principales que componen dicha válvula. Los músculos pueden dividirse en tres capas, pero las fibras de unos se confunden en la línea media con las de los opuestos.

El músculo palato-estafilino ó elevador de la campanilla, los peri-estafilinos, externos é internos, el glosó y faringo-estafilinos tienen su acción fisiológica perfectamente marcada, y deben servir de guía á el cirujano por la necesidad que hay de neutralizar las contracciones, con el fin de que las suturas puedan coaptar los bordes cruentos.

Los peri-estafilinos, por la abducción y elevación que verifican del órgano, son los que más tienden á separar los labios de la herida, toda vez que los pilares (glosó y faringo-estafilinos) favorecen más bien que perjudican á la reunión por medio de la sutura.

Hay que tener en cuenta, que si la *estafilorrafia* se practica por una división congénita del velo palatino, muchos músculos de los que hemos indicado, se encuentran completamente atrofiados, y por ello no ejercen una acción separadora tan considerable.

Muy difícil es plantear las verdaderas indicaciones que cumple la maniobra operatoria de la cual nos ocupamos, porque la estafilorrafia, aún que se haga sobre los individuos que padecen la división congénita del velo del paladar, no por ello se obtiene una corrección en el modo de hablar del sujeto, siendo necesario el que se dedique éste á un ejercicio vocal perfectamente estudiado, para la mejor pronunciación de las palabras.

Lucha, por otra parte, el cirujano con ciertos inconvenientes que vamos á exponer, siquiera sea ligeramente: como una de las condiciones para que la cicatrización del velo del paladar se efectúe, ha de ser el reposo de los labios de la herida, y éste es muy difícil de obtener, se originan por esta causa algunos accidentes que impiden que el proceso de la cicatriz llegue á feliz término; un golpe de tos, deglutir la saliva que se forma en la boca, la movilidad inconsciente y otras causas fáciles de comprender, perturban la marcha regular de la unión de los bordes cruentos. Unas

veces, provocando flegmasias que producen una gran tumefaccion y hacen saltar los puntos de sutura; otras, ulcerando las partes adheridas, impiden, como necesaria consecuencia, la marcha cicatricial.

Todos estos obstáculos tiene que vencer la estafilorrafia, siendo de ellos, la dificultad en la pronunciacion, el que merece mayor importancia.

Dice Le Fort, que hace algunos años pudo un charlatan norteamericano engañar á varios profesores de Lóndres y Paris. Carecia este sujeto de velo palatino y lo reemplazaba con un obturador movable, cuya composicion era un secreto que reservaba el charlatan para la venta. Cuando éste se quitaba el obturador, pronunciaba con una voz gangosa, que desaparecia cuando tenia colocado el aparato.

Un dentista de Lóndres compró el privilegio de invencion por una considerable cantidad, y cuando quiso ensayarlo, pudo convencerse de la inutilidad de su compra. El charlatan norteamericano habia educado perfectamente su voz, y lo que atribuia, aparentemente, á el aparato, era tan sólo la consecuencia de ejercicios trabajosos y continuados.

Como la estafilorrafia no puede practicarse en la primera edad por no tener que luchar con la indocilidad de los operados, la pronunciacion se vá viciando, y cuando ya se lleva á cabo la operacion en una edad más avanzada, á el individuo le cuesta un gran trabajo el regularizar la locucion.

Una de las indicaciones que mejor cumple esta maniobra operatoria, consiste: en obturar la pérdida de sustancia para que el velo palatino obre como una válvula que, cerrando la cavidad posterior de las fosas nasales, impida el que pasen los alimentos durante la deglucion, ó vómitos hácia las fosas nasales.

Diversa conducta debe ser la del cirujano segun la extension que abarque la division del velo palatino; así cuando se trate de una solucion de continuidad muy pequeña, se puede emplear el procedimiento que Cloquet aconseja en los cortos trayectos fistulosos, consistente en aprovecharse para la reunion, del tejido retráctil de una cicatriz, producida por una série de cauterizaciones sobre los mismos bordes.

Este procedimiento que se ha usado repetidas veces en la operacion que analizamos, ha dado en algunos casos buenos re-

sultados; pero cuando la pérdida de sustancia mide mayores dimensiones, no hay otros medios seguros más que el de recurrir á las suturas.

Antes de proceder á esta maniobra quirúrgica, es conveniente preparar la parte en la cual ha de recaer, procurando insensibilizarla en lo posible, mediante el bromuro potásico, cuyo medicamento, como es sabido, tiene una accion anestesiante sobre las mucosas.

Diversos tiempos operatorios hay que estudiar en la estafilorrafia, que vamos á exponer por el órden que se practican. El primero consiste en el *avivamiento* de los bordes que han de unirse, empleándose para ello bisturíes de hoja corta, recta ó acodada montadas sobre un largo mango. Otros prefieren una tijera curva por el ángulo, de ramas largas para su más fácil manejo.

El primero de estos instrumentos, tiene, á nuestro modo de ver mayores ventajas, porque el segundo siempre magulla un poco los bordes por muy afiladas que estén las hojas cortantes.

Para el avivamiento con el bisturí, es condicion indispensable el que los labios de la solucion de continuidad estén tensos para que el *refrescamiento*—como dicen por *sinonimia* algunos cirujanos,—pueda llevarse á cabo con cierta regularidad, y para conseguir la tension, la mayor parte de los profesores proponen pasar con una aguja dos asas de hilo por la parte inferior del velo palatino, para que sujetando éstos con la mano izquierda del operador, ó por medio de un ayudante, queden tirantes los bordes y pueda efectuarse el avivamiento.

Esta tension puede lograrse tambien, cogiendo la parte inferior del velo palatino con unas pinzas de anillo, de ramas un poco anchas, para que extendiéndose la presion no mortifique los tejidos.

¿De qué manera debe verificarse el refrescamiento? Presentando el velo palatino muy poco grosor, fácilmente se comprenderá que si se avivan las partes por superficies biseladas en opuestos sentidos, la coaptacion se puede hacer con mayores seguridades que si el refrescamiento se afectúa en un plano ántero-posterior. Durante este tiempo operatorio, la hemorragia es insignificante, pues aunque el velo palatino tiene arteriolas de algun calibre, no es preciso el herirlas cuando se efectúe esta operacion; más en el caso de que las hubiera, para despejar el campo operatorio, el ci-

rujano puede valerse de pequeñas esponjas redondeadas, que se montan sobre ballenas ó sobre palos delgados, de más ó menos longitud.

Una vez refrescados los bordes, se procede á la sutura, la cual se ha ejecutado por distintos procedimientos, empleando para ello un numeroso instrumental, del cual escogeremos tan sólo los más importantes.

Roux habia practicado bastantes operaciones valiéndose para llevarlas á cabo de un porta-agujas para pasar los hilos correspondientes. Si bien es cierto que estos pueden atravesar fácilmente los tejidos de adelante atrás por el colgajo lateral izquierdo, es muy difícil pasar los hilos desde la parte posterior á la anterior sobre el lado derecho.

Para resolver esta dificultad habia propuesto Berard un procedimiento bastante ingenioso, el cual consistia: en pasar un hilo de adelante atrás en el lado izquierdo, y, con el objeto de no tener que atravesar el velo palatino desde la parte posterior á la anterior, dirigia, mediante una aguja, una *asa* de hilo de adelante atrás en el lado derecho; de manera que la parte izquierda del velo del paladar estaba atravesada en el borde de la solucion de continuidad—á tres ó cuatro milímetros de la misma—de tantos hilos como puntos de sutura, y el lado derecho por igual número de *asas*. En éstas se sujetaban aquellos, se tiraba de dichas *asas* hácia adelante por el mismo agujero de entrada (como es de suponer) y quedaban los hilos colocados sobre el velo palatino uniendo los bordes cruentos.

Smith, Foraytier, Pierris, Sotteau y Sedillot han inventado diversos instrumentos para pasar los hilos. Sólo describiremos el último de estos aparatos, por ser el que reúne mejores condiciones, sin ocultar por ello, que tampoco está exento de reproche, porque la sutura se hace difícil en algunas ocasiones.

Compónese de una aguja montada sobre una varilla metálica con su mango correspondiente, llevando aquella un pequeño agujero en su parte media por donde atraviesa un hilo.

Consta, además, dicho aparato de un sosten metálico con mango encorvado en ángulo recto, terminando por un anillo que vá ocupado en su área por una hoja de goma.

Con la aguja se atraviesa el velo palatino y vá á clavarse sobre la hoja de goma ó gutapercha, que debe colocarse detrás del paladar, y como la aguja se separa del mango metálico, sale de la boca,

clavada en el segundo instrumento y arrastrando el hilo que lleva enhebrado.

Tambien vá anexo á este instrumental un porta-agujas de dos válvulas, las cuales se aprietan más ó ménos, por la accion de un *anillo corredizo*.

Nosotros opinamos que para las suturas se deben emplear los hilos de catgut, de plata ó de oro.

Estos últimos no son oxidables, á más, tienen la ventaja de dar mayor consistencia á la sutura produciendo ménos inmovilidad.

Como porta-agujas creemos preferible el de Mathieu, cuyo instrumento conocen ya nuestros lectores, siempre que tenga la aguja hueca una curvatura conveniente, pues con él se pueden atravesar las partes laterales del velo palatino derecha é izquierda en un solo tiempo operatorio.

Colocada la sutura debe procurarse que no queden las partes muy tirantes para que no ulceren los tejidos los puntos de union. Con el fin de obviar este inconveniente, se han recomendado diversos procedimientos que vamos á indicar. Para relajar las partes laterales del velo palatino se han verificado incisiones que, como las que Diefenbach practicaba, cumplian algunas veces el objeto encomendado; pero como en la mayoría de casos la tension no se limita principalmente á las mucosas y capas glandulares sino tambien á los músculos, Fergusson habia propuesto una série de *miotomias* para evitar las contracciones y la tension del órgano operado.

Este procedimiento, sí teóricamente es aceptable, se resiente mucho en sus fundamentos, cuando se relaciona con la práctica; por una parte, el poco grosor del velo palatino; por otra, la manera cómo se entremezclan las fibras musculares, y se podrá observar que dichas miotomias no se pueden llevar á cabo ni obtener de ellas esos *resultados matemáticos* que algunos—más entusiastas que el mismo Fergusson—pregonan, fundándose en conceptos puramente ideológicos.

M. Warnen, para evitar la tension del velo palatino, ha ensayado la seccion del pilar posterior ó músculo faringo-estafilino.

En resúmen, la estafilorrafia es *una operacion más difícil que peligrosa, pero más insegura en sus éxitos que dificultosa en su ejecucion*; á pesar de todo debe intentarse siempre, aunque los resultados que se puedan obtener no sean de mucha consideracion, pues

si en la *uranoplastia* los obturadores se aplican con grandes ventajas, en las pérdidas del velo palatino las piezas protésicas no dan el éxito apetecido, aún despues de haberse ideado multitud de medios.

Finalmente, siquiera la *estafilorrafia* pueda impedir el paso de las sustancias alimenticias hácia las fosas nasales, en poco ó en mucho, estaria justificada cualquier tentativa operatoria en este sentido, pues aquellas, cuando no existe una *barrera* que, como el velo palatino, impide su paso hácia las mencionadas cavidades, la deglucion se hace dificultosa; y los alimentos, poniéndose en contacto con la mucosa de la parte más superior de la faringe y con la correspondiente á las conchas y canales de la region nasal, provocan flegmasias muy perjudiciales que se propagan á una y otra region contigua, ocasionando ulceraciones de mal carácter, que muchas veces, dejando á el descubierto las partes óseas, dan origen á los necrosis y otra clase de accidentes que pueden acarrear consecuencias de mala indole.

Estos temores están tanto más justificados, cuanto que en estos casos casi siempre se trata de individuos discrásicos.

SECCION V.⁽¹⁾

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN SOBRE EL APARATO
RESPIRATORIO.

LECCION LXXXIV.

La laringoscopia, datos históricos.—Instrumentos que se emplean en esta operacion diagnóstica y manera de llevarla á cabo. evitando los inconvenientes que suelen presentarse.—Introduccion accidental de los anélides en la parte superior del conducto laringotraqueal.—Exploraciones para determinar el punto de implantacion de las sanguijuelas y modo de proceder á su extraccion.

Como las exploraciones que recaen sobre la cavidad posterior de la boca, y especialmente sobre la laringe, han de preceder en muchas ocasiones á varias maniobras quirúrgicas que en las mismas suelen llevarse á cabo, creemos oportuno exponer algunas consideraciones sobre la laringoscopia, concretándonos á los conceptos generales sin entrar en el estudio detallado y minucioso.

Cuenta la laringoscopia una larga historia, de la cual nosotros haremos un somero resúmen.

Bozzini, al exponer un sistema de exploracion que, por medio de la luz, se pudiesen reconocer las cavidades del cuerpo, fijó su atencion principalmente sobre la laringe, inventando un laringoscopio bastante imperfecto, por no ser posible reconocer con él la forma de la glótis.

Cagnard, en 1825, y Senn, de Ginebra, en 1827 hicieron tentativas infructuosas. Babington inventó un glotiscopio que, aunque señalaba un mayor grado de perfeccion, no se podian obtener resultados satisfactorios.

El espéculum que el instrumentista Selligue construyó, el aparato de Bennati, el laringoscopio de Baumés, presentado á la So-

(1) La seccion III corresponde á la leccion LXXV y la IV á la LXVIII.

ciudad de Medicina de Lyon en 1838, fueron ensayos que se aproximaban cada vez más á la perfeccion moderna.

El sistema de prismas de cristal para reconocer la laringe por el profesor Wárden revela un carácter más científico, pues ya dicho profesor habia expuesto los principales fundamentos en que debia basarse la laringoscopia.

A pesar de todas estas tentativas habia muchísimos puntos oscuros, que la *luz del laringoscopio* no habia podido esclarecer. Un profesor de música, español, dedicado á las lecciones de canto, llamado Manuel García, fué el primero que dió á conocer, en 1854, la *auto-laringoscopia*.

Era dicho profesor sumamente estudioso y quiso explicarse la fisiología de la voz, para fundamentar sus estudios sobre una base más científica (1). García habia hecho sus primeros ensayos en París, valiéndose de un aparato que, bajo su direccion, construyó Charrière.

Con este auto-laringoscopio se podia observar perfectamente la manera como las cuerdas vocales se contraen durante la formacion de los sonidos; y despues de un meditado y concienzudo estudio reunió los datos, y sobre ellos publicó una notable Memoria que presentó á la Sociedad Real de Lóndres.

Dicho trabajo, titulado: *Observaciones fisiológicas sobre la voz humana*, pasó casi desapercibido en Lóndres, pero mereció que se tradujese á el francés por Segond, que fuese anotado por Diday, y que Ludwig Turck, de Viena, continuase las experiencias de García (2).

Desde aquella época se han presentado nuevos modelos de laringoscopios, llevando sucesivamente todos ellos nuevas perfecciones que seria prolijo enumerar.

Vamos á describir el aparato, que á nuestro modo de ver, reúne mejores condiciones. Consiste éste en un quinqué con su anillo correspondiente (que sirve de armadura) en el que se coloca una *pantalla*, dos reflectores y una lente

(1) Era García, padre de una célebre cantante, que murió casi repentinamente en el salon de descanso del gran teatro de la Opera de Lóndres; dicha artista habia cambiado su apellido por el de Lagrange, con el cual se la conocia generalmente.

(2) En España pasa dicho profesor como desconocido, pues á excepcion de alguno que otro médico que tenga noticia de estos trabajos la generalidad ni siquiera le conoce de nombre.