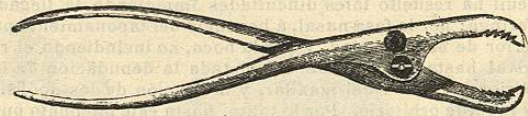


La *resección parcial del maxilar superior* puede alcanzar porciones muy diversas de este hueso. El borde alveolar podrá ser resecado por causa de cancroides, épulis y exostosis; el borde orbitario, por

respetar el nervio infraorbitario, nervio sensitivo y trófico de la cara, á fin de conservar á esta parte su sensibilidad y su integridad nutritiva. Mas el modo como se procede para conseguir este objeto capital tiene por otra parte la ventaja de dejar un tripode óseo que, sirviendo de sostén á las partes blandas, evita el aplanamiento del carrillo y el ectropión, consecuencias comunes de los demás procedimientos. Por fin, Letiévant no empieza la incisión más arriba de la parte superior del ala de la nariz, con objeto de reducir todo lo posible la cicatriz facial.

Procedimiento de Letiévant. Primer tiempo.—Incisión de Nélaton empezando á 15 milímetros por debajo del ángulo interno del ojo y sin el corte transversal infraorbitario. Disección del colgajo de abajo arriba, dejando al descubierto la cara anterior del maxilar hasta el reborde infraorbitario.

Segundo tiempo. Levantado por completo el colgajo, con el escoplo y el martillo y á pequeños golpes se labra una muesca en el reborde orbitario, haciendo de manera que su vértice se abra en la terminación del conducto infraorbitario. Sencillamente con unas pinzas se levanta la restante pared superior



Gatillo de Farabeuf.—Es el mejor para la basculación del maxilar superior

de este conducto á lo largo del suelo de la órbita. Con esto queda al descubierto el nervio, que, cogiéndolo con una erina obtusa junto con sus vasos satélites, se aplica á la cara profunda del colgajo geniano.

Tercer tiempo. Con el escoplo y á partir del labio interno de la sobredicha muesca, se practica una sección ósea en virtud de la cual el cuerpo del maxilar queda separado de la apófisis ascendente por división de la base de ésta, quedando en la parte superior de la sección una aguja ósea formada por esta base y la porción correspondiente del reborde orbitario. Igual sección se practica á partir del labio externo de la muesca, con objeto de separar el pómulo del maxilar, y quedando asimismo otra aguja ósea formada por la porción malar del reborde orbitario y el pómulo mismo. El borde alveolar y la bóveda palatina se seccionan también con el escoplo; pero el primero, á partir del canino correspondiente hasta el conducto palatino anterior, para dejar el hueso incisivo, y la segunda en la línea media, desde este último punto hasta el borde adherente del velo del paladar.

Quinto tiempo. El cuerpo del maxilar sólo queda adherido á la apófisis terigoides. Previa sección de dentro á fuera del borde adherente del velo del paladar, se rompen aquellas adherencias por el procedimiento ordinario.

Cuando la operación sea motivada por tumores malignos que interesen el hueso en cuestión, raras veces será aplicable este procedimiento; pero tiene recomendables ventajas en los casos de resección por osteitis ó necrosis y en la preliminar para la avulsión de los pólipos nasofaríngeos.

Lo mismo podemos decir del *procedimiento subperióstico* de Ollier.

Sea cual fuere el procedimiento empleado, si la naturaleza de la lesión per-

cánceres del párpado inferior, exostosis y tumores de la órbita; la pared anterior, por tumores del seno maxilar; la bóveda palatina, para permitir la extirpación de los pólipos nasofaríngeos.

Podremos resecar el borde alveolar sin incisión alguna en la piel, ó practicando una que caiga sobre la parte media del labio superior, rodeando el ala de la nariz sin pasar más allá de los límites de ésta. La sección del hueso podrá hacerse sin otro instrumento que las cizallas.

La resección del borde orbitario exige casi las mismas incisiones que la resección total; en este caso la incisión de Langenbeck sería la mejor.

La resección parcial comprende muy á menudo todo el maxilar, excepto la apófisis malar y el borde orbitario. La sección del hueso podremos practicarla con cizallas fuertes.

La resección del maxilar superior es de una notable benignidad, tanto que Gensoul la practicó ocho veces sin haber perdido uno solo de sus operados, y luego veremos que esta benignidad se extiende hasta la resección del maxilar de uno y otro lado á la vez.

La *resección de la bóveda palatina* con objeto de facilitar la extirpación de los pólipos nasofaríngeos, la estudiaremos al ocuparnos de las operaciones que se practican con motivo de estos pólipos, y lo mismo haremos respecto de las *resecciones temporales del maxilar superior*.

