

Apreciación.—La considerable importancia que sin duda tiene la conservación íntegra de la circulación encefálica, demuestra bien claramente que la ligadura de la carótida externa, deberá sustituir, siempre que sea posible, á la de la carótida primitiva. Este consejo, dado ya en 1854 por Maisonneuve, adquiere la importancia de un precepto formal desde el momento que hemos llegado á demostrar, con el estudio comparativo de las observaciones, la frecuencia y gravedad de los accidentes cerebrales consecutivos á la obliteración de la carótida primitiva. Sólo á la ignorancia completa de este importante hecho podemos atribuir la inmensa frecuencia de la ligadura del tronco carotídeo común, en comparación con la extremada rareza de los casos de ligadura de la carótida externa. Como se ha visto, he podido reunir 411 observaciones de la primera y sólo 25 de la segunda.

La carótida externa ha sido ligada por hemorragias debida á una herida accidental de esta arteria ó de una de sus principales ramas, (Engel, de Czernowitz), ó en el curso de una operación (Widmer, de Toronto; Busher, de Chatham; Wutzer, de Bonn y Foucher) ó por hemorragia consecutiva á una operación (Gunther, de Leipzig), ó por el mismo accidente derivando de un tumor vascular ulcerado (Roser, de Marburgo). Otras veces se ha ligado la carótida externa con objeto de facilitar, previniendo la hemorragia, la extirpación de tumores situados en el cráneo ó en la cara (Wutzer, dos casos; Bush, de Bonn; Scott, de Londres, y Lizars, de Edimburgo); para obtener la curación de tumores eréctiles ó cirsoideos (Richard, Bertherand, Maisonneuve, Sédillot, Wallace y Bryant, de Nueva-York), y por último, Maisonneuve ha empleado nueve veces este recurso por cánceres de la lengua.

De estos 25 enfermos sólo murió uno y aun éste fué el operado

esterno-mastoideo, sino que quedan por delante del mismo ó sea entre este borde y el ángulo de la mandíbula. Por esto el doctor Tillaux encuentra mayor seguridad en una incisión ligeramente oblicua que, partiendo del ángulo de la mandíbula, vaya á encontrar el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo al nivel del borde superior del cartilago tiroideo. Esta incisión cruza muy oblicuamente el vaso, y separando por igual sus dos bordes y profundizando directamente (siempre en las debidas precauciones, principalmente por las gruesas venas que suelen presentarse ante el bisturi) se llega á él con seguridad.

A los datos indicados por el autor para distinguir la carótida externa de la interna, hemos de añadir el señalado por Guyon, que consiste en tomar por guía el nervio hipogloso mayor. Este nervio cruza oblicuamente las carótidas y como en el punto de entrecruzamiento la externa es más superficial que la interna, aquél está en contacto con la primera. La regla consiste, pues, en ligar la arteria que está en inmediato contacto con el nervio hipogloso mayor. Así puede evitarse la excesiva denudación de la arteria en busca de una colateral, proceder que pudiera comprometer la vitalidad de la misma en el punto de la ligadura.

en 1849 por Maisonneuve, á quien para cohibir una hemorragia sobrevvenida al décimoquinto día, se le había ligado la carótida primitiva.

Bryant, de Nueva-York, ligó dos veces, para detener el desarrollo del cáncer de la cara, las dos carótidas externas, y uno de los enfermos murió en el undécimo día por hemorragia de la facial.

Este resultado es bastante satisfactorio para que pueda confiarse en que de hoy en adelante los cirujanos recurrirán á la ligadura de la carótida externa en vez de la primitiva, siempre que esta sustitución sea posible. En muchas observaciones se encuentra que ha habido necesidad de combatir hemorragias secundarias debidas á la excesiva facilidad del restablecimiento de la circulación por las tiroideas, por lo tanto tendríamos por práctica muy prudente ligar por separado esta arteria á corta distancia del tronco de que nace.

XI.—Ligadura de la carótida interna

No tengo noticia más que de tres casos en los cuales se haya practicado la ligadura aislada de la carótida interna, y en los tres se ligó al mismo tiempo la carótida primitiva. Los operados por Gordon, Buck y Wold, de Nueva-York, curaron; pero el que operó Velpeau murió. Mayo, después de haber ligado la carótida primitiva, la reproducción de las hemorragias le indujo á ligar la carótida interna, pero no le fué posible descubrirla.

Si quisiéramos practicar la ligadura, observaríamos las mismas reglas que para la de la carótida externa; pero la ligadura de la carótida interna es una operación que en ningún caso aconsejaríamos, por razón de la facilidad del retorno de la sangre por la ancha vía anastomótica que esta arteria tiene abierta en el interior del cráneo. Como que su obliteración tendría, bajo el punto de vista de los accidentes cerebrales, idénticos peligros que los de la carótida primitiva, siendo la ligadura de esta última más fácil y segura que la de aquella, sería muy natural darle la preferencia.

XII.—Ligadura de la arteria lingual

Béclard propuso ligarla por encima del hioides; pero los procedimientos descritos eran tan inseguros, que M. Mirault, de Angers, tratando de ligar las dos arterias en un mismo sujeto, si bien pudo lograrlo en el lado derecho, hubo de renunciar á encontrarla en él.

izquierdo. No temo anticipar que el procedimiento que voy á describir hace de esta ligadura una de la más fáciles que puede intentar el cirujano.

Procedimiento de Malgaigne.—La arteria lingual corre paralelamente al asta mayor del hioides y á algunos milímetros por encima

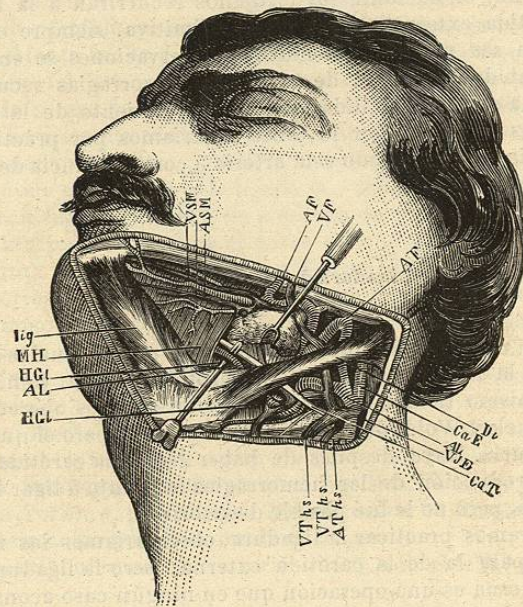


FIG. 172

REGIÓN SUPRAHIOIDEA

CoE. Carot. ext.—AL. Art. ling.—AThs. Art. tiroid. sup. VThs. Vena tiroidea sup.—AF. Art. facial.—VF. Vena facial.—ASM. Art. submaxilar.—VSM. Vena submaxilar.—VJE. Vena yug. externa.—CoT. Nervio hipogloso.—HGL. Hiogloso.—MH. Milohioideo.—Dig. Digástrico.

de ésta; cambia bruscamente de dirección en un punto muy preciso y fácil de encontrar desde el momento que se ha incidido la piel, á saber, enfrente de una eminencia ósea olvidada por los autores, y situada en el borde superior del asta mayor del hioides á unos 3 ó 4 milímetros del asta menor.

Previamente reconocida el asta mayor del hioides, se traza á 4 milímetros por encima y paralelamente á ella, una incisión de

unos 3 centímetros interesando la piel y el cutáneo; de este modo caemos sobre el borde inferior de la glándula submaxilar: *primer punto de referencia.*

Levantando un poco esta glándula, encontramos por debajo el tendón del digástrico, que se hace muy perceptible por su brillantez anacarada: *segundo punto de referencia.*

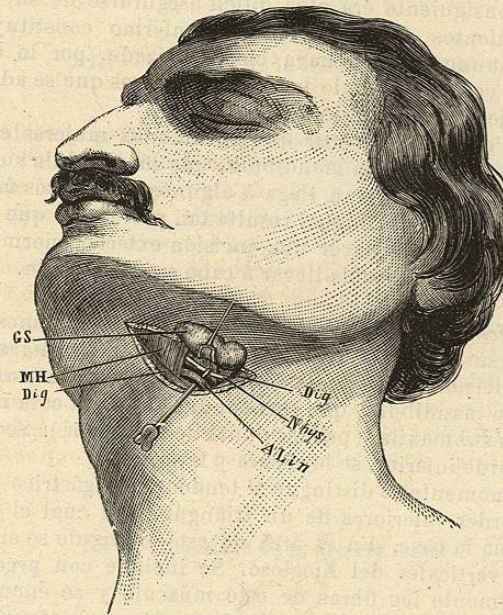


FIG. 173

LIGADURA DE LA ARTERIA LINGUAL

ALin. Arteria lingual vista á través del hiogloso seccionado.—Nhyp. Nervio hipogloso.—GS. Glándula submaxilar.—MH. Milohioideo.—Dig. Digástrico

A un milímetro más de profundidad, se ve un cordón blanquecino cubierto á veces por algunas fibras del estilohioideo; si es necesario, desprendedle con la punta del bisturí y veréis que es el nervio hipogloso.

Bien reconocido este *tercer punto*, á 2 milímetros más abajo, dividid transversalmente el músculo hiogloso, y caeréis de seguro sobre la arteria, que corre sola sin vena ni nervio alguno que la acompañe. La vena facial es más superficial: cruza oblicuamente

la incisión de fuera á dentro y de abajo á arriba, por lo que al interesar la piel y el cutáneo, es preciso obrar con precaución, pues es bastante gruesa, y rechazarla hacia afuera si la encontrásemos en la herida.

Malgaigne ha practicado esta operación en un caso de cáncer de la lengua con infarto en un ganglio submaxilar, de manera que el hioides resultaba oculto á bastante profundidad debajo de los tejidos y por consiguiente era algo difícil asegurarse de su posición. Los movimientos de deglución del enfermo constituyen otra dificultad, aunque se le haya cloroformizado, por lo que conviene coger con un tenáculo los tejidos fibrosos que se adhieren al hioides, sujetarlo y dirigirlo hacia afuera.

También debemos advertir que en algunas mujeres el hioides sube tan por debajo de la mandíbula, que la glándula submaxilar cubre su asta mayor y aun llega á algunos milímetros más abajo: en este caso, la arteria lingual resulta tan profunda, que hasta en el cadáver se necesita hacer una incisión exterior enorme, y en el vivo tal vez sería imposible llevar á cabo esta operación.

Procedimiento clásico. Consiste en ligar la arteria menos cerca de su origen, no ya por debajo sino por encima del digástrico. Se hace una incisión ligeramente convexa hacia abajo á un dedo por debajo de la mandíbula, que nos conduce sobre la cara interna de la glándula submaxilar (primer punto de referencia). Se aísla ésta hasta su borde inferior, se la separa y levanta.

En este momento se distingue el tendón del digástrico formando los dos bordes inferiores de un triángulo, del cual el hipogloso mayor forma la base. En el área de este triángulo se encuentran las fibras verticales del hiogloso. Se incinde con precaución y transversalmente las fibras de este músculo y se encuentra con seguridad la arteria. Este procedimiento es mucho más fácil que el precedente.

Apreciación.—Colomb, á últimos del siglo pasado, practicó esta operación y la abertura del saco por un aneurisma de esta arteria. Liston ligó las dos linguales, esperando curar de este modo una hipertrofia de la lengua; Flaubert, Mirault, Roux, Roser (3 casos), Bruns y Tiersch (2 casos) recurrieron á esta ligadura tratando con ello de curar el cáncer de la lengua algunas veces; pero las más, con objeto de prevenir la hemorragia durante su extirpación. Excepto uno de los 2 enfermos de Tiersch, que murió al oncenavo día, ninguno de los demás operados sucumbió por causa de la ligadura.

Hoy día, que está completamente demostrado que la ligadura de la arteria principal de una región no puede curar un cáncer en

ella desarrollado, y que por otra parte podemos disponer del estrangulador lineal y de la galvanocáustica, no encontramos indicación alguna para la ligadura de la lingual; y si se ofreciera el caso de una hemorragia en la región suprahioidea ó sublingual, sería preferible ligar la carótida externa. Sólo en los casos de ablación de una gran parte de la lengua, está indicada esta ligadura para prevenir la hemorragia durante y después de la operación.

XIII.—Ligadura de la tiroidea superior

La tiroidea superior ha sido ligada cuatro veces por Morgan, Butcher, Tiersch y Jameson, por hemorragias consecutivas de heridas de la región que ocupa. He podido recoger 31 casos de ligadura practicada con objeto de curar el bocio ó tumores vasculares del cuerpo tiroides. Al hacer la historia de estas enfermedades, examinaré el valor terapéutico de semejante operación; me limitaré á decir por ahora, que en ningún caso ha dado resultado beneficioso; que muchas veces ha ido seguida de hemorragia y que en 7 casos la muerte ha sido su consecuencia. Esta ligadura apenas la han puesto en práctica los cirujanos franceses. Si de todos modos se quisiese recurrir á ello, lo que, sin embargo, no podemos aconsejar, se podría descubrir la arteria en su origen por los mismos procedimientos que se emplean para la ligadura de la carótida externa.

XIV.—Ligadura de la arteria facial

Se encuentra la facial sobre la cara externa del maxilar inferior, por delante del masetero, alojada en una ligera depresión que se percibe con facilidad.

Para descubrirla, puede hacerse en este punto una incisión vertical ú horizontal paralela al borde inferior del maxilar. Se incinde sucesivamente la piel, el cutáneo, el tejido celular y luego se encuentra un cordón duro perpendicular al maxilar; se aísla la arteria de la vena que está detrás y se liga.

XV.—Ligadura de la arteria temporal

Nacida de la carótida externa al nivel del cuello del cóndilo, sale de la parótida y sube verticalmente entre el cóndilo y el con-

ducto auditivo. El nervio temporal superficial le separa de la vena, que está detrás.

Para ligarla cerca de su origen se practica una incisión vertical de tres centímetros entre el cóndilo y el tragus, se divide con la sonda acanalada el tejido celular y se aísla con cuidado la arteria, que se halla en contacto mediato con el cóndilo.

Si se quisieran ligar las ramas superficiales, sería sumamente fácil, puesto que sus latidos son perceptibles á simple vista.

XVI.—Ligadura de la arteria occipital

Nacida de la carótida externa al nivel de la facial y la lingual, pasa la occipital por debajo de la apófisis mastoidea y del esplenio, llega á la apófisis transversa del atlas y se distribuye por el cuero cabelludo.

La ligadura, operación puramente de anfiteatro, puede practicarse en dos puntos.

1.º *Cerca de su origen.*—Se hace una incisión que, partiendo del borde superior del cartílago tiroides, vaya á terminar á un centímetro por encima del ángulo de la mandíbula. Se busca el borde posterior del digástrico y un poco por detrás el hipogloso mayor. Entre los dos se encuentra la arteria.

2.º *Debajo de la apófisis mastoides.*—Se practica una incisión de cinco centímetros, empezando á un centímetro por debajo de la apófisis, prolongándose hacia atrás y arriba paralelamente al borde posterior de esta apófisis. En la misma extensión de la incisión se dividen el esterno-mastoideo y el esplenio, con el dedo se va en busca de la punta de la apófisis mastoidea y más profundamente de la apófisis transversa del atlas. Entre las dos y detrás del vientre posterior del digástrico se encuentra la arteria.

§ III.—LIGADURAS DE LAS ARTERIAS DEL SISTEMA AÓRTICO INFERIOR

I.—Ligadura de la arteria pedia

Si tiramos una línea recta desde la parte media del espacio intermaleolar hasta la posterior del primer espacio interóseo, tendremos trazada la dirección y extensión de la arteria pedia, que está situada entre el tendón del extensor propio del dedo grueso por dentro, y el primer haz del músculo pedio por fuera. Este haz del

pedio es el principal punto de referencia, y por consiguiente el primero que se debe buscar.

Se practica, pues, en la dirección indicada, una incisión de 3 centímetros que vaya á parar al primer espacio interóseo; dividida la piel, el tejido celular y la aponeurosis, se va en busca del primer haz del pedio. Una vez encontrado este punto de referencia, dividiendo á lo largo de su borde interno la hoja profunda de la



FIG. 174

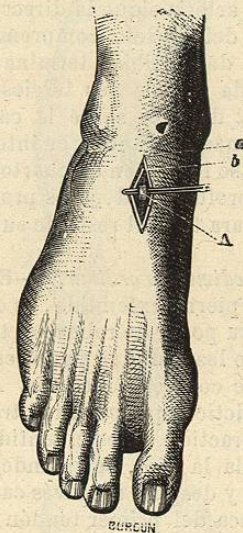


FIG. 175

LIGADURA DE LA ARTERIA PEDIA

1. Lig. anul. del tarso.—2. Extensor pr. del dedo grueso.—3. Extensor com. de los dedos.—4. M. Pedio.—A. Arteria pedia.—b. Nervio. a. Piel.—b. Aponeurosis.—A. Art. pedia.

vaina de este músculo, se cae sobre la arteria, que va acompañada de sus dos venas colaterales y más hacia afuera, de un filete del nervio tibial posterior. La sonda acanalada se pasa de dentro á fuera.

Algunos cirujanos hacen la incisión paralela al eje del segundo metacarpiano, incisión que cruza ligeramente la arteria y con la cual se encuentra ésta con la misma facilidad.

La ligadura de esta arteria es puramente una operación de an-