

Procedimiento de Michel (de Nancy).—La boca anchamente abierta con un separador, se practica una incisión vertical desde el último molar superior al último inferior á lo largo del borde anterior del pterigoideo interno. Se introduce el índice izquierdo entre el pterigoideo y el tendón del temporal y se busca con el dedo la espina de Spix. Se desliza sobre dicho dedo un gancho romo que se hace llegar hasta más allá de la espina en busca del nervio, que una vez cogido se corta con un bisturí de botón.

IV.— Sección del nervio maxilar superior

En 1856, Carnachon practicó esta operación del modo siguiente: Puso al descubierto el maxilar superior de manera que pudiera abrir anchamente el seno maxilar por su parte superior. Luego con un pequeño escoplo hizo saltar la pared superior del seno que forma la parte más posterior del suelo de la órbita y la pared posterior de este seno. De este modo llegó á la fosa ptérigomaxilar, aisló el nervio, lo seccionó con unas tijeras curvas y reseco una parte de su extremo periférico.

V.— Sección de los nervios dentarios posteriores

Para alcanzarlos, debe abrirse anchamente el seno maxilar por fuera de la fosa canina, y con la gubia y el mazo romper su pared posterior y quitar por fragmentos el segmento de la tuberosidad maxilar por donde surcan los conductos dentarios. Así es como Lefebvre y Debaisieux describen esta operación, que han visto practicada con éxito por Michaux (de Louvain).

VI.— Sección del nervio lingual

El nervio lingual, menos voluminoso que el dentario inferior, se dirige primero hacia abajo y adelante entre el pterigoideo y el peristafilino externos, después entre los dos pterigoideos y más abajo se encuentra entre el pterigoideo interno y el maxilar inferior, acompañado del nervio dentario inferior, que está colocado un poco por detrás y por fuera de aquél. El nervio dentario se separa de él para entrar en el conducto del mismo nombre, y el lingual se encuentra entonces aislado en contacto con la cara interna del

maxilar y subyacente á la mucosa; situación que, como veremos, permite alcanzarlo fácilmente por la boca; desde aquel punto continúa dirigiéndose hacia adelante colocado por encima de la

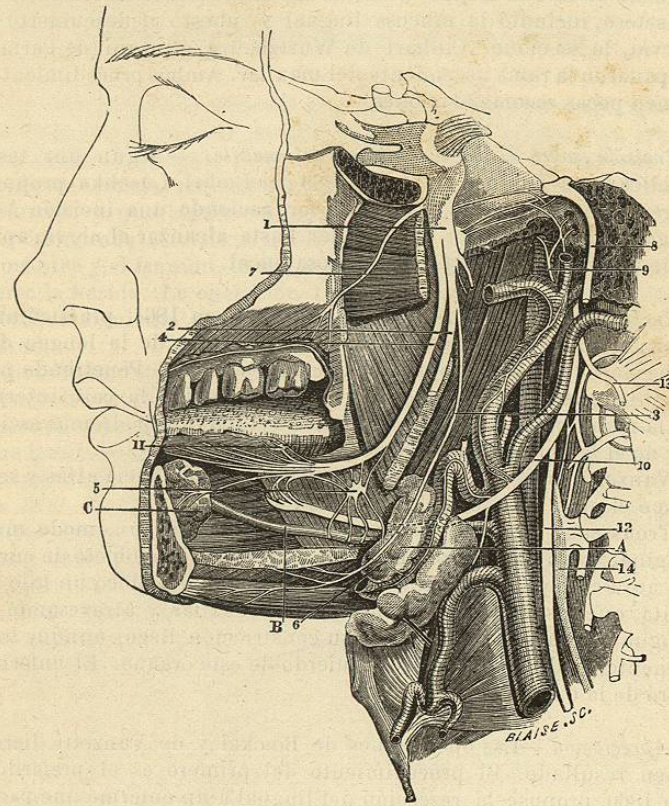


FIG. 121

NERVIO LINGUAL.—A. Glándula submaxilar atravesada por la arteria facial.—B. Conducto de Wharton.—C. Glándula sublingual.—1. N. maxilar inferior.—2. N. Dentario inferior cortado.—3. Rama milohioidea.—4. N. lingual.—5. Ganglio submaxilar.—6. Su raíz ganglionar.—7. N. bucal.—8. N. facial.—9. N. de Jacobson.—10. N. hipogloso.—11. Filetes terminales del lingual.—12. N. pneumogástrico.—13. N. espinal.—14. Gran simpático.

glándula submaxilar, cruza el conducto de Wharton entre el milohioideo y el hiogloso, llega al lado interno de la glándula sublingual y penetra en la lengua.

Roser (de Marbourg) fué el primero que practicó la resección del lingual. Siguieron su ejemplo Linhard, Michel (de Strasbourg), Bœckel, Moore, Bilton y Vanzetti.

Roser dividió la mejilla desde la comisura de los labios hasta el masetero, incindió la mucosa lingual y, puesto al descubierto el nervio, lo seccionó. Linhart (de Wurtzbourg) é Inzani (de Parma) trepanaron la rama ascendente del maxilar. Ambos procedimientos tienen pocas recomendaciones.

Incisión sobre el borde inferior del maxilar.—Según una tesis publicada en Tubinga en el año 1863 por Lœhrl, Luschka propuso coger el nervio por la parte inferior haciendo una incisión á lo largo del borde inferior del maxilar hasta alcanzar el nervio aplicado á la cara profunda de la mucosa bucal.

Incisión en el suelo de la boca.—Bœckel, en 1864, practicó una incisión sobre la mucosa bucal, tirando antes de la lengua del enfermo hacia el lado opuesto, adelante y arriba. Penetrando por ella una erina y haciéndole rasar de abajo arriba la cara interna de la mandíbula, cogemos fácilmente el nervio y podremos escindir de él la porción conveniente.

Vanzetti, en 1866, trazó una incisión dirigida hacia atrás y seccionó el pilar anterior del velo del paladar.

Trousseau, en 1852, seccionó este nervio de un modo muy original; pero de seguro muy poco quirúrgico, con objeto de curar un aura epiléptica que empezaba en la lengua. Colocó un hilo de plata, que rasando la cara interna del maxilar y atravesando la lengua por su parte media, por su constricción llegó, aunque lentamente, á dividir el borde izquierdo de este órgano. El enfermo curó de la operación y del aura.

Apreciación.—Las operaciones de Bœckel y de Vanzetti dieron buen resultado. El procedimiento del primero es el preferible. En 1860, propuse la resección del lingual á un enfermo que padecía una neuralgia exactamente limitada á este nervio; no quiso someterse á la operación; pero con este motivo había yo estudiado en el cadáver un procedimiento que en aquella época nadie había practicado aún, y en el cual se operaba por el interior de la boca. Pude con esto cerciorarme bien de que, procediendo así, no sólo la operación es más fácil, sino que con entera seguridad se coge el lingual en la cara interna del maxilar.

ARTICULO III

DISTENSIÓN Ó ESTIRAMIENTO DE LOS NERVIOS

En 1869, visitando Billroth un enfermo que sufría crisis epileptiformes, cuyo punto de partida parecía ser el ciático y su origen una caída de nalgas, creyó que podía ser éste un caso de esa epilepsia refleja demostrada por los experimentos de Brown-Séquard, y que alguna esquirra procedente de la fractura de la pelvis irritaba el ciático. Puso el nervio al descubierto entre el trocánter y el isquion, lo aisló, y no encontrando nada de anormal, cerró la herida. La operación tuvo lugar el 6 de Julio y el 15 de Octubre siguiente salía el enfermo del hospital completamente curado.

Nussbaum, atribuyendo este resultado á la distensión del nervio y recordando haber visto desaparecer contracturas dolorosas del cuarto y quinto dedo después del enderezamiento brusco del codo, que había producido la distensión del nervio cubital, practicó la distensión de los nervios del plexo braquial, y el enfermo curó. En 1872, Gartner (de Stuttgart) practicó igualmente la distensión de los nervios del plexo braquial; pero el enfermo sucumbió por haber sido lesionada la vena yugular. La distensión practicóla Calender en Inglaterra en 1874 y 1875; y en Francia Verneuil en 1876. Hasta 1877 se practicó poco esta operación, pues Vogt, en una Memoria importante sobre este punto, no pudo reunir más que doce observaciones; mientras que Fenger y Lee en su Memoria de 1881 han podido reunir ochenta y cinco casos, y aun esta lista dista mucho de ser completa.

El procedimiento operatorio es en general bastante sencillo. Se pone el nervio al descubierto con las mismas precauciones indicadas para la ligadura de una arteria. Se desprende de su vaina y se aísla. Se pasa por debajo del nervio un ganchito, la sonda acanalada ó el dedo mismo, y se efectúan algunas tracciones, especialmente por parte del extremo periférico. Es difícil fijar el grado de tracción, que debe ser suficiente para disociar algo los elementos nerviosos á fin de que llegue á producirse suspensión momentánea de la acción nerviosa; pero no debe llegar á destruir el tejido del nervio ni mucho menos romperlo. Me parece, pues, más perjudicial que útil el aplastar el nervio con la sonda acanalada, como lo aconseja Verneuil, ó aplastarlo entre los bocados de unas pinzas como lo hace Baum. La resistencia del nervio para la ruptura es bastante grande, el supraorbitario ha sostenido 2 kilo-