

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-

gramos, el infraorbitario 5. Sin embargo, sobre este particular divergen mucho los resultados de los experimentos; así, para romper el ciático en el cadáver, ha necesitado Trombetta 84 kilogramos, Sumigton de 40 á 85, Gillette de 75 á 150 y hasta 300. Se ve, pues, que hay en este punto grandes diferencias individuales. Con todo, será prudente no exceder de 20 kilogramos cuando se trate del ciático, de 10 cuando de los nervios del brazo y de 1 para los de la cara.

Gillette ha ideado para esta operación un gancho dinamométrico. La idea sería buena si pudiera saberse respecto de cada nervio y de cada enfermo el número de gramos ó de kilogramos que el nervio puede ó debe soportar; pero como este dato matemático no lo poseemos, según acabo de demostrar, será mejor guiarse por las sensaciones que resultan de la fuerza hecha por el cirujano.

A veces la tracción va seguida de una especie de crujido. No es necesario que este crujido se produzca. Siendo esta operación bastante dolorosa, debe hacerse previa anestesia. Siempre que se crea posible obtenerla, se procurará la reunión de la herida por primera intención.

Los procedimientos para encontrar los nervios supra é infraorbitarios, frontal, dentario inferior, maxilar superior y lingual, los hemos descrito más arriba; por tanto no me ocuparé aquí de ellos.

La distensión del supraorbitario la han practicado con bastante éxito Higgius, Kocher, Walsham y dos veces con éxito parcial Quinquand. Czerny nada logró con la distensión, pero alcanzó buen resultado de la sección y de la electricidad. Purdie no obtuvo de una primera distensión más que mejoría; pero repitiéndola cinco días después, logró la curación. Masing curó su enfermo; pero una semana después le sobrevino una anestesia de la frente y de la córnea que le duró ocho meses.

Croft alcanzó una curación con la distensión del infraorbitario acompañada de la resección del nervio. Grainger Stewart nada logró de la distensión ni de la excisión del infraorbitario; pero obtuvo la curación después del estiramiento del nervio mentoniano. Bouilly consiguió una mejoría notable por la distensión. La distensión simultánea del infra y supraorbitario dió buenos resultados á Higgins en una neuralgia persistente después de la enucleación del ojo; Hahn y Nussbaum practicaron esta operación dos veces sin resultado; Nussbaum practicó la sección sin evitar por esto la recidiva. Vogt y Polaillon estiraron con éxito el dentario inferior.

Nervio facial

Se practica una incisión de tres centímetros por detrás de la rama ascendente del maxilar, y de modo que su parte media corresponda al borde inferior del lóbulo de la oreja. Se divide la aponeurosis parotídea y se incide con precaución la parótida hasta llegar al nervio.

La distensión del facial se ha practicado para curar los tics, dolorosos ó no, de la cara; en los cinco casos que conozco, el enfermo curó; pero se comprende que alterando la distensión la estructura del nervio, puede producir una parálisis facial, cuando menos momentánea. Esto es lo que ha sucedido siempre, excepto tal vez en el caso de Putnam (de Boston), que no está más que someramente indicado en la Memoria de Lenger y Lee. La parálisis duró dos semanas en los enfermos de Baum; dos meses en los dos operados de Schusler y de Godlee y cinco en el enfermo de Eulemberg. En último resultado todos curaron del espasmo y de la parálisis.

Plexo cervical

Para descubrir las ramas profundas del plexo cervical y la rama cervical del espinal, se practica una incisión de seis centímetros á la mitad de la altura del esterno-mastoideo y á lo largo de su borde posterior. Después de haber dividido el cutáneo y la aponeurosis, se encuentra luego el nervio auricular, se desprende el borde posterior del esterno-mastoideo, que se inclina hacia delante con un separador, y cerca del borde posterior del trapecio se descubren las ramas profundas del plexo y la rama espinal.

En seis casos distintos se ha distendido la rama cervical del espinal para curar el tortícolis espasmódico. Hansen ha obtenido en un primer caso éxito completo; pero en el segundo la curación no se ha obtenido sin añadirle la excisión. Lo mismo hizo Annandale. Kuster (de Berlín) no obtuvo resultado; Morgan lo logró en un primer caso y se le frustró el segundo.

Nussbaum practicó la distensión del plexo cervical propiamente dicho en un caso de neuralgia con éxito completo.

Schlusser distendió el nervio occipital por una neuralgia que contaba tres años de fecha y obtuvo la curación.

Nervios intercostales

Nussbaum practicó la distensión de los nervios intercostales octavo, noveno y décimo de ambos lados por una neuralgia persistente; pero no logró más que una mejoría momentánea. Llegó á los nervios mediante una incisión á lo largo del borde externo del recto mayor del abdomen.

Plexo braquial

Por fuera de los escalenos, los nervios del plexo braquial que emergen de entre los escalenos y por fuera de la arteria subclavia, pueden ponerse al descubierto casi por los mismos procedimientos que sirven para descubrir esta arteria y son mucho más fáciles de alcanzar. La incisión debe hacerse un poco más alta y más hacia afuera, á un dedo por encima de la clavícula, empezando cerca del borde externo del esterno-mastoideo para terminar al nivel del tercio externo de la clavícula. Se deprime el omohioideo y detrás de él se encuentra el plexo.

En la axila.—El procedimiento es el mismo que se emplea para la ligadura de la axilar en la axila, porque la arteria se halla entre las dos ramas de origen del mediano.

La distensión del plexo braquial la ha practicado dos veces Hildebrand; en uno de estos casos obtuvo una curación inmediata; Langenbech la ha practicado tres veces por neuralgias, logrando solamente mejoría. La distensión en la axila por espasmos y neuralgia la han practicado Czerny y Nussbaum con resultado parcial. Esmarch ha combatido así los dolores en un atáxico. La han practicado unas veces en la axila y otras por encima de la clavícula por tétanos Vogt, Fenger, Eben y Watson. Más adelante volveremos á ocuparnos de esto.

Nervio cubital

Acompaña al mediano y á la arteria humeral en el tercio superior del brazo; por lo tanto, podremos encontrarlo por los mismos procedimientos de ligadura; pero debemos tener presente que se

encuentra por dentro de la arteria y que es menos voluminoso que el mediano.

En el tercio inferior del brazo, el cubital está colocado detrás de la aponeurosis intermuscular interna que le separa del braquial anterior. A dos dedos por detrás del borde interno del biceps, ó mejor, inmediatamente detrás de la prominencia que hace en la mayoría de los sujetos el borde de la aponeurosis intermuscular interna, se practica una incisión de 4 centímetros, que inferiormente termina á 5 centímetros de la epitroclea. Se desprende el triceps de la aponeurosis intermuscular y se encuentra inmediatamente el nervio.

En el codo, el nervio es fácilmente accesible, pues se encuentra

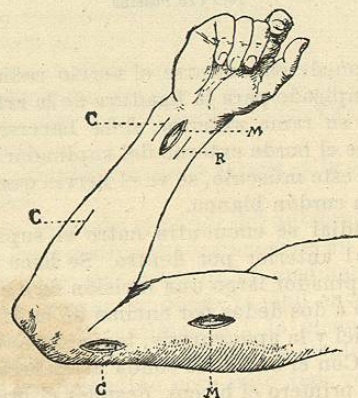


FIG. 122

Incisiones para encontrar los nervios: M, mediano; C, cubital; R, radial

entre dos puntos de referencia muy fijos, el olécrano y la epitroclea; pero á causa de la proximidad de la articulación será mejor abstenerse de buscarle en este punto y descubrirlo cuatro dedos por encima de la epitroclea.

En el antebrazo, está profundamente oculto y es poco accesible. En vez de operar en este punto será mejor hacerlo en el tercio inferior del brazo.

En la muñeca, se le encontrará debajo del borde externo del cubital anterior, en la parte interna de la arteria cubital, separando hacia adentro el tendón del cubital anterior.

El nervio cubital lo distendió Czerny en casos de neuralgias desde la axila, obteniendo solamente mejoría. El mismo Czerny no obtuvo resultado en un caso de epilepsia refleja. Gillette obtuvo

una notable mejoría en un caso en que estiró el cubital y el mediano por ataxia.