V.—Resección de los dos maxilares superiores

J. F. Heyfelder practicó esta operación trazando, por cada lado de la cara, la incisión curva de Velpeau, disecó y levantó después sobre la frente el vasto colgajo resultante, y atacó los huesos como en la resección de uno solo, con la única diferencia de que, en vez de cortar el suelo óseo de las fosas nasales, cortó horizontalmente el vómer é hizo bascular los dos huesos á la vez. Sin embargo, en un caso vióse obligado á separarlos para hacerlos bascular aisladamente. En la cuarta operación de este género que practicó J. F. Heyfelder, trazó una incisión en la línea media, que dividía en dos mitades la nariz y el labio superior; sobre ésta trazó una segunda

mite conservar la mucosa gingivopalatina, antes de proceder á la sección del borde alveolar y de la bóveda, se la despejará con la legra, lo mismo que al borde adherente del velo del paladar. A este fin, no se la divide en la línea media sino costeando el borde alveolar y se la desprende de fuera á dentro. Sujeto al carrillo este colgajo palatino, á beneficio de algunos puntos de sutura, restablece la separación entre las cavidades bucal y nasal.

en dirección transversal, desde el ángulo interno del ojo izquierdo al mismo del derecho.

Practicaron esta doble resección: Dieffenbach, Maisonneuve (dos casos), Jüngken, Langenbeck, Esmarch y J. F. Heyfelder (4 casos); de todos estos operados, únicamente murieron el primero de Maisonneuve y el cuarto de Heyfelder. El de Dieffenbach murió de apoplejía y otros tres por recidiva del cáncer á los seis, quince y veintitrés meses respectivamente. Parece que los otros cinco operados curaron.

VI.— Resección del maxilar inferior

Dupuytren fué el primero que practicó la resección del cuerpo de este hueso en 1812; más tarde ya se resecó la mitad de la porción horizontal; después, toda esta porción, no dejando del hueso más que la parte superior de las dos ramas; luego se prolongó hasta la desarticulación de una de sus ramas, y por último, se ha llegado á extirparlo todo desarticulándolo por ambos lados. Pero esta última operación pertenece á las resecciones articulares, por cuyo motivo nos ocuparemos en este capítulo únicamente de las tres primeras especies.

1.º *Resección del cuerpo del hueso; procedimiento de Dupuytren.*— Sentado el enfermo como para la resección del maxilar superior, el cirujano empieza por dividir, de arriba á bajo y en la línea media, el labio inferior en todo su grosor hasta la base de la mandíbula, y después de haberse asegurado con el índice izquierdo de la situación del hioides, prolonga hasta su nivel la incisión, que no debe profundizar más allá de la piel y el tejido celular. Resultan de esto dos colgajos, que se disecarán por uno y otro lado hasta más allá de los límites del mal, siempre rasando el hueso, para evitar las arterias labiales. Vueltos hacia fuera y sostenidos estos colgajos por ayudantes, se incide el periostio en los puntos en que debe aplicarse la sierra, y después de haber marcado bien los límites de la resección, se extrae de cada lado el diente que coincide con estos límites, para facilitar la acción de la sierra. Cogiendo entonces el operador una muy fina sierra de mano ó una de cresta de gallo, se coloca detrás del enfermo para serrar el hueso, posición que favorece mucho esta maniobra, mientras que, permaneciendo delante, al contrario, el extremo de la sierra entra en la boca y choca contra la bóveda palatina, circunstancia que dificulta considerablemente la operación. El empleo de la sierra de cadena facilita mucho la operación y permite estar enfrente del enfermo que

se opera. Por lo demás, para preservar la nariz y el labio superior, puede colocarse una lámina de plomo, cartón ó una gruesa compresa. Una vez serrada la porción de hueso enferma, el cirujano, colocándose de nuevo delante del operado, la coge con la mano izquierda, pasa el bisturí recto de abajo arriba, rasando el hueso por su cara posterior y cortando de izquierda á derecha los tejidos blandos que en ella se adhieren, mientras que un ayudante separa la lengua con una espátula ú el pabellón de una sonda acanalada. Con esto queda hecha la operación. Falta únicamente aproximar los colgajos al hueso y reunirlos por sutura, dejando, sin embargo, en el ángulo inferior, espacio suficiente para poder colocar una mecha de hilas que favorezca la libre salida del pus, en caso de que la herida, en vez de unirse por primera intención, llegase á supurar.

Quando la resección ósea sea tan extensa que obligue á escindir una porción de la piel, comprenderemos el colgajo que se haya de separar entre dos incisiones que formen una V y vengán siempre á reunirse en la línea media.

Si la afección fuese tan extensa que la incisión longitudinal no bastara, la convertiríamos en crucial, añadiéndole una segunda que corriese á lo largo de la base de la mandíbula.

Las arterias submentonianas, labiales y linguales dan por lo general poca hemorragia, y para cohibirla, bastará que el ayudante aplique el dedo encima de la abertura, ó procederíamos á su ligadura á medida que aparecieran divididas.

Un accidente mucho más grave es la retrocesión de la lengua después de haber cortado sus inserciones al maxilar, porque con este movimiento, al caer sobre la faringe, ocluye la laringe con la epiglotis, produciendo una asfixia inminente, tanto que, según dice Bégin, Lallemand se vió obligado, para salvar á uno de sus enfermos, á practicar la laringotomía. Hoy día sería reprochable recurrir á este medio, porque se sabe que este accidente queda remