

Si se quería, en rigor, obrar más de prisa, se podría simplemente puncionar el espacio membranoso, para introducir por allí la cánula.

CRICO-TRAQUEOTOMÍA

La crico-traqueotomía, introducida por Boyer en la práctica, consiste en abrir el conducto laringo-traqueal por la sección media y vertical del anillo cricoideo y de los dos primeros anillos de la tráquea.

Es la operación de elección, *en los niños*, sobre todo en los casos de crup, y principalmente en los niños que tienen menos de dos años á causa del *diámetro muy reducido* de la tráquea, de su blandura y de su aspecto membranoso uni-

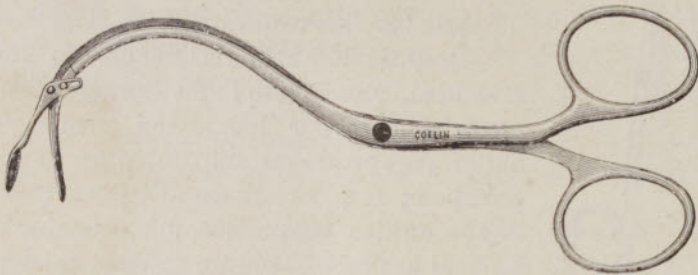


FIG. 600.—Pinza para falsas membranas

forme ó poco menos, condiciones que hacen verdaderamente difícil su ataque directo. No conviene en el adulto á causa de la poca flexibilidad del cartilago cricoideo, á menos que nos decidamos, siguiendo el consejo de Nélaton, á excindir el anillo cricoideo en lugar de dividirlo solamente.

Igual aparato instrumental que para la laringotomía inter-crico-tiroidea y además una pinza para falsas membranas (fig. 600). Si en lugar de la cánula

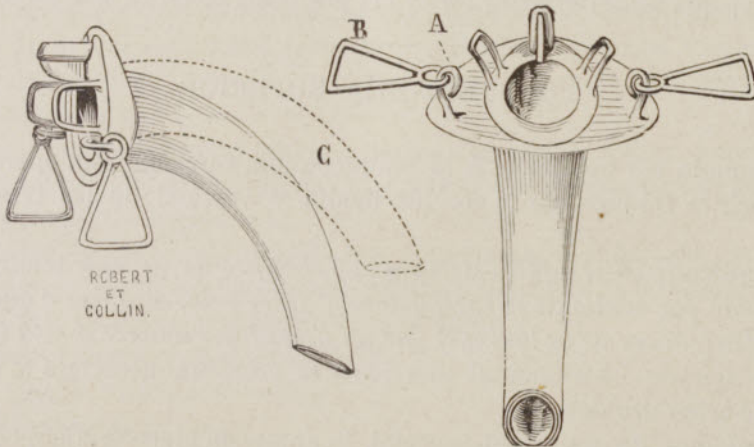


FIG. 601.—Cánula de Robert y Collin

FIG. 602.—Cánula de Roger

de Krishaber se quiere emplear la de Robert y Collin (fig. 601) ó la de H. Roger (fig. 602), es preciso procurarse también un dilatador de Laborde (fig. 603) ó una sonda de goma elástica abierta en su extremidad y que servirá de mandril. Cánula de niño de uno á diez años: 6 á 8 milímetros.

Procedimiento.—Después de haber reconocido y marcado el punto medio del anillo cricoideo y también la línea media de la horquilla del esternón, *fíjese la parte inferior de la laringe cogiendo los bordes ó lados del cricoideo*

entre el pulgar y el medio izquierdos y hágase una incisión cutánea de 3 centímetros, *exactamente en la línea media*, cuyo punto medio corresponda algo por debajo del cricoides.

Divídase en la misma extensión el tejido célula-grasoso y la línea blanca: después con la sonda ó con el pico de la misma, destrúyase el intersticio celuloso de los músculos cleido-hioideo y externo tiroideo.

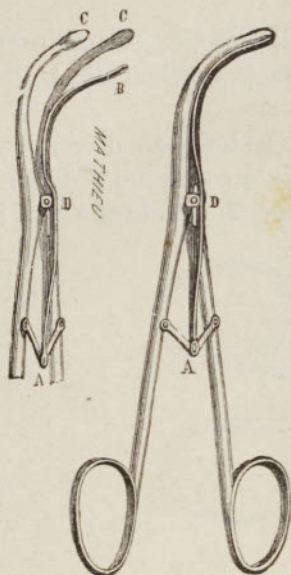


FIG. 603
Dilatador de Laborde

dilatador de Laborde y se desliza la cánula por su convexidad entre sus dos ramas principales.

Quítese el dilatador y sujétese la cánula.

Este procedimiento es evidentemente menos brillante y menos expedito que el de un solo tiempo de Saint-Germain, pero en la práctica general es más seguro.

TRAQUEOTOMÍA SUPERIOR

Así llamada por oposición á la traqueotomía *inferior*, esta operación consiste en abrir la tráquea por la sección media y vertical de los tres primeros anillos.

Está indicada *en el adulto siempre que el objeto de la operación no pueda ser alcanzado por medio de la laringotomía inter-crico-tiroidea ó que haya inconvenientes (cáncer de la laringe) que no permitan recurrir á esta última.*

Igual aparato instrumental que para la crico-traqueotomía y la laringotomía inter-crico-tiroidea.

Aconsejamos de un modo especial la anestesia clorofórmica, como igualmente para la crico-traqueotomía en el niño; la operación se practica con una perfecta regularidad.

A. *Procedimiento con el escalpelo.*—Los mismos puntos de mira y el mismo modo de fijar la laringe que en la operación precedente. Hágase una incisión cutánea de 4 centímetros de longitud, cuya parte media corresponda á 1 centímetro por debajo del anillo cricoideo.

Divídase el tejido célula-grasoso subcutáneo, la línea blanca, el intersticio de los músculos cleido-hioideo y esterno-tiroideo, ó éstos mismos músculos, tan cerca de la línea media como sea posible. Practíquese la hemostasia.

Mientras un ayudante separa los labios de la incisión, reconózcase por la vista y el tacto el anillo cricoideo y los tres primeros de la tráquea. Si el istmo del cuerpo tiroides recubre estos últimos, hay que seguir el consejo de Bose, esto es, divídase al través, inmediatamente por encima del istmo, la lámina aponeurótica que la fija á la laringe y bajarla lo más posible una vez así movilizada; ó bien, á ejemplo de Roser, divídase el istmo entre dos ligaduras perdidas que se han colocado por medio de una aguja de Deschamps. Hemostasia completa.

Puncióñese luego la tráquea inmediatamente por debajo del anillo cricoideo y divídanse los tres primeros de la tráquea por pequeños movimientos de sierra con el escalpelo. El resto como se ha dicho precedentemente.

B. *Procedimiento con el termocauterio y el escalpelo.* — Divídanse todas las partes blandas hasta la tráquea con el cuchillo de Pacquelin, al rojo obscuro, manejándolo á pequeños cortes y rápidamente, alejándolo después de cada aplicación y sobre todo limpiándolo cada vez de la grasa en fusión; después ábrase la tráquea con el bisturí.

El termocauterio tiene la ventaja de permitir operar en seco con una pequeña pérdida de sangre. Sin embargo, hoy día, no se le emplea sino muy rara vez y en los sujetos flacos.

La traqueotomía *inferior*, operación en la cual la tráquea es abierta muy abajo, entre el tercero y el séptimo anillo, está reservada hoy día como operación preliminar en la laringectomía total. Es especialmente difícil y peligrosa á causa del número, desarrollo y anomalías de los vasos colocados en el campo operatorio ó junto á él.

EXTIRPACIÓN TOTAL Y EXTIRPACIONES PARCIALES DE LA LARINGE (1)

1.º La extirpación total de la laringe ó laringectomía total, considerada como operación tipo, consiste en enuclear el esqueleto fibro-cartilaginoso de este órgano con sus músculos intrínsecos y separarlos: inferiormente, de la tráquea debajo del ericoides: por arriba del aparato hio-lingual, debajo del hueso hioideos; hacia atrás del extremo inferior de la faringe. Pero nos vemos obligados bastante á menudo á interesar las partes vecinas para poder extirpar todo lo enfermo ó sospechoso.

Watson (de Edimburgo) es el primero que parece haber practicado esta operación (1866); pero á Billroth es á quien se debe su perfeccionamiento técnico y su introducción en la práctica.

Sus indicaciones son: el epitelioma, el sarcoma, el tubérculo, las estenosis cicatriciales graves y los neoplasmas benignos, cuando la tirotomía ó la tiro-cricotomía sola no permite extirpar todo el mal.

El aparato instrumental comprende:

- Un bisturí ó escalpelo recto;
- Tijeras rectas romas;
- Una pinza de disección;
- Una sonda acanalada;
- Raspatoriums planos;
- Ganchos romos y una erina doble;
- Muchas pinzas hemostáticas;
- Un tenáculum;
- Una pinza de Tillaux;

(1) Véanse Schwartz (*Loc. cit.*); Pinçonnat (*Thèse de Paris*, 1890); Périer (*Soc. chir.*, 19 de Marzo de 1890); Mongour (*Th. de Bordeaux*, 1891; Tauber (*Langenbeck's Arch.*, Bd. XLI. Ht. 3, pág. 641, 1891).

Una pinza porta-agujas;

Agujas de sutura;

La cánula-tapón de Trendelenburg, ó una cánula ordinaria de traqueotomía;

Seda y catgut para ligadura y sutura.

Procedimiento.—Después de haber abierto muy abajo la tráquea y colocado la cánula-tapón de Trendelenburg, ó después de haber colocado la cabeza pendiente (Rose y Thiersch) y colocado una cánula ordinaria de traqueotomía (1), se reconoce y marca el centro del cuerpo del hioides, el vértice de la nuez de Adán y el punto medio del anillo cricoideo: después se procede á la operación de la manera siguiente:

Se divide en la línea media la piel y el tejido conjuntivo subcutáneo, luego el cuerpo del hueso hioides hasta el borde inferior del anillo cricoideo: se añade en la extremidad superior una incisión cutánea transversal que reúne los esterno-mastoideos y en el extremo inferior una incisión análoga. Hemostasia: *venas yugulares anteriores* (fig. 604).

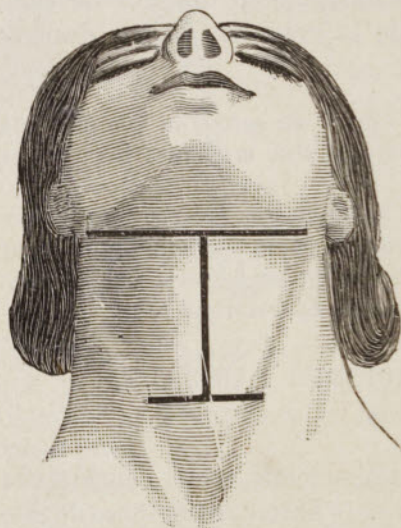


FIG. 604.—Incisiones para la extirpación total de la faringe

Divídase en el mismo sentido la aponeurosis cervical superficial: despéguese con un raspatorium ó legra la inserción hioidea de los músculos cleido-hioideos y tiro-hioideos y denúdense, según el método subpericondral, las dos caras del cartilago tiroides *hasta los bordes posteriores*, mientras que un ayudante separa las partes blandas con dos ganchos romos. Hemostasia: *algunos ramos de las arterias laríngeas superiores*.

Póngase al descubierto el anillo cricoideo por delante y á los lados, respetando las articulaciones cerato-cricoideas; engánchese con una erina el borde inferior del anillo cricoideo; después, mientras se tira de la laringe adelante y arriba, pásese una asa de hilo á través de la pared anterior de la tráquea al nivel del segundo ó tercer anillo; divídase transversalmente la porción cartilaginosa de la tráquea por encima del primer anillo, y-luego, por pequeños cortes, la porción membranosa sin traspasar sus límites. Hemostasia: *arterias crico-tiroideas y diversos ramos de las arterias tiroideas inferiores*.

Elévese cada vez más la laringe por su extremidad inferior: seccionense las recurrentes de un tijeretazo, tápese la tráquea por encima de la cánula con una esponja provista de un hilo; despéguese la parte posterior del anillo cricoideo de la pared faríngea correspondiente con el mango del escalpelo, dividiendo á medida que se van presentando á derecha é izquierda las inserciones crico-tiroideas del músculo constrictor inferior de la faringe y, más arriba, las de los estilo-faríngeos. Hemostasia: *arterias laríngeas posteriores y algunos vasos del plexo venoso faríngeo*.

Tírese de la laringe hacia adelante: líguense las arterias laríngeas superiores, que se buscan y se encuentran debajo de los nervios del mismo nombre, divídase después sucesiva y horizontalmente, debajo del hioides la membrana tiro-

(1) Se puede también practicar la traqueotomía quince días antes á fin de preparar al operado á respirar por la cánula.

hioidea, los ligamentos tiro-hioideos medios y laterales, la masa glándulo-grasosa pre-epiglótica y la epiglotis, hasta que la laringe esté enteramente desprendida. Hemostasia complementaria: *algunos pequeños vasos*.

Ciérrese todo lo posible, por medio de suturas la parte de la faringe que rodeaba la entrada de la laringe (faringoplastia) á fin de separar la cavidad buco-faríngea de la cavidad traumática, uniendo la pared anterior de la faringe á la base de la epiglotis; (1) suturense los colgajos cutáneos á nivel de las incisiones transversales; llénese la brecha media con tiras de gasa yodofórmica y fíjese el borde anterior de la tráquea por dos puntos laterales de sutura á la extremidad inferior de la incisión media.

Para evitar la bronco-pneumonía séptica y la celulitis séptica del cuello, causas tan frecuentes de muerte después de la operación, se deja durante algún tiempo la cánula-tapón ó la cánula de traqueotomía, se deja permanente una sonda esofágica que pasa por la boca ó por la nariz y se desinfectan sin cesar los líquidos intrabucales. Más tarde, hacia el fin de la segunda ó tercera semana, se aplica una laringe artificial. Tenemos hoy día varios modelos; citaremos en Francia el de L. Labbé (Collin) (2), el de Pean (Mathieu): en Alemania, los de P. Bruns (3), de Hahn (4), de Gussenbauer (5). Muchos operados, sin embargo, prefieren pasarse con la cánula respiratoria ordinaria.

Perier (6), que ha empleado exactamente la misma incisión que recomendábamos en la primera edición, no practica la traqueotomía preventiva. Después de haber desnudado el conducto laringo-traqueal por delante y á los lados, pasa una asa de hilo á cada lado de la tráquea, secciona libremente la tráquea por debajo del cricoides y mientras hace levantar la laringe por un ayudante por medio de un tenáculum, introduce en seguida en la tráquea una gruesa cánula cónica (Collin) que la obtura completamente: las asas del hilo se arrollan en un pequeño tope que lleva la convexidad de la cánula. La anestesia, principiada por las vías superiores, se continúa luego por la cánula, provista al efecto de un grueso tubo de caucho que termina en un embudo de cristal. Acabada la operación, Périer *suprime la cánula y fija circularmente á la piel todo el circuito del corte traqueal*. Sutura asimismo la incisión media, en lugar de dejarla abierta. — Terrier había también suturado una vez la tráquea á la piel.

La laringoectomía total es una operación muy grave, puesto que, según una estadística de Pinçonnat (179 casos), cuenta una mortalidad operatoria de 40,4 por 100. Las curaciones radicales son verdaderas excepciones. Su mortalidad, sin embargo, parece haber descendido al 11 por 100 en la estadística personal de V. Bergmann (7).

Antes de proceder inmediatamente á la extirpación total, es preciso siempre practicar la tirotomía y ver si esta última, completada por el raspado ó por cualquiera otra operación radical, es suficiente.

II. Hoy día, hay tendencia á preferir la extirpación parcial á la extirpación total de la laringe siempre que el neoplasma que impone la operación es bastante limitado; los resultados terapéuticos son por lo menos equivalentes á los de la laringoectomía total, sino mejores. Además gracias á la conservación de una ó de dos cuerdas vocales, y gracias á la formación ulterior de ciertos pliegues ó dobleces en la nueva laringe, los pacientes conservan todavía la facultad de expresarse de una manera normal y á menudo muy clara y distinta.

(1) Tal como lo ha hecho Maunoury con éxito (*Soc. Chir.*, 1894).

(2) Cadier (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, pág. 107, 1885).

(3) P. Bruns (*Langenbeck's Arch.*, XXVI, Ht. 3, pág. 780, 1881).

(4) E. Hahn (*Ibid.*, Ht. 1, pág. 171, 1884).

(5) Tillmanns (*Lehrb. d. sp. chir.*, II, 439, taf. XII, 1891).

(6) Périer. *Autres cas de laryngectomie sous trachéotomie préalable* (Acad. med., 18 de Julio de 1893).

(7) Véase Graf (*Congr. all. de chirurgie*, 1897).

Billroth, Hahn, Küster, J. Wolff, v. Bergmann, etc., han practicado muchas de estas extirpaciones parciales: nosotros hemos recurrido también á ellas, con éxito, en un caso de carcinoma limitado al lado izquierdo de la laringe.

La operación se practica, según los casos, sobre una de las mitades laterales ó sobre la mitad superior ó inferior del órgano. Es positivamente más difícil que la laringoectomía total, conforme varios cirujanos han hecho notar. Por lo común se practica previamente la traqueotomía.

TORACENTESIS

La *toracentesis*, diríase mejor *pleurocentesis*) es una operación más familiar á los médicos que á los cirujanos que consiste en evacuar los líquidos contenidos en la cavidad pleural (serosidades, pus, sangre), ya por la simple punción, ya por la punción combinada con la aspiración.

La punción aspiradora tiene por objeto: 1.º asegurar la evacuación comple-

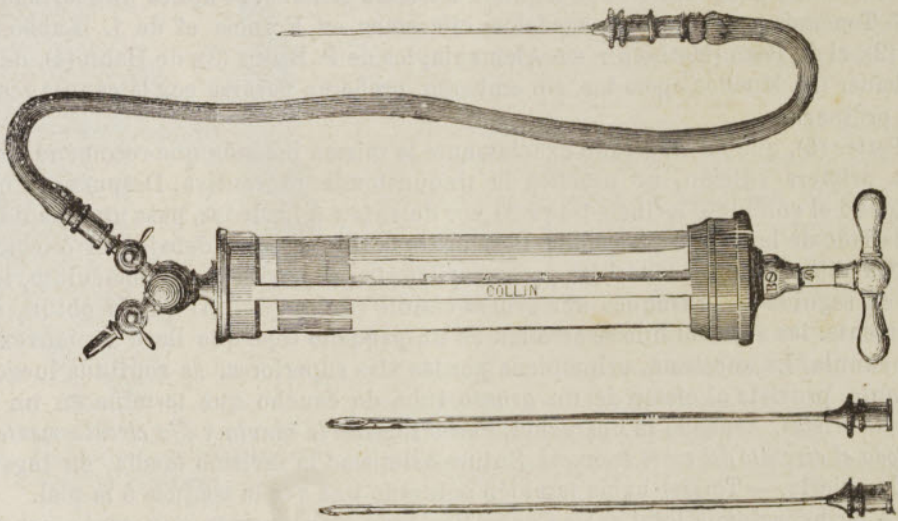


FIG. 605.—Pequeño aspirador de Dieulafoy

ta cuando se la desea; 2.º y más especialmente impedir la entrada del aire durante la evacuación; no porque se tema hoy día el aire como vehículo de infección, sino porque podría dar lugar á un pneumotórax cuyos inconvenientes mecánicos serían poco más ó menos los mismos que los que ocasionan los derrames líquidos como el que ha dado lugar á la intervención. Así, pues, es la única usada en nuestra época.

Las indicaciones precisas de la toracentesis son: 1.º los *derrames puramente serosos* del hidrotórax, cualquiera que sea el origen de este último, cuando provocan una gran dificultad en la respiración; 2.º los *derrames sero-fibrinosos* que han resistido á los medicamentos ordinarios, hacia el décimo quinto día en el niño y del décimo octavo al vigésimo en el adulto (Netter) (1), ó cuya cantidad alcanza ó traspasa los 1,800 gramos en un momento cualquiera del estadio ó período febril, aun cuando no haya disnea (Dieulafoy); 3.º los *empiemas de pneumococos* puros, los cuales deben operarse lo más pronto posible desde que llegan á ser notables; la toracentesis basta entonces ordinariamente para obtener la curación á causa de la débil vitalidad de los agentes patógenos (Netter); 4.º los *derrames serosos y empiemas tuberculosos*, á título de paliativo regularizado

(1) Netter. *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, IV, 1893.

que se repite según sea necesario, — «dada la insuficiencia habitual de las operaciones radicales» (Debove, Desplats, Spillmann, Vaté, Netter): 5.º la *pleuresía hemorrágica*: 6.º el *hemotórax traumático reciente*, cuando la cantidad del derrame hace la respiración extremadamente penosa, — á menos que se juzgue preferible proceder á la hemostasia directa de la herida pulmonar á imitación de Omboni, de Delorme, de Michaux y de Quénu. Finalmente, la toracentesis es á menudo empleada simplemente como medio de exploración clínica y de diagnóstico bacteriológico.

Los aspiradores de los cuales más comunmente nos servimos para la toracentesis son: el de Dieulafoy (grande y pequeño modelos), el de Potain y el de Debove: el último, sin embargo, es una bomba solamente aspirante, mientras que los otros pueden funcionar, según los casos, á modo de bombas aspirantes é impelentes.

El pequeño aspirador de Dieulafoy (fig. 605) se compone: 1.º de un cuerpo

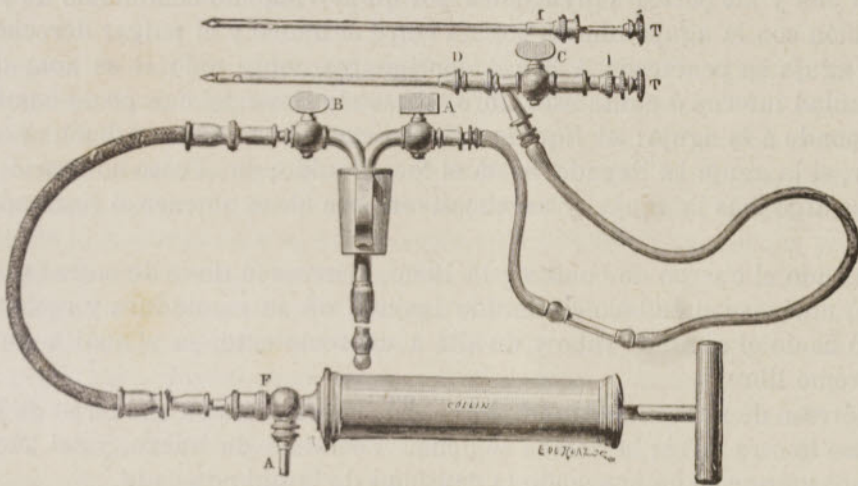


FIG. 606.— Aspirador de Potain

de bomba de cristal—cuyo émbolo puede ser fijado cuando funciona, hecha ya la aspiración, por un movimiento de rotación de izquierda á derecha, gracias á una escotadura de parada que puede verse en su parte inferior,— y que está provisto en el otro extremo de dos ajustes con llave ó espita; 2.º de dos tubos de caucho que se adaptan á estos ajustes; 3.º de agujas tubuladas que tienen un diámetro: el n.º 1, de medio milímetro; el n.º 2, de 1 milímetro; el n.º 3, de 1 milímetro y medio; y el n.º 4, de 2 milímetros; los dos primeros se utilizan generalmente para los derrames serosos, los otros dos para los derrames purulentos. Cuando nos queremos servir de este aspirador, se comienza por hacer el vacío en el cuerpo de bomba, después de haber cerrado las dos llaves, tirando del émbolo hacia nosotros y fijándolo por su escotadura: después se adaptan los tubos de caucho; uno de ellos se pone en relación con la aguja aspiratriz y el otro hace las veces de tubo de escape para el líquido aspirado por el cuerpo de bomba.

Con el aparato de Potain (fig. 606) se hace desde luego el vacío, no en el cuerpo de bomba, sino en un recipiente cualquiera (botella, garrafa) al cual se adapta el tapón de caucho provisto de dos tubuladuras, imprimiendo al émbolo una serie de movimientos de vaivén. En cuanto á la cánula-trócar, para establecer el derrame de líquido que ha de ser aspirado y para impedir la entrada del aire en la cavidad pleural, es preciso, en cuanto se ha practicado la punción retirar el dardo hasta que lo sentimos detenido por un abultamiento

especial y cerrar la llave de la cánula exterior. Lo restante de su funcionalismo es fácil de comprender.

Procedimiento. — Lugar ó sitio de elección para la toracentesis, tanto á izquierda como á derecha: *el punto medio del séptimo ú octavo espacio intercostal, sobre el trayecto de la línea axilar: ó el borde superior de la novena costilla, en la prolongación del ángulo inferior del omóplato* (Dieulafoy, Netter).

Después de haber esterilizado el aspirador por medio de la ebullición ó en el autoclave, después de haber desinfectado también cuidadosamente nuestras manos y el sitio elegido para practicar la puntura, como también sus contornos en una extensa zona,—estando ya hecho el vacío en el cuerpo de bomba, si nos servimos del aspirador de Dieulafoy, y el enfermo acostado sobre el lado opuesto al derrame ó mejor sentado sobre su cama con los dos brazos hacia adelante; —márquese el borde superior de la novena costilla ó el punto medio del espacio intercostal correspondiente con la punta del índice izquierdo, y punciónese la piel y las partes subyacentes por un movimiento combinado de presión y rotación con la aguja núm. 2, cogida entre el índice y el pulgar derechos. Así que la aguja ha penetrado á 3 ó 4 centímetros, sobre todo si se nota que su extremidad interna ó punta está libre, ábrase la llave del cuerpo de bomba que corresponde á la aguja: el líquido aparece casi en seguida en dicho cuerpo de bomba, si la aguja ha llegado hasta el foco líquido; en el caso contrario, introdúzcase algo más la aguja, y así sucesivamente hasta obtener el resultado apetecido.

Cuando el cuerpo de bomba está lleno, ciérrase la llave de entrada, ábrase la otra, muévase el émbolo en sentido inverso de su escotadura y rechácese el líquido hacia el segundo tubo y de allí á un recipiente, en el cual se sumerje su extremo libre.

Ciérrese de nuevo la segunda llave, hágase el vacío en el cuerpo de bomba y ábrase la otra llave; la bomba se llena. Vacíesela de nuevo, y así sucesivamente hasta que se ha evacuado la cantidad de líquido deseada.

Algunos colegas prefieren la evacuación total en una sola sesión. La mayoría, por el contrario, y este es el método de elección, opinan que es más prudente evacuar el líquido en varias sesiones, con intervalos de dos ó tres días, sin traspasar jamás de cada vez la cantidad de un litro.

Hacia la mitad ó al final de la evacuación y aun á veces al principio, los enfermos experimentan quintas de tos más ó menos penosas, que se han atribuido al desplegamiento demasiado brusco de los lóbulos pulmonares. Se suspende en este caso la acción del aspirador durante algunos instantes ó bien se hace más lenta la evacuación. Si persiste la tos ó se hace intolerable, se suspende definitivamente la operación hasta otro día.

Terminada la operación, se retira rápidamente la aguja mientras se mantienen los tegumentos en su sitio á su alrededor con el índice y el pulgar izquierdos, y después se cubre la picadura de la aguja con algunas tiras de gasa yodofórmica empapadas en colodión.

Si se quiere lavar la cavidad pleural después de haberla vaciado por completo de su contenido patológico, será preciso desde luego hacer funcionar en sentido inverso las llaves del aspirador de Dieulafoy, á fin de aspirar é inyectar el líquido aséptico (agua hervida, agua pasada por el autoclave) ó antiséptico; después procédase, como se ha dicho antes, para retirar á su vez este líquido de la cavidad pleural; sin embargo, de ordinario será mejor limitarse á la simple evacuación.

En lugar de hacer el vacío *de antemano* ó previamente en el aparato aspi-

rador, para proceder todavía con más lentitud en la sustracción del líquido se puede dejar la llave constantemente abierta del lado de la aguja ó trócar, y *hacer entonces el vacío á medida* que va llegando el líquido.

La *expectoración albuminosa* y la *muerte rápida por edema pulmonar*, únicos accidentes directamente imputables á la toracentesis, han venido á ser muy raros hoy día, conforme hace observar Dieulafoy, desde que se han reemplazado los gruesos trócares por finas agujas y se sigue fielmente el método de las evacuaciones lentas parciales y repetidas.

En cuanto á la transformación purulenta de una colección que no lo era antes de la toracentesis, opinamos, como el citado maestro parisién y como otros muchos colegas, que la falta debe imputarse, cuando sobreviene este accidente, no á la operación, sino al operador; desinfección insuficiente.

PLEUROTOMÍA

La *pleurotomía* (*toracotomía*, en el extranjero; llamada también impropriamente *operación del empiema*, puesto que hoy día tenemos otras operaciones que se refieren á los derrames purulentos y puesto que ella misma puede servir para el tratamiento de otras afecciones) es la incisión de la pleura, ya sea entre dos costillas (*pleurotomía intercostal* ó *pleurotomía clásica*), ya en la cara interna de una costilla que se ha resecado en un tiempo ú operación preliminar (*pleurotomía costal* ú *operación de Roser*), ya á través de una costilla trepanada (*pleurotomía transcostal* ú *operación de Reybard-Rey, de Alger*) (1).

Esta última nos parece ser de una aplicación muy restringida. La pleurotomía costal, practicada como operación tipo muy á menudo en Alemania y adoptada en Francia por Ollier, Peyrot (2) y nosotros mismos, ha sido ya descrita (3). Sus indicaciones se confunden, por lo demás, en lo que se refiere al empiema, con las de la pleurotomía intercostal, que continuaremos llamando simplemente *pleurotomía*.

La pleurotomía ha sido recientemente practicada y preconizada como incisión exploradora en cirugía pulmonar por Bazy y por Ricard, bajo la forma ya de una pequeña, ya de una amplia abertura; su técnica es, en este caso, inseparable de la pneumotomía, al hablar de la cual la describiremos, así como también el *desprendimiento ó despegamiento pleuro-parietal de Tuffier*, que tiene el mismo objeto. Pero es principalmente como método de exéresis que se emplea casi siempre la pleurotomía en el tratamiento de las pleuresías purulentas.

Así, pues, está claramente indicada: 1.º primitivamente ó desde luego en el tratamiento del empiema con estreptococos; 2.º secundariamente, en el empiema por pneumococos, cuando tres ó cuatro toracentesis no han dado resultado; 3.º inmediatamente en el empiema mixto con pneumococos y en las pleuresías pútridas (4). En cuanto al derrame tuberculoso (piotórax ó pneumotórax, la indicación de la pleurotomía es menos imperativa, la abstención está tan á menudo justificada como la intervención, si se tienen en cuenta los numerosos fracasos de esta última empleada como medio curativo.

En general, *para ser eficaz*, la pleurotomía debe ser practicada, lo más

(1) Rey (*Soc de chir.*, pág. 853, 1894).

(2) Peyrot, *Traité de chirurgie* de Duplay y Reclus, VI, 103, 1892.

(3) Véase pág. 232.

(4) Véase Oberlé. *Étude clinique sur l'empyème gangreneux* (Thèse Lyon, 1895-1896).

pronto posible, desde que se ha sentado el diagnóstico mediante punción exploradora ó sin ella; es preciso no dar tiempo al empiema, de convertir definitivamente el pulmón por su presencia y por sus falsas membranas en una masa inextensible é impermeable, ni de deformar la caja torácica de una manera que no puede remediarse. De lo contrario, con la intervención tardía, se va lo más á menudo á un fracaso, es decir, á esas fístulas incurables y depauperantes, á esas masas de pulmón esclerosadas y atelectásicas, á esas enormes cavidades torácicas, que imponen intervenciones mucho más graves y frecuentemente aleatorias.

Estas intervenciones tienen entonces por objeto suprimir la cavidad supurante, ya aproximando la pared costal, reseca y movilizada, al pulmón aplastado y retraído (operaciones de Estlander, de Schede, de Quénu), ya desprendiendo el pulmón de su envoltura pseudomembranosa y favoreciendo su expansión hacia la pared costal (operación de la decorticación de Delorme). No hacemos aquí más que mencionarlas, puesto que han sido descritas en la primera parte de esta obra (1). En cuanto al sifón-drenaje permanente de Bülow (2), tan extendido en Alemania y que consiste en colocar por algunas semanas, en la cavidad pleural, por medio de un grueso trócar, un largo tubo de caucho, cuya extremidad externa queda sumergida en un recipiente colocado en el suelo y lleno de una solución antiséptica, se comprende que pueda ser muy útil en el empiema reciente para conservar al pulmón su elasticidad y para prevenir su retracción definitiva; pero evidentemente es incapaz de remediar esta última, una vez establecida, aun cuando se ideara reforzar sus efectos por medio de jeringas aspiradoras ó de otro medio cualquiera. No nos quedan en este caso otros recursos que las grandes operaciones que acabamos de mencionar.

Aparato instrumental para la pleurotomía:

Un escalpelo;

Una pinza de disección;

Una sonda acanalada;

Dos ganchos romos;

Algunas pinzas hemostáticas;

Un tubo de drenaje de caucho ordinario ó un tubo rígido (celuloide, caucho endurecido, metal niquelado), según la amplitud del espacio intercostal;

Hilos para ligadura.

Procedimiento. — Sitio de elección en los grandes derrames: *el séptimo ó el octavo espacio intercostal, sobre el trayecto de la línea axilar.* Cuando se trata de derrames enquistados la incisión se hace necesariamente en la zona indicada por la exploración física y por la punción.

Supongamos que se trata de operar en el séptimo espacio intercostal derecho. Echado el paciente y colocado sobre su lado izquierdo, y con el brazo derecho separado, después de haber trazado la línea vertical llamada *axilar* desde el punto medio de la axila hasta el reborde de las falsas costillas, reconócese y fíjese el séptimo espacio intercostal y márquese el punto de intersección de la línea axilar con el borde superior de la séptima costilla.

Pónganse tensos, si es preciso, los tegumentos entre los dedos de la mano izquierda y divídase la piel y después el tejido adiposo subcutáneo, á lo *largo del borde superior de la octava costilla*, en una extensión de 5 centímetros, de

(1) Véanse las págs. 233-235.

(2) Bülow (*D. Zeitschrift für klin. Med.*, 1890); Immermann (*Congr. de méd. int.*, Viena, 15 á 18 de Abril de 1890).

manera que el punto medio de la incisión corresponda al punto de intersección (fig. 607, A B) de ésta con la línea axilar.

Divídase la aponeurosis superficial y la capa muscular subyacente (gran serrato y oblicuo mayor) y fijese otra vez el borde superior de la séptima costilla. Al ras de este borde superior divídanse sucesivamente *formando embudo* (haciendo cada vez más cortas las incisiones) la hoja aponeurótica del músculo intercostal externo, este mismo músculo, el tejido conjuntivo laxo intermedio entre los músculos intercostales, el músculo intercostal interno, su hoja aponeurótica y el tejido celular subpleural; algunas veces todos estos tejidos están de tal modo distendidos, que no forman sino una capa delgada y se alcanza la pleura al segundo corte del escalpelo.

Reconócese la pleura por su color blanquizco y su densidad; después punciónese é incíndase en una longitud de 2 á 3 centímetros, rasando siempre el borde superior de la octava costilla.

Una vez evacuado, en su mayor parte, el pus, ya sea espontáneamente ya por efecto de la tos, lávese abundantemente la cavidad pleural con una solución desinfectante (permanganato de potasa, timol, formol, licor de Labarraque) si se trata de una pleuresía pútrida ó fétida; *absténgase* de todo lavado, en los demás casos; colóquese uno ó dos tubos de drenaje en la pleura, manteniéndolos al nivel de la piel

con imperdibles ó hebras de crin de Florencia y aplíquese un apósito seco con gasa y algodón hidrófilo, sostenido con un vendaje de cuerpo.

La pleuresía pútrida exige curaciones é irrigaciones intrapleurales frecuentes; en los demás empiemas, á menos que los líquidos derramados adquieran un mal olor ó que se observen fenómenos de reabsorción séptica, no se renovarían las curaciones, sin practicar irrigaciones, sino cada tres ó cuatro días. Poco á poco se va acortando el tubo de drenaje, si se ha empleado el de caucho blando y al cabo de algunas semanas, cuando la auscultación y la percusión han demostrado el perfecto retorno de la expansión pulmonar, se le suprime por completo.

NEUMOTOMÍA

La neumotomía es la incisión del pulmón. Hasta hoy día, se recurre á ella, para la evacuación y el drenaje de cavidades tales como las *cavernas tuberculosas* y las *dilataciones brónquicas*; para el tratamiento de los *focos gangrenosos* y de los *abscesos pulmonares*, cualesquiera que sea su origen (cuerpos

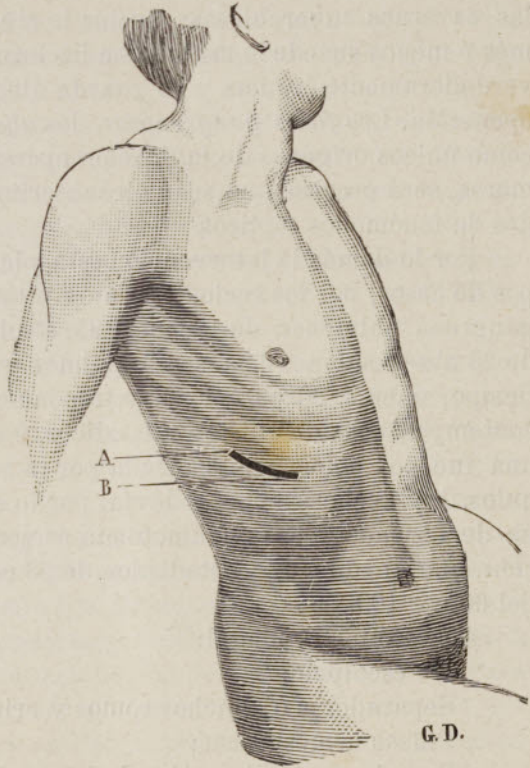


FIG. 607.—Pleurotomía

extraños, heridas por armas de fuego, pulmonías diversas, piohemia, actinomicosis): finalmente, para el tratamiento de los *quistes hidatídicos* del pulmón. El lector hallará el balance de todas estas y de otras intervenciones pulmonares en la clásica monografía de Truc (1) y en dos notables memorias leídas, una por Reclus (2) en uno de los últimos Congresos franceses de cirugía, la otra recientemente por Tuffier en el Congreso internacional de Moscou.

Pero de estas aplicaciones de la neumotomía no todas parecen deber subsistir en la presente época. Ya nadie se acuerda del tratamiento quirúrgico de las cavernas tuberculosas; Reclus lo rechaza formalmente y con razón. Poco más ó menos sucede lo mismo con las bronquiectasias; la ventaja terapéutica es verdaderamente mínima y no guarda ninguna proporción con la gravedad de la operación. Los *focos gangrenosos*, los *abscesos* y los *quistes hidatídicos* quedan como únicos orígenes de indicación operatoria; y aun, por lo que toca á los primeros, será preciso que sean circunscritos, bastante voluminosos y acompañados de fenómenos sépticos.

Por lo demás la intervención está plenamente justificada en estos tres grupos de casos, por los recientes datos estadísticos. Así, en 13 observaciones de gangrena pulmonar de 1885 á 1895, Reclus cuenta 11 curaciones y 2 muertos; de 23 observaciones de abscesos pulmonares, publicadas en el mismo espacio de tiempo, cuenta 20 curaciones y tres muertos; de 11 observaciones igualmente contemporáneas de quistes hidatídicos, 9 curaciones y 2 muertes, de las cuales una fué por sofocación causada por la penetración de hidatides en los bronquios. Más recientemente todavía, por lo que se refiere á los quistes, Tuffier (3) ha demostrado que la neumotomía es verdaderamente el *tratamiento de elección*, puesto que una estadística de 58 casos le da 52 curaciones, esto es, más del 90 por 100.

Aparato instrumental:

Un escalpelo;

Separadores ó ganchos romos y erinas;

Pinzas hemostáticas;

Dos pinzas de disección, de las cuales una debe ser larga y con sus bocados á diente de ratón;

Una larga pinza de bocados planos y dentellados, como las de Richelot, para, en caso necesario, coger el pulmón;

Una sonda acanalada;

Un aspirador de Dieulafoy;

Tijeras rectas y curvas;

Cizallas costotomos;

Legras ó raspatoriums y la sonda-legra de Ollier;

Una palanca ó gatillo de Ollier;

Un termocauterio;

Agujas de Hagedorn y un porta-agujas de Pozzi;

Hilos de ligadura y sutura; tubos de drenaje;

La neumotomía, según sean los casos y el cirujano, se practica *en una sola sesión* ó en *dos sesiones distintas*. Pero siempre, para determinar la incisión de las partes blandas exteriores y la resección costal preliminar, se debe desde

(1) Truc (Th. Lyon, 1885).

(2) Reclus (*Congr. de chir.*, pág. 42, 1895).—Véanse asimismo d'Azincourt, *Des résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchectasies* (Th. Paris, 1896), Morillon, *Pneumotomie dans les abcès aigus du poumon* (Th. Paris, 1897), Brésard, *Etudes de chirurgie pulmonaire* (Th. Paris, 1897), Tuffier, De la cirugía del pulmón (*Sem. méd.*, pág. 310, 1897).

(3) Tuffier (*Congr. fr. de chir.*, pág. 389, 1896).

luego guiar el operador por los datos de la exploración física (inspección, percusión, auscultación) y de la punción exploradora, verificadas éstas, siempre por médicos competentes.

A. NEUMOTOMÍA EN UNA SOLA SESIÓN.—Procedimiento.—*Supongamos que se trata de drenar un foco de gangrena ó un absceso.*—1.^{er} tiempo: *Inci-sión de las partes blandas externas y resección costal.*—Echado el paciente sobre el lado opuesto, elevado el brazo del lado enfermo y completa la anestesia clorofórmica, divídanse las partes blandas externas hasta el plano costal en U, en I, en E, como se quiera, pero extensamente; y diséquense el colgajo ó los colgajos músculo-cutáneos.

Siguiendo á Krause, se resecarán una ó varias costillas según el método subperióstico, se separarán los músculos intercostales correspondientes, ligando las arterias del mismo nombre y resecaando los nervios, y se pondrá de este modo al descubierto la pleura parietal en una grande extensión.

2.^o tiempo: *Exploración de la pleura, después incisión de la pleura y del pulmón.*—Es preciso, desde luego, indagar si la pleura está libre ó si está adherida al pulmón, y en este caso si la adherencia es muy extensa.

1.^{er} caso.—La pleura está libre, se la encuentra delgada, tenue, transparente; se distinguen á su través, independientes, los movimientos de ascenso y descenso del pulmón; en caso necesario comprobamos esta independencia de movimientos, hundiendo una aguja en el pulmón y observando si sigue las oscilaciones de este último. En este caso, si el escalpelo se dirigía directamente al pulmón, el aire exterior *podría dar lugar*, penetrando en la cavidad pleural, á un pneumotórax más ó menos acentuado que puede ser *peligroso* y aun mortal por el colapso súbito del pulmón; sin embargo, la muerte es *muy rara*. Por otra parte, la abertura ulterior del foco gangrenoso ó del absceso nos expondría á infectar la cavidad pleural por el paso ó insinuación de materias sépticas. Para evitar estos dos peligros—cuando se quiere ó es preciso operar en una sola sesión—podemos hoy día disponer de tres artificios operatorios que nos permiten aislar, por decirlo así, la futura vía del bisturí ó del cuchillo de Paquelin: el primero (de Cereville-Roux) consiste en suturar circularmente la pleura parietal y la superficie del pulmón, de una manera hermética, principalmente con la sutura reforzada especial de Roux; el segundo, en despegar la pleura alrededor de la brecha, según la *práctica de Tuffier*, en cuyo caso la presión atmosférica aplica aquélla contra el pulmón; el tercero (Quénu y Longuet), en fijar el pulmón á las costillas sin desgarrar la pleura (*costo-neumopexia*).

Mientras se practica una más amplia información sobre el particular, el empleo de una de estas precauciones, sobre todo de la primera, parece más prudente que la incisión directa y extensa de la pleura parietal, poco temida sin embargo, por Krause, Koenig, Ricard, W. Keen y algunos otros cirujanos. Es verdad que en caso de colapso, se está facultado para abreviar la alarma que de ello resulta cogiendo rápidamente el pulmón con la pinza y atrayéndolo hacia el exterior á viva fuerza hasta aplicarlo entre los labios de la herida, en donde se le fija; maniobra que ha dado buen resultado á Müller, Bayer y Tuffier.

Estando pues, de uno ú otro modo, las dos pleuras pegadas una á otra, se las incinde transversalmente, como también la capa superficial del pulmón, con el escalpelo ó el cuchillo de Paquelin. Se llega de este modo al tercer tiempo de la operación, del que muy pronto habremos de ocuparnos.

2.^o caso.—La pleura parietal está adherida, se la encuentra más ó menos

engrosada, opaca, amarillenta ó apizarrada; una aguja ó alfiler introducida en el pulmón queda inmóvil.

Entonces, después de haber determinado tan exactamente como sea posible la extensión de la adherencia — sin temor al pneumotórax ni á la infección purulenta secundaria — se puede inmediatamente incindir la pleura y el pulmón.

3.^{er} tiempo: *Busca y abertura del foco gangrenoso ó del absceso.*—Si la lesión es superficial se llega pronto á ella continuando la división del pulmón con el termocauterio. Si es más ó menos profunda se explora el órgano en diversos sentidos con el aspirador de Dieulafoy, con la sonda acanalada ó con el dedo; no se puede dar ninguna regla sobre este particular. Una vez hallada la colección, se la abre extensamente con el dedo, con preferencia á cualquier otro instrumento. Si nada se encuentra, no por esto es preciso desesperar; es posible, y los hechos lo demuestran, que algunos días ó algunas semanas después, la colección buscada se abra por sí misma en el trayecto operatorio.

4.^o tiempo: *Drenaje de la cavidad.* — Absténgase de todo raspado por temor á roturas vasculares importantes y no se practique tampoco lavado intrapulmonar; colóquese simplemente un largo tubo de drenaje, que se sujeta del modo acostumbrado.

B. NEUMOTOMÍA EN DOS SESIONES.—Se puede recurrir á ella cuando, después del primer tiempo de la operación precedente, se ha notado la ausencia de adherencias pleurales protectoras y la operación no tiene un carácter de absoluta urgencia.

Una vez descubierta la pleura, á fin de crear adherencias, se la incinde con precaución y se cura sencillamente la brecha con tiras de gasa yodofórmica ó bien, antes de curarla, se sutura en bolsa con puntos de catgut los dos labios de la pleura parietal á la superficie del pulmón. Si éste se ha aplastado ó retraído á consecuencia de la entrada del aire por la abertura de la pleura, se procura cogerle en seguida por medio de una larga pinza dentada y se le atrae hacia la pared para fijarle allí por medio de una sutura, como ya se ha dicho. Las quintas de tos y la respiración artificial sirven también, en caso necesario, para restablecer la expansión pulmonar.

Al cabo de cinco ó seis días, cuando las adherencias formadas son bastante sólidas, se abre la colección gangrenosa ó purulenta con el termocauterio y se establece el drenaje.

La operación es mucho más fácil cuando se trata de un quiste hidatídico, por formar en este caso el tumor un relieve notable en la pared torácica: nos parece igualmente preferible practicarla en una sesión, después de la sutura aisladora pleuro-pulmonar ó pleuro-quística.

Frecuentemente, cuando se trata de un foco gangrenoso ó de un absceso superficial, el examen preoperatorio es por fortuna bastante seguro para llevar al cirujano directamente sobre el sitio de la lesión; pero otras veces, si se encuentra una pleura sana en el fondo de la brecha torácica, quedamos dudando forzosamente y nos vemos obligados á buscar el mal por aquellos lugares. Para estos casos Bazy (1), desde el Congreso de Cirugía de 1895, preconiza la *punción exploradora* de la pleura, y Tuffier prefiere su método de exploración por el *desprendimiento pleuro-parietal*. ¿Cuál es el mejor de estos dos medios de diagnóstico? Es difícil decirlo todavía. Creemos, sin embargo, que la incisión es susceptible de proporcionar datos más precisos y que está, por otra parte,

(1) Véase Bazy et Tuffier (*Soc. chir.*, Noviembre-Diciembre de 1895, y Enero-Febrero de 1897).

exenta de peligro, si se hace pequeña y se rodea el dedo explorador con compresas de gasa, como lo recomienda Bazzy, á fin de reducir al minimum la penetración del aire.

NEUMOECTOMÍA

La neumoectomía es la resección del pulmón. Se ha practicado varias veces para la *tuberculosis*, pero sólo dos enfermos han resistido la operación y uno de los dos, el de Tuffier (1) ha podido ser presentado en estado de salud perfecta cuatro años y dos meses después de la resección de su vértice pulmonar derecho (núcleo del volumen de una nuez). Cabe preguntarse con Reclus «si este enfermo habría curado quizá de la misma manera, sin haber sufrido ninguna intervención quirúrgica.» En verdad tal pregunta no es más que una hipótesis ó, mejor dicho, expresión de una duda bastante fundada. De todos modos la casi totalidad de los cirujanos admiten hoy día que el tratamiento de la tuberculosis pulmonar debe dejarse por *completo* á la medicina.

La neumoectomía encontrará tal vez su aplicación, *en el porvenir*, en el cáncer primitivo y limitado del pulmón, si algún día el diagnóstico puede hacerse tempranamente. Hoy día, casi siempre es tarde cuando se reconoce esta afección ó cuando se tienen solamente motivos para sospecharla: y por lo tanto no podría pensarse en la neumoectomía típica y deliberada. Las resecciones del pulmón practicadas hasta hoy se refieren únicamente á casos de cáncer de la pared torácica (Krönlein, W. Müller, Weinlechner, Péan) que se habían propagado insidiosamente al parénquima pulmonar, han sido practicadas, impuestas por las circunstancias, y en este caso su manual se confunde con el de la operación fundamental, la *toracectomía*.

Quedan las hernias traumáticas é irreductibles del pulmón como fuente de posibles indicaciones.

El manual operatorio varía necesariamente, según se trate de una *neumoectomía intra-torácica* ó de una *neumotomía extra-torácica*; esta última, sufre á su vez algunas modificaciones según el estado de los tegumentos (tegumentos intactos, solución de continuidad, esfacelo. Pero, en todo caso, la exéresis pulmonar debe únicamente practicarse siguiendo los procedimientos de sección roma ó no cortante y de preferencia con el cauterio de Paquelin.

Nos limitamos á estas consideraciones ó datos generales, dado lo extremadamente rara que es la neumoectomía.

(1) Tuffier (*Congr. fr. de chir.*, pág. 87, 1895).

CAPÍTULO XII

Operaciones en el pericardio y el corazón

PERICARDIOCENTESIS

La *pericardiocentesis* ó paracentesis del pericardio, practicada por primera vez en 1819 por Romero (de Barcelona), es la punción de esta serosa.

Apenas se la emplea más que: 1.º como medio de diagnóstico; 2.º como paliativa ó curativa, en los derrames serosos ó sero-fibrinosos del pericardio. Se la ha practicado, previo vacío, con uno de los aspiradores que sirven igualmente para la toracentesis.

Procedimiento ordinario. — Sitio de elección: *el quinto espacio intercostal izquierdo* (H. Roger, Béhier, Raynaud), precisamente encima de la sexta costilla á 5 ó 6 centímetros de la línea media del esternón (Aran, Roberts); está situado *por fuera* de los vasos mamarios internos, *por dentro* del repliegue pleural y del borde pulmonar izquierdos y corresponde exactamente á la parte descubierta y directamente accesible de la base del saco pericardiaco.

Tomadas todas las precauciones antisépticas, determinado é indicado el sitio de elección, hecho el vacío en el aspirador y el enfermo semisentado sobre su cama, húndase el trócar ó la aguja perpendicularmente por un movimiento lento de barrena: ábrase la llave del tubo aspirador; sígase hundiendo la aguja ó el trócar hasta una profundidad de 3 á 4 centímetros, ó mejor hasta que se vea aparecer el líquido en el aspirador. Conseguido esto nos pararemos si hemos hallado pus, para someterlo al examen bacteriológico, ó bien pasaremos inmediatamente á otra operación, la *incisión del pericardio*.

Si el líquido es seroso, evacúese el pericardio lentamente, pero jamás por completo; retírese el trócar ó la aguja y ciérrese la pequeña puntura con una ó varias capas de gasa al colodión.

Procedimiento de Delorme y de Mignon (1). — Estos dos cirujanos, después de sus experimentos sobre el cadáver, han establecido el siguiente procedimiento, que parece ofrecer mayor seguridad contra la lesión de los vasos mamarios y la transfixión pleuro-pulmonar «rasando el esternón, después despegando y separando el borde pleural izquierdo que se busca deliberadamente detrás del esternón».

«Practíquese una pequeña incisión cutánea sobre el borde izquierdo del esternón, al nivel del cuarto ó quinto espacio intercostal.»

Introdúzcase la aguja del aspirador rasando el esternón, y hagásela después recorrer su cara posterior en una extensión de 1 centímetro.

(1) Delorme y Mignon (*Acad. de méd.*, 17 Diciembre de 1895, *Rev. de Chir.*, Octubre-Diciembre de 1895 y Enero de 1896).

Finalmente, empújesela directamente algo hacia abajo y atrás, á una profundidad de algunos centímetros, hasta que el líquido penetre en el aspirador. La aguja llega de este modo, costeando la cara anterior del corazón, hasta el seno pericardiaco ántero-inferior.

No se puede negar que este procedimiento está perfectamente concebido y fundado sobre datos exactos; pero es preciso notar, por otra parte, que el borde anterior del pulmón izquierdo es muy frecuentemente rechazado hacia atrás y afuera por el derrame pericardiaco, de una manera bastante considerable para dejar entre el esternón y el borde pulmonar el espacio disponible que se ha utilizado hasta hoy. En cuanto al sitio que ocupan los vasos mamarios es invariable; obrando á 2 centímetros por fuera del esternón, se está siempre seguro de evitarlos. Según nuestras propias observaciones, el procedimiento de paracentesis de Delorme y Mignon conviene especialmente á los enfisematosos.

Con todo, cualquiera que sea el procedimiento preferido, se renueva la punción al cabo de algunos días, cuando el derrame se ha reproducido y da todavía lugar á fenómenos graves. Pueden ser necesarias varias punciones para obtener la curación. Jamás se debe practicar el lavado, ni tampoco inyecciones yodadas ni otras análogas.

La paracentesis del pericardio expone á herir el corazón y á perforar la pleura y el pulmón izquierdos. Salvo el caso de confundir una dilatación ventricular ó una sínfisis cardíaca, con un derrame pericardiaco, se evitará el primer accidente hundiendo la aguja lentamente, previo vacío y en caso necesario deteniéndose y retrocediendo si en un momento dado se observan en la aguja movimientos particulares isócronos con los latidos cardíacos. Por lo demás, es probable que muchas veces haya sido pinchado y aun perforado el corazón, sin que ello haya dado lugar al menor accidente. En cuanto á la perforación de la pleura y del pulmón, puede considerarse hoy día como desprovista de toda consecuencia funesta, dado el exiguo calibre del trócar ó la aguja que empleamos y dado también el empleo metódico, ya generalizado, de la asepsis y de la aspiración.

La paracentesis del pericardio es, en resumen, de por sí, una operación benigna. Es principalmente curativa en los derrames serosos de naturaleza reumática y alivia casi siempre á los enfermos incurables.

La estadística de Bernheim (1), que comprende todos los hechos conocidos hasta 1887, atribuye el 35 por 100 de curaciones á la paracentesis del pericardio, cifra igual á la de Delorme y Mignon en su reciente memoria.

PERICARDIOTOMÍA

La pericardiotomía es la incisión del pericardio.

En la actualidad se la prefiere, con motivo, á la punción evacuatriz, siempre que se ha hallado ó diagnosticado pus en el pericardio, cualesquiera que sean la causa y la naturaleza de la supuración. Y aun puede decirse que el piopericardias es su principal indicación. Se la ha utilizado, sin embargo, para la extracción de cuerpos extraños (Sands), y muy recientemente *para la sutura de las heridas penetrantes del corazón* (Rehn (2), Riedel y Parrozzani de Roma); los operados de Rehn y de Parrozzani (3), curaron gracias á esta intervención.

(1) Bernheim. Art. PERICARDITIS en el *Dict. encyclop. des sc. médic.*, 1887.

(2) Rehn (*Congr. all. de chir.*, Abril de 1897).

(3) Parrozzani (*Sem. méd.*, XC, 1897).

Así pues, es ya una realidad la nueva indicación que anunciábamos en 1886, en la primera edición de esta obra, cuando escribíamos: «La pericardiotomía estará indicada tal vez, en el porvenir, en el derrame sanguíneo de origen traumático y en el tratamiento de las heridas del corazón por sutura ó taponamiento.» La abstención sistemática no tiene ya, por lo tanto, razón de ser, en el tratamiento de las heridas del corazón.

Finalmente, la pericardiotomía puede tener aplicación, á menudo con éxito, en los derrames sanguíneos de naturaleza escorbútica.

Aparato instrumental:

Un escalpelo;

Dos separadores ó ganchos, y erinas;

Una sonda acanalada;

Una pinza de disección y una larga pinza de diente de ratón;

Gran número de pinzas hemostáticas;

Dos anchas cucharillas romas;

Legras varias y la sonda-legra de Ollier;

Cizallas-costotomos;

Una palanca ó gatillo de Ollier;

Tijeras rectas y curvas;

Un termocauterío;

Agujas de Hagedorn y un porta-agujas de Pozzi.

Hilos de ligadura y sutura; un largo y grueso tubo de caucho para el drenaje.

Lo mismo que para la pleurotomía distinguiremos una *pericardiotomía intercostal* y una *pericardiotomía costal ó mejor condrocostal*, es decir con resección preliminar de uno ó varios arcos costales correspondientes.

A. PERICARDIOTOMÍA INTERCOSTAL.—*Procedimiento*.—Después de haber determinado con exactitud el borde izquierdo del esternón entre la quinta y sexta costillas, practíquese una incisión cutánea transversal de 5 centímetros que comience en el mismo esternón y se extienda hacia el lado izquierdo hasta la mitad del quinto espacio, *sitio de elección* (fig. 608, a b).

Divídanse en la misma extensión todas las partes subyacentes, capa por capa, hasta que se llegue á los vasos mamarios internos situados á 6 ú 8 milímetros del esternón delante del músculo triangular.

Divídanse dichos vasos entre dos ligaduras, y después por pequeños cortes, secciónense el músculo triangular hasta que se llegue á un tejido conjuntivo laxo, amarillento, que es el tejido que rellena el mediastino anterior y el tejido subpleural.

Con un gancho romo rechácese ó apártese hacia afuera el fondo de saco anterior de la pleura y el borde correspondiente del pulmón.

Reconózcase el pericardio, por su sitio, su densidad, resistencia y aspecto blanco-mate de su hoja parietal. Cójasele, si es posible, en el centro de la herida, con una pinza dentada y atráigasele hacia adelante contra la pared torácica, si se halla aún á cierta distancia de la misma; esto es, naturalmente, inútil cuando la bolsa muy distendida está ya aplicada contra dicha pared. En uno y otro caso, por precaución, á fin de evitar la retracción ulterior del pericardio y sus varios inconvenientes, sutúrese el saco pericardiaco con catgut á los dos labios ó bordes músculo-aponeuróticos de la herida intercostal.

Incíndase ampliamente el pericardio con la punta del escalpelo, y cuando el líquido (pus ó sangre) se ha derramado por la abertura practicada, saliendo

así al exterior, hágase, si es preciso, la *toilette* de la parte accesible del pericardio por medio de cucharillas romas.

Instálese un grueso tubo de drenaje ó una mecha de gasa en el pericardio y aplíquese un apósito seco absorbente. Ningún lavado en el pericardio, á menos que exista descomposición pútrida de los exudados.

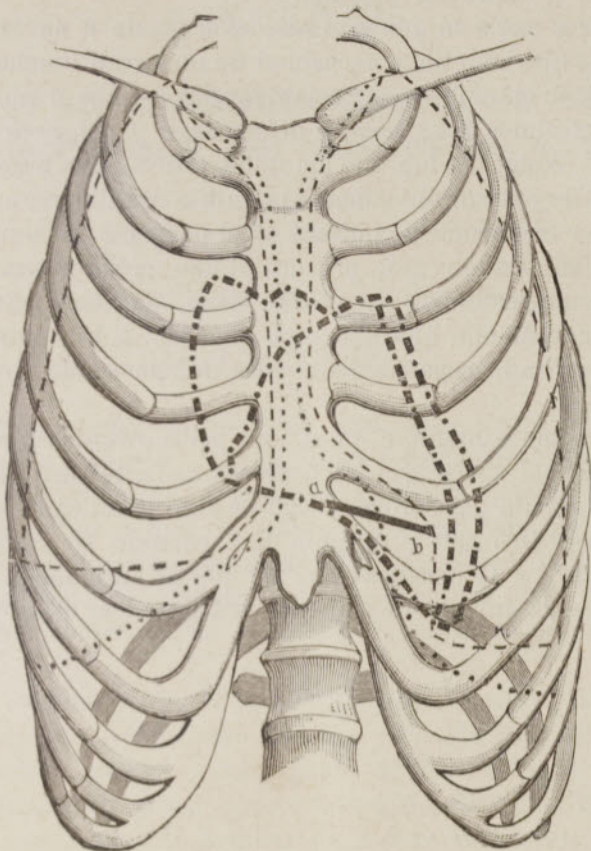


FIG. 608.—Pericardiotomía

B.—PERICARDIOTOMÍA CONDRÓCOSTAL.—Se pueden dirigir á la precedente operación los mismos reproches que á la pleurotomía intercostal; estrechez más ó menos incómoda ó molesta del ojal torácico y aplastamiento ulterior posible del tubo de drenaje. Por esto hicimos notar hace ya mucho tiempo que la ablación del sexto cartilago costal permitiría llegar más fácilmente al pericardio. Gussenbauer ha puesto en práctica con éxito, una idea análoga resecano una parte de la quinta costilla, en un niño de quince años que padecía un piopericardias consecutivo á una osteomielitis. Proponemos, pues, añadir á la pericardiotomía clásica (por empiema) la resección preliminar del quinto ó del sexto cartilago costal y en caso necesario, de la extremidad anterior de la costilla correspondiente: *pericardiotomía uni-condral ó uni-condrocostal*.

He aquí el procedimiento recomendado igualmente por Ollier con el mismo objeto y recientemente modificado en algunos puntos por Durand (de Lyon) (1):

- «1.º Incisión cutánea sobre el quinto cartilago costal, paralela á éste y de 6 á 8 centímetros de largo. Esta incisión debe empezar en la línea media;
- »2.º Aislamiento y denudación del cartilago con ayuda del escalpelo;
- »3.º Resección del cartilago separándole desde luego de las inserciones

(1) Durand (*Revue de chir.*, pág. 489-490, 1896).

esternales y levantándole de dentro á fuera; después ligadura de los vasos mayores internos;

»4.º Despegamiento ó desinserción del músculo triangular del esternón con los dedos, que se aplican sobre la línea media, debajo del esternón, rechazando la pleura. El pericardio se descubre así á su vez; en caso necesario córtese con la gubia el borde del esternón.»

Pero hay otros casos en que esta resección puede á su vez ser insuficiente y en los cuales el cirujano tiene necesidad de una gran brecha ó campo operatorio para practicar maniobras intra-pericardiáticas más ó menos laboriosas y delicadas; nos referimos á las *heridas del corazón y del pericardio, con ó sin cuerpos extraños*. Rehn, ha logrado sin duda suturar una herida del ventrículo derecho, después de resecar únicamente la quinta costilla; pero se nos figura que con mucha mayor frecuencia se imitará en el porvenir la conducta de Parrozzani que ha tallado en la región precordial una ancha ventana osteo-cutánea en forma de L, comprendiendo los quinto, sexto, séptimo y octavo arcos condro-costales, resultando de ello una abertura análoga á la ventana torácica que Delorme ha preconizado especialmente para la hemostasia directa de las heridas del pulmón.

Esta intervención constituye, pues, una *pericardiotomía poli-condrocostal*. En cuanto al manual operatorio, no presenta nada de particular.

La pericardiotomía por empiema sólo ha sido practicada todavía un corto número de veces; Delorme y Mignon han reunido 18 casos, de los cuales resultaron 7 muertos y 11 curados = 62 por 100 de curaciones. Estas cifras son muy á propósito para animar á los cirujanos á practicar esta operación.

CAPÍTULO XIII

Operaciones en el aparato digestivo y sus anexos en el peritoneo y las paredes del abdomen

I

LABIO LEPORINO (1)

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

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

Aparato instrumental:

- Un bisturí pequeño, recto, de hoja delgada y estrecha; nosotros empleamos el cuchillo de de Græfe;
- Una pinza de dientes de ratón;
- Tijeras pequeñas, curvas y acodadas;
- Una erina-tenáculo pequeña;
- Algunas pinzas hemostáticas;
- Agujas de Hagedorn finas ó una aguja curva fina de Reverdin;
- Hilos de catgut y de plata, finos; otros prefieren la seda y las crines de Florencia.

(1) Consúltese también *Le Dentu*, para el tratamiento del labio leporino y de las deformaciones palatinas (*Traité de chir.*, de Le Dentu y Delbet, t. V, pág. 712, 1897).

A. LABIO LEPORINO ÚNICO LABIAL. — Supongamos que se trata de una fisura que ocupa casi toda la altura del labio.

Se adormece al niño con cloroformo y se le coloca en decúbito supino; un ayudante situado detrás de él mantiene la cabeza recta, comprimiendo al mismo tiempo las arterias faciales con los índices extendidos sobre los lados de la mandíbula inferior. Si no se dispone de un ayudante capaz de hacer regularmente esta compresión, se practica la hemostasia preventiva cerca de las comisuras por medio de dos compresores de arterias, cuyas ramas han sido envueltas en caucho, ó por medio de la filopresión. La hemostasia á distancia no es, sin embargo, indispensable: si el refrescamiento se hace aprisa con un bisturí bien afilado, si se pueden colocar pinzas, y luego ligaduras de catgut sobre el corte de las arterias coronarias y si se comprimen fuertemente las superficies cruentas con una torunda de gasa, la pérdida de sangre es generalmente mínima.

Procedimiento de Mirault (de Angers) á colgajo externo. — Después de tponer enso por medio de una erina el borde externo de la fisura, hínquese

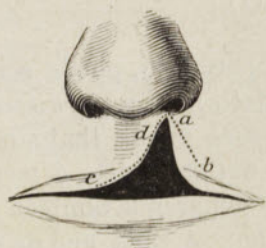


FIG. 609.— Procedimiento de Mirault
(refrescamiento)

ab, colgajo; *cd*, simple abrasión del borde interno de la fisura
(Lannelongue)



FIG. 610.— Procedimiento de Mirault
(sutura)

francamente el bisturí á 1 milímetro más arriba de su ángulo superior, atravesando todo el espesor del labio; luego, incídase éste de arriba abajo y de dentro á fuera, hasta unos 3 milímetros del limbo cutáneo que corresponde al ángulo inferior y externo de la fisura (fig. 609). De un golpe de tijeras ó de bisturí despréndase oblicuamente de dentro á fuera el vértice del pequeño colgajo triangular, cutáneo-mucoso, así formado. Comprímase y líguese, si da sangre, la arteria coronaria.

Refrésquese el borde interno de la fisura *en toda su longitud y en todo su espesor*, de modo que quede exactamente reseca el reborde mucoso, según la práctica primitiva; ó mejor, á ejemplo de Lannelongue (1), hágase simplemente un refrescamiento superficial, casi epidérmico, por medio de tijeras de estrabismo. En todo caso, sea resección ó abrasión, el refrescamiento debe llegar *más allá* del ángulo inferior é interno de la fisura. Líguese también, si es preciso, la arteria coronaria, si se ha preferido la resección marginal ordinaria.

Cuando las superficies cruentas han cesado de sangrar y después de limpiar cuidadosamente la boca y la garganta por medio de pequeñas torundas montadas en pinzas ó en tallos ad hoc, aproxímense los bordes de la fisura de tal suerte, que el ángulo interno encaje exactamente en el ángulo entrante formado encima de la base del colgajo, mientras se tiende este último con una pinza dentada. Reúnanse entonces los dos ángulos por medio de un punto de plata; luego váyanse colocando hacia arriba otros dos ó tres puntos análogos (fig. 610);

(1) Lannelongue y Ménard (*Affections congénitales*, I, p. 300, 1891).

estos puntos deben entrar y salir á unos 4 milímetros de los bordes cutáneos, pasando profundamente por el tejido celular submucoso: la sutura es así muy ancha y realmente hemostática.

Finalmente, reúnanse el pequeño colgajo en forma de reborde debajo del ángulo del antiguo borde interno de la hendidura labial, empleando hilo de plata ó de seda, después de haber recortado, en caso necesario, la extremidad superflua.

Cura. — Cúbrase la pequeña herida con yodoformo ó mejor con aristol; aplíquense por encima dos ó tres hojas de gasa simple colodionadas, bastante estrechas para no obstruir las ventanas nasales ni caer delante de la boca, bastante largas para tomar apoyo en las dos mejillas y para aproximarlas lo más posible; manténgase esta cura con una pequeña fronda de tarlatana. Se puede también simplificar ventajosamente la cura no aplicando más que la pasta adhesiva de Socin con cloruro de zinc ó la de v. Bruns con airol.

Cuidados consecutivos. — Si el niño se cría al pecho, se le alimentará durante cuatro ó cinco días con la cuchara ó el biberón, ó dejando caer directamente la leche del pecho á la boca. Se quitan dos puntos de en medio del labio



FIG. 611.—Procedimiento de Clémot-Malgaigne (refrescamiento)

a b, colgajo externo; *c d*, colgajo interno

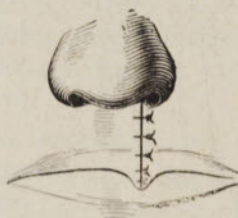


FIG. 612.—Procedimiento de Clémot-Malgaigne (sutura)

el sexto día; los otros, dos días más tarde. Para que el niño no pueda comprometer el resultado con sus manos, acostumbramos hacer inmovilizar los brazos en los pañales ó fijar las mangas á distancia con alfileres imperdibles.

El procedimiento de Mirault tiene por objeto corregir la *muesca* más ó menos desagradable que dejaba en el borde libre del labio el antiguo procedimiento de avivamiento y reunión directa. Pero, como hace notar con razón el profesor Lannelongue (1), hay todavía otra muesca que evitar, cuando la fisura es muy alta, ésta es superior y reside en la abertura de la nariz; se la previene generalmente «prolongando la extremidad superior del avivamiento y suturando lo más alto posible.»

Procedimiento de Clémot-Malgaigne á dos colgajos (2). — «Procédase al refrescamiento de arriba abajo, con el bisturí, siguiendo primero exactamente los rebordes del labio leporino; después, al llegar al ángulo redondeado en que terminan, siguiendo la dirección de este ángulo, de modo que la incisión represente una curva y vaya á parar á 2 ó 3 milímetros del borde natural del labio, en el sitio en que este borde recobra la dirección horizontal que le es propia. Estos dos colgajos (fig. 611) poseen un pedículo delgado que permite invertirlos fácilmente de arriba abajo, de manera que se miren por su cara cruenta.

»Colóquese el primer punto (ya no se emplean las agujas ni la sutura ensortijada) en la parte baja del labio, con el fin de afrontar desde luego los ángulos entrantes que resultán de la inversión de los colgajos; luego colóquese

(1) Lannelongue y Ménard. *Loc. cit.*, pág. 314.

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

uno ó dos por arriba del primero. Reunido ya el cuerpo del labio sólo falta dar á su borde libre la forma conveniente.

»Para conseguirlo, coáptese el pedículo de los dos colgajos. Recórtese con las tijeras su longitud excedente, pero tan sólo lo preciso para que no resulte muesca secundaria, y reúnaseles mediante un punto de sutura (fig. 612).»

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

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

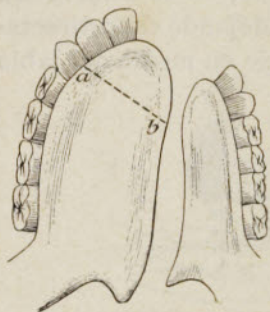


FIG. 613.—Fisura labio-palatina con atrofia y retracción del maxilar correspondiente

a b, sección lineal del otro maxilar, según el procedimiento de Duplay, para reducir el promontorio

En los casos extremos, cuando el despegamiento es todavía insuficiente para permitir que el borde externo suba fácilmente hacia el *promontorio* formado por el otro lado del maxilar (fig. 613), se rechaza y deprime este último mediante otra operación preliminar, que se debe á S. Duplay y que Lannelongue nos dice haber empleado también varias veces.

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

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

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

Hecho esto y asegurada la hemostasia, refrésquense los bordes de la fisura y afróntense como se ha dicho.

Si se encuentra todavía un poco de tensión en el cuerpo del labio, aplicamos en medio un punto de sostén; si la ventana de la nariz estaba muy separada, por precaución y á ejemplo de Philipps, pasamos por su base, profundamente, un hilo metálico, que se sujeta con tubos de Galli ó de otro modo.

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

2.º *Aplastamiento del promontorio por fractura; procedimiento de Du-*

(1) Berger (*Soc. chir.*, pág. 238, 1896).

play (1).—Después de haber refrescado los bordes de la fisura ósea y desprendido las partes blandas de los huesos subyacentes, incíndase la mucosa mediante un trazo vertical sobre la parte anterior del arco, *próximamente en el punto de unión del maxilar con el hueso incisivo saliente que de él depende*; llévase un escoplo á la herida y húndasele en el arco con el martillo; con algunos golpes se obtiene por estallido una fractura regular del promontorio.

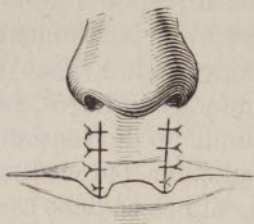


FIG. 614.—Doble aplicación del procedimiento de Clémot-Malgaigne (sutura)

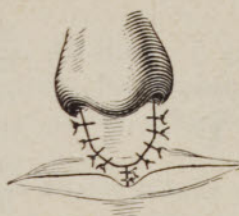


FIG. 615.—Doble aplicación del procedimiento de Mirault

Con simple abrasión del lóbulo medio (sutura)

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

C. LABIO LEPORINO DOBLE LABIAL. — Se pueden presentar tres casos de fisura completa: el lóbulo medio, ó *tubérculo labial*, intermedio á las dos fisuras, está muy desarrollado, ó bien está atrofiado, ó bien falta ó poco menos. En el primer caso se practica el procedimiento de Clémot-Malgaigne (fig. 614) en una y otra parte y en la misma sesión.

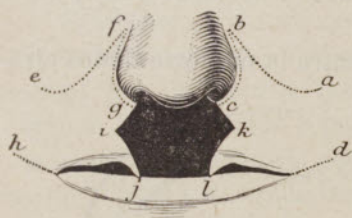


FIG. 616

Queiloplastia particular del autor

abcd, gran colgajo lateral izquierdo; *efgh*, gran colgajo lateral derecho; *ij*, pequeño colgajo lateral derecho; *kl*, pequeño colgajo lateral izquierdo

En el segundo caso, se recurre al procedimiento de Mirault: con cada colgajo externo, cortado más ó menos ancho según el grado de atrofia, se guarnece por abajo el lóbulo medio. Vale más operar, si es posible, en una sola sesión, y limitarse á la abrasión cuasi epidérmica del lóbulo, recomendada por Lannelongue (fig. 615).

En el último caso, forzoso será ejecutar una verdadera queiloplastia, movilizandolos en la línea media, no sin haber previamente cortado dos pequeños colgajos sobre los bordes libres de la fisura «á la manera de Clémot-Malgaigne», para prevenir la escotadura ó muesca del futuro borde libre del labio (fig. 616).

A. Reverdin (2) ha publicado recientemente un buen éxito de queiloplastia por labio leporino doble, operado ya dos veces; había al mismo tiempo una fisura palatina.

D. LABIO LEPORINO DOBLE, LABIO ALVEOLAR Ó LABIO PALATINO.—Cuando se trata de una fisura doble prolongada sin proeminencia del hueso intermaxilar

(1) S. Duplay (*Soc. Chir.*, pág. 573, 1873; *Traité de path. ext.*, de Follin y Duplay, pág. 652, IV, 1875).

(2) A. Reverdin (*Arch. prov. de chir.*, IV, 543, 1895).

(llamado también *tubérculo óseo ó incisivo*) se restaura el labio por uno de los procedimientos que acabamos de indicar, añadiendo, si es necesario, el ancho despegamiento de las alas de la nariz y de los bordes externos de la fisura.



FIG. 617.—Labio leporino doble con proeminencia considerable del hueso intermaxilar. (Aspecto que ofrecía uno de nuestros operados)

a, tubérculo óseo; b, lóbulo ó tubérculo labial

Cuando el tubérculo óseo constituye, por el contrario, una proeminencia más ó menos considerable (fig. 617), la restauración directa del labio es imposible; es absolutamente preciso, previamente, suprimir el tubérculo (procedimiento de Franco) ó ponerlo en línea entre los arcos de los maxilares, ya por reducción forzada (procedimiento de Gensoul), ya por sección del tabique pedicular (procedimiento de Blandin). En todo caso, nunca se debe sacrificar el lóbulo labial, por pequeño que sea, ni aun cuando se halle inserto en la punta de la nariz; se puede intentar, á ejemplo de Dupuytren, desprendiéndolo del plano óseo, hacerlo servir al menos para la restauración del subtabique de la nariz, ya que no para la del labio.

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

El procedimiento de Franco se halla en favor entre la mayoría de los ciru-

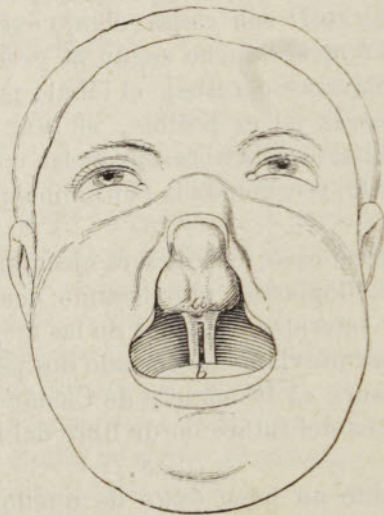


FIG. 618

Incisión media (a b) del tabique pedicular para preparar su resección triangular (Tomado de otro de nuestros operados)

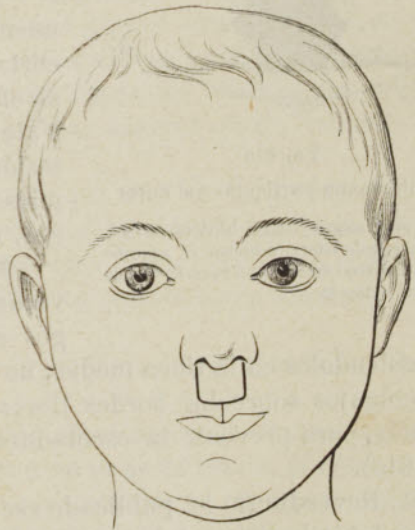


FIG. 619

Resultado lejano de la operación hecha por una doble fisura labio-palatina con proeminencia del hueso intermaxilar, en el niño representado en la fig. 617

janos ingleses y americanos, porque consideran al tubérculo simplemente deprimido, como molesto é inútil á causa de la movilidad y de la desviación ulterior

de los incisivos; es preferible una dentadura artificial bien hecha. En la Europa continental se reserva generalmente para los casos de proeminencia extrema (1).

2.º *Depresión previa del tubérculo óseo* (Gensoul-Blandin).—Es el procedimiento de elección. He aquí su técnica actual: hágase una incisión de unos 2 centímetros (fig. 618, *a b*) al nivel del pedículo, sobre el borde inferior del tabique. Por esta incisión, pásese hacia la derecha y luego hacia la izquierda una pequeña legra plana, y despéguese, *hasta lo más arriba posible*, la membrana fibro-mucosa. Hemostasia por compresión.

Secciónese verticalmente con tijeras el pedículo (E. Rose), ó quítese del mismo un triángulo de base inferior (Mirault, A. Guerin, Bardeleben, Delore). Comprímase el tubérculo hacia atrás, para determinar, si es necesario, por fractura en la parte alta, la diéresis del pedículo.

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

La restauración del labio se hace en la misma sesión ó en otra ulterior, según la pérdida de sangre y el lapso de tiempo ocasionados por la depresión preliminar del tubérculo óseo. Se ejecuta en todo caso exactamente como en los casos de fisura doble labial y completa (figs. 614 y 615).

QUEILOPLASTIA

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

Hasta ahora la queiloplastia apenas se ha hecho más que según los métodos francés é indio. P. Berger (2), ha demostrado recientemente, en una memoria, que es en verdad de las más notables y mejor documentadas, todo el partido que se puede sacar, sobre todo en las destrucciones cicatriciales, del método italiano solo ó asociado á los métodos precedentes.

A. *EXÉRESIS SIMPLE*.—Todos los prácticos saben cuán grande es la extensibilidad de los labios y con qué facilidad se consigue cerrar primitivamente brechas muy anchas; esto es cierto sobre todo en las personas de alguna edad, enflaquecidas, cuyos arcos dentarios se hallan desiertos y atrofiados. La abertura bucal, á consecuencia de estas síntesis más ó menos forzadas, resulta al principio con frecuencia muy estrechada de un modo desagradable; pero con el tiempo se arregla y retorna más ó menos á su forma primitiva. En general, este

(1) Piéchaud. *La résection sous-périostée du tubercule incisif* (Congr. fr. de chir., Paris, 1892, y Congr. de pédiatrie, Burdeos, 1895).

(2) P. Berger. *Quelques procédés nouveaux de cheiloplastie applicables á la réparation des pertes de substance étendues des lèvres* (Cong. fr. de chir., p. 437, 1894).

último resultado se observa siempre que la exéresis no se haya llevado más del tercio y hasta de la mitad de la anchura de un labio.

Procedimiento de Richerand. — Trátase verbi gratia de un epitelioma de una forma cualquiera que no exceda ó exceda muy poco del limbo cutáneo de un labio. Cójase la parte afecta entre los dientes de una pinza. Traspásese el labio por abajo de la lesión con un bisturi de lámina muy estrecha ó un cuchillo de Graefe; divídase el labio de un lado, luego del otro, pero *manteniéndose siempre á 1 centímetro por lo menos de la periferia del neoplasma*, como se hace en todas las exéresis análogas (fig. 620). La excisión se puede también hacer con un par de tijeras fuertes, curvas. Tuérganse ó simplemente comprímense durante dos ó tres minutos las boquillas abiertas de la arteria coronaria. Luego, reconstitúyase el borde libre del labio, afrontando exactamente el corte cutáneo con el corte mucoso por medio de algunos puntos de seda fina.

La escotadura resultante acaba por nivelarse ó poco menos.

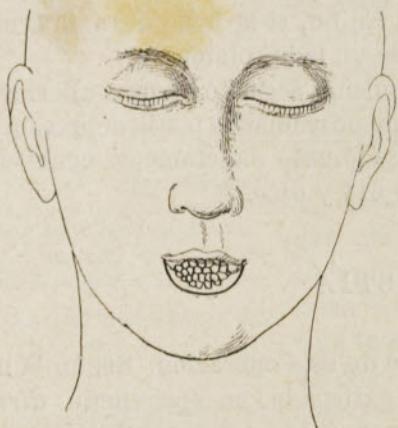


FIG. 620.— Queiloplastia por el procedimiento de Richerand

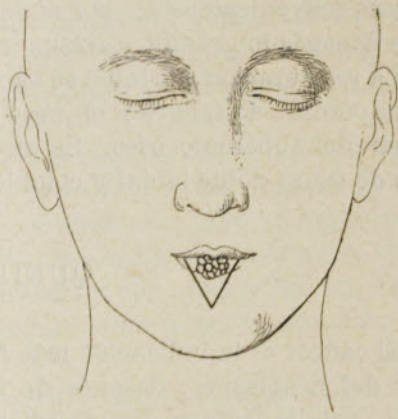


FIG. 621.— Queiloplastia por el procedimiento de Celso

Procedimiento de Celso.—Sea por ejemplo una lesión neoplásica que ocupe el tercio medio del labio inferior.

Mientras un ayudante colocado detrás de la cabeza del enfermo comprime las dos faciales delante de los maseteros contra el maxilar, ó después de haber colocado una pinza de presión cerca de cada comisura, deslícese una hoja de fuertes tijeras puntiagudas rectas, por un lado de la lesión detrás del labio, hasta el surco gingivo-labial y aun más abajo si es necesario, y en un sentido oblicuo, colóquese la otra hoja sobre la cara cutánea, divídase con presteza de un vigoroso golpe toda la altura del labio, evitando el retroceso de las hojas. Hágase una sección análoga en el otro lado, de suerte que la pérdida de substancia tenga la forma de una V de base superior (fig. 621). Acábese, en caso de necesidad, de libertar el trozo dividiendo la parte mucosa de su punta.

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

Tal es el procedimiento de Celso modificado, que empleamos habitualmente. Otros cirujanos prefieren el bisturí á las tijeras y la sutura ensortijada á la sutura entrecortada. A veces, no obstante, hemos operado por transfijión con el bisturí, modo de exéresis muy rápido, pero que da más sangre que las tijeras.

B. EXÉRESIS CON QUEILOPLASTIA INMEDIATA.—*Procedimiento de Serre* (de Montpellier) (1), atribuido erróneamente á Malgaigne.—Cuando la lesión interesa una gran anchura del labio inferior y excede por abajo del surco mento-labial, hágase la excisión en forma de V como en el procedimiento de Celso,



FIG. 622.—Queiloplastia por el procedimiento de Serre (incisiones)

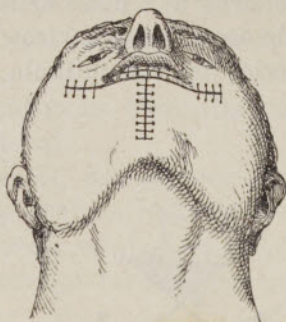


FIG. 623.—Queiloplastia por el procedimiento de Serre (suturas)

pero prolongando la punta hasta el borde inferior del mentón. Hágase la hemostasia de la arteria coronaria inferior cortada. Secciónense transversalmente las dos comisuras labiales en una extensión variable; hágase la hemostasia á derecha é izquierda de la arteria coronaria superior cortada (fig. 622). Afróntense las dos ramas de la V y reúnaselas por la sutura; si esta coaptación no es todavía perfectamente posible, movílicense los dos segmentos que forman la V seccionando el repliegue mucoso gíngivo-labial y los tejidos subyacentes (fig. 623).

Fórmese una nueva comisura en el ángulo de cada incisión transversal afrontando exactamente la mucosa con la piel mediante un punto de sutura; luego váyase orillando con igual cuidado el resto de cada incisión.

Procedimiento de Jæsche.—Cuando la V creada por las necesidades de la exéresis es más considerable y se prevea ó se encuentre que las incisiones de Serre son insuficientes, hágase á derecha é izquierda una larga incisión curva que vaya de la comisura al ángulo correspondiente de la mandíbula (fig. 624). Hágase la hemostasia de cada coronaria superior y cada facial. Movílicense el uno hacia el otro los dos colgajos laterales y reúnanse por la sutura sus bordes internos. Fórmense las comisuras labiales y suturese el resto de las incisiones de relajación.



FIG. 624.—Queiloplastia por el procedimiento de Jæsche

Este procedimiento permite reparar fácilmente las más anchas pérdidas de substancia, al mismo tiempo que suministra un labio inferior normalmente forrado de mucosa. Alfr. Heurtaux (de Nantes) (2) ha hecho resaltar asimismo las ventajas de la resección labial á expensas de la mejilla utilizada en todo su espesor; talla el colgajo geniano casi como Jæsche; pero sólo opera en un lado, desbridando simplemente, si es necesario, la otra comisura: hemos comprobado varias veces por nosotros mismos que un solo colgajo geniano puede bastar para reparar grandes exéresis.

(1) Serre. *Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, Montpellier-Paris, 1842.

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

Procedimiento de Syme-Buchanán.—Quítese en forma de V (fig. 625, A, B, C) la parte afecta, de manera que la punta llegue al surco mento-labial poco más ó menos: hágase la hemostasia de la coronaria inferior cortada. Prólónguese cada rama de la V hacia el lado opuesto del mentón en una longitud de 2 centímetros á 2 centímetros y medio; luego continúese la incisión en la longitud de otros 2 centímetros y medio á 3 centímetros, siguiendo el borde ántero-inferior de la mandíbula (fig. 625, BD, BE); hágase la hemostasia de al-

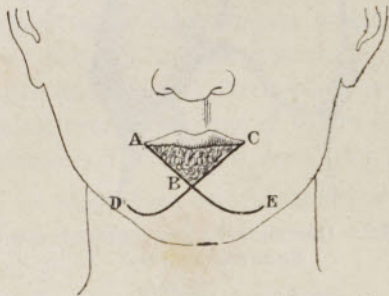


FIG. 625.—Queiloplastia por el procedimiento de Syme-Buchanán (incisiones)

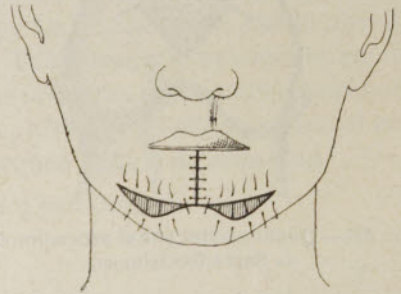


FIG. 626.—Queiloplastia por el procedimiento de Syme-Buchanán (suturas)

gunos ramos mentonianos. Diséquese y levántese cada colgajo lateral, completando la hemostasia. Únanse los colgajos por sus bordes ántero-inferiores y fijese su ángulo inferior de unión sobre el pequeño promontorio mentoniano con ayuda de algunos otros puntos (fig. 626). En fin, únase siempre, piel contra mucosa, el borde superior de los colgajos laterales.

Se abandona á sí mismas, ó mejor, se cierran en seguida por la sutura las pequeñas brechas semilunares que quedan á cada lado del mentón.

Procedimiento de Langenbeck-Volkman (1), descrito por Busch (1869) y

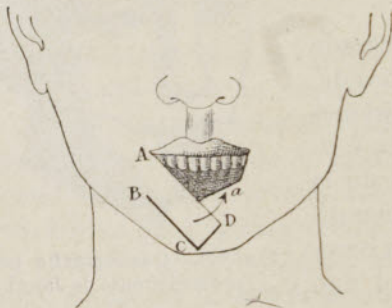


FIG. 627.—Queiloplastia por el procedimiento de Langenbeck-Volkman

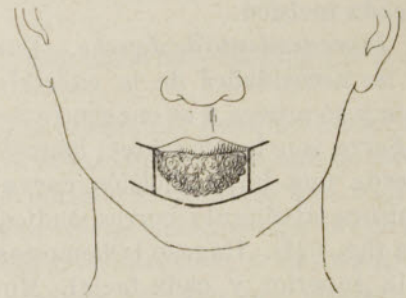


FIG. 628.—Queiloplastia por el procedimiento de Malgaigne (incisiones)

Ranke.—Supongamos se trata de un epiteloma que ocupa toda ó casi toda la anchura del labio inferior.

Excíndase el labio siguiendo una línea curva cuyos extremos van á parar á las comisuras y cuya parte más convexa pasa al nivel, un poco por arriba ó por abajo del surco mento-labial. Córtese un colgajo cuadrilátero oblicuamente alargado (fig. 627, A, B, C, D), de suerte que su pedículo corresponda á una comisura y á los tegumentos subyacentes y que su extremidad libre se extienda sobre el lado opuesto del mentón.

Entre el borde superior de este colgajo y la pérdida de substancia hay que

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

dejar siempre un pequeño colgajo triangular, llamado *espolón de fijación ó de soporte* (fig. 627, a), cuya base está colocada bajo la otra comisura. Diséquense los dos colgajos, hágase pasar el mayor por encima del otro y procédase á su sutura. Ciérrase la brecha ocasionada y finalmente, afróntese la mucosa y la piel sobre el borde libre del nuevo labio en toda la extensión posible.

Procedimiento de Malgaigne.—Sea por ejemplo el mismo caso de aplicación que precedentemente.

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

Divídanse las comisuras en sentido transversal, prolónguese igualmente á derecha é izquierda la incisión horizontal (fig. 628), afróntense los extremos libres de los colgajos sobre la línea media, reúnanse sus bordes inferiores á las partes subyacentes y fórmese mediante la sutura el borde libre cutáneo-mucoso del nuevo labio (fig. 629).

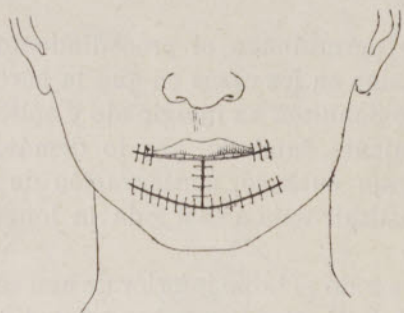


FIG. 629.—Queiloplastia por el procedimiento de Malgaigne



FIG. 630.—Queiloplastia por el procedimiento de Estlander

Este procedimiento nos ha dado repetidas veces excelentes resultados definitivos. No podríamos dirigir el mismo elogio al de Chopart que consiste, como es sabido, en hacer ascender un ancho colgajo cuadrilátero cuya base corresponde á la región supra-hioidea: el colgajo se retrae y deja al descubierto el arco dentario. Todos los cirujanos están, por lo demás, de acuerdo acerca de este grave inconveniente. Así pues, el proceder de Chopart no se usa ya en la actualidad.

Procedimiento de Estlander (1). — Trátase verbí gratia de una neoplasia que ha invadido el tercio ó la mitad externa del labio inferior. Estlander y sus imitadores han aplicado el procedimiento á lesiones todavía más extensas. El colgajo reparador se toma de la parte correspondiente del labio sano, de tal modo que su incisión limitante interna termine á alguna distancia del borde libre del labio, á fin de conservar la arteria coronaria en el punto de inserción (fig. 630).

Después de haber determinado la anchura necesaria del colgajo y, por consiguiente, la posición de su incisión limitante interna, márquese el sitio preciso en que se halla la arteria, que se siente latir á 6 ó 10 milímetros por arriba del borde libre del labio, debajo de la mucosa. Hecho esto pásese por transfixión un alfiler de insectos inmediatamente por arriba de la arteria, en el punto á donde debe llegar la extremidad inferior de la incisión limitante interna; luego dóblese el alfiler en forma de medio anillo á fin de no ser molestado por él.

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

(1) Estlander (*Langenbeck's Arch*, 1872, y *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1877); Haorth (*Deutsch. Zeits. f. chir.*, 1881-1882, y *Chirurgie clinique* del profesor Grynfeldt, pág. 31, París, 1885); Claoué (*Thèse Montpellier*, 1888, con 15 casos de Salzmann y 1 de Trombetta).