Vogt fué afortunado en un caso de neuralgia por causa traumática; pero no practicó solamente la distensión, sino que disecó el nervio englobado en la cicatriz. Asimismo Duplay consiguió buen éxito en un caso de neuralgia con paresia; pero después de haber extirpado un fibroma que comprimía el nervio. MacLeod practicó la distensión para combatir una paresia del nervio, no habiendo obtenido ningún resultado. Bomford fué más afortunado; pero más adelante volveremos á tratar de este punto.

Nervio radial

En la muñeca, puede encontrarse el nervio radial por el mismo procedimiento empleado para la ligadura de la arteria.

Para descubrir su rama anterior, debe hacerse la incisión más hacia afuera sobre el borde externo del supinador largo. Al descubrir el tendón de este músculo, se ve el nervio que se desprende de él en forma de un cordón blanco.

En el codo, el radial se encuentra entre el supinador largo por fuera y el braquial anterior por dentro. Se hace en el intersticio del biceps y el supinador largo una incisión de 4 centímetros, que termina por abajo á dos dedos por encima de la fluxura del brazo.

Se incide la piel y la aponeurosis, teniendo cuidado de separar la vena cefálica. Con el dedo ó la sonda acanalada se separan del supinador largo, primero el biceps, después el braquial anterior y en seguida se descubre el nervio.

En la parte superior del brazo, el radial se aloja en el canal de torsión del húmero. A 5 ó 6 milímetros por debajo y detrás del borde posterior de la V deltoidea, se practica una incisión paralela á este borde interesando la piel, el tejido celular y la aponeurosis. Por delante se encuentran las inserciones del deltoides, más abajo las del braquial anterior y por detrás las del triceps. Se incinden estas últimas cerca de su inserción y en seguida se encuentra el nervio.

La distensión del radial la han practicado con éxito, juntamente con el cubital y el mediano, Credé en un caso de neuralgia; Blum juntamente con el mediano, por una parálisis en la que no se restableció más que la sensibilidad; Debove y Gillette, por una ataxia: el efecto fué algo raro, puesto que no hubo más que disminución de los dolores en el lado estirado, al paso que desaparecieron por completo en el lado izquierdo, en el que no se había hecho operación alguna. Yo he practicado la distensión del radial por encima

del codo en un caso de neuralgia muy intensa y continuada por espacio de un año, sostenida por un perdigón que había rozado el radial. El éxito fué enteramente satisfactorio.

Pepper estiró el radial en un caso de tétanos, y el enfermo murió al tercer día.

Nervio mediano

En la axila, las dos ramas de origen del mediano rodean la arteria axilar; para alcanzar su tronco, debemos buscarlo en la parte inferior de la axila. En este punto el mediano, acompañado del braquial cutáneo interno, se encuentra por delante de la arteria, pero el mediano está por fuera de la arteria y del braquial cutáneo. El radial se encuentra detrás y el cubital por dentro de la axilar. Se descubrirá el mediano por los procedimientos empleados para la ligadura de la axilar, y se le aislará utilizando los datos anatómicos precedentes.

En el brazo, va acompañado de la arteria, y la operación no tiene nada de particular.

En el codo y en la parte superior del antebrazo, pasa tan profundo, que sería crearse dificultades buscarlo en este punto.

En la parte inferior del antebrazo, el mediano costea el borde interno del palmar mayor, en donde es fácil encontrarlo. La incisión debe terminar á 3 centímetros á lo menos por encima del pliegue de la muñeca á fin de evitar las sinoviales tendinosas.

El mediano se ha distendido con éxito tres veces por neuralgia (Callender, Moray Eslander); pero en el último caso, el éxito completo no duró más que veinticuatro horas y la mejoría no sobrevino hasta tres semanas después. Gillette alcanzó mejoría en un caso de epilepsia congénita por la distensión del mediano y del cubital.

La distensión del mediano por tétanos se ha practicado sin resultado por Nankivell (dos casos) y Thomas, y con el cubital por Fenger y Verneuil.

El músculo cutáneo ha sido estirado por Verneuil en un caso de tétanos, y el enfermo murió de erisipela.

Purdie (de Londres) por una neuralgia consecutiva á un panadizo subungueal estiró con buen resultado el colateral del índice.

Nervio ciático

Sale este nervio de la pelvis colocado debajo del músculo piramidal, por encima de los géminos, y desciende verticalmente á lo largo de la cara posterior del muslo hasta la corva, en donde se divide en dos ramas.

Por debajo del piramidal, tiene delante los géminos, el tendón del obturador interno, el cuadrado crural y además está cubierto por el glúteo mayor. Se encuentra casi en el punto medio del espacio que separa el isquion del trocánter mayor, pero un poco más cerca del isquion.

En la parte superior del muslo, descansa sobre el adductor mayor y está cubierto por la porción larga del biceps femoral, que le cruza en ángulo agudo.

En su cuarto inferior, descansa sobre la porción femoral del biceps y no está cubierto más que por la aponeurosis femoral.

A su salida de la pelvis, el nervio está profundamente oculto debajo del glúteo que debe indirse; y si bien la operación no es difícil, no deja de ser peligrosa. Mas como la distensión obra á distancia, será mejor buscar el nervio únicamente debajo del borde inferior del glúteo mayor.

En el tercio superior del muslo.—Tómese el punto medio del espacio que separa el isquion del trocánter mayor, tírese desde este punto una línea vertical que descienda al centro del hueco poplíteo, y ésta indicará la dirección general del nervio. Hágase á lo largo de esta línea una incisión de 7 á 8 centímetros dividiendo la piel y la aponeurosis, con lo cual se cae sobre el biceps, que se desprende por su parte interna y se inclina fuertemente hacia afuera; debajo de él se encuentra el nervio.

En el tercio medio del muslo. El nervio sólo está cubierto por la aponeurosis. Se practica una incisión de 4 á 5 centímetros siguiendo la línea indicada, dividiendo el tejido celular y la aponeurosis, con lo cual se cae sobre el intersticio de los músculos biceps y semimembranoso, se separan estos músculos desviando el biceps hacia afuera, y en seguida se encuentra el nervio.

La distensión del nervio ciático es la que más se ha repetido. Esta operación aplicada al tratamiento de neuralgias ha dado buenos resultados á Cheyne (dos casos), Maag, Hildebrand, Es-march, Blum, Purdie, Fenger, Gillette; á Cameron, después de un caso frustrado. Hubo mejoría en dos casos de Gillette, Blum (dos casos) y Patruban. Bernays debió cortar la safena y el pero-

neo; la neuralgia curó, pero hubo parálisis; en un segundo caso el resultado fué absolutamente negativo.

Maag practicó la distensión por neuralgias consecutivas á un absceso del muslo; el enfermo curó. Kuster en neuralgias consecutivas á una herida por arma de fuego, no consiguió resultado hasta después de una segunda distensión.

La operación se ha practicado muchas veces por neuralgias ciáticas complicadas con lesiones medulares y en estos casos bien se comprende que los resultados hayan sido escasos. Masing, Andrews, Debove (dos casos), Fenger (dos casos) obtuvieron mejoría; Masing en otro caso no obtuvo resultado y aun se había observado agravación. Gillette vió desaparecer los dolores en el ciático, pero otras neuralgias existentes se agravaron. Czerny, Trendelenburg, Langenbuch, Erlenmayer una sola vez practicaron esta operación y todos sin resultado.

Nussbaum en un caso de parálisis con espasmos que databa de once años, practicó la distensión de los dos ciáticos y los dos crurales; hubo una gran mejoría y el enfermo pudo andar con muletas.

La distensión para el tétanos la han practicado Morris, Drake, Hutchinson, Omboni, muriendo todos los enfermos. El de Clark curó, pero la elongación, según confesión del mismo cirujano, en nada contribuyó á este satisfactorio resultado.

Nervio ciático poplíteo interno

Continúa el trayecto del ciático y aparte de ser su situación más superficial y más externo, tiene las mismas relaciones que la arteria: puede por tanto encontrarse por la misma incisión que sirve para ligar la poplítea.

Nervio tibial posterior

Acompaña á la arteria del mismo nombre, hallándose colocado por fuera y detrás de aquélla. Se le encontrará, pues, del mismo modo que á la arteria.

Nussbaum lo ha distendido juntamente con el peroneo por una epilepsia refleja, y su operado curó. Esta operación se ha hecho tres veces por espasmos tetánicos ó tétanos. Los operados de Petersen y de Ransohoff curaron, el de Kocher murió al día siguiente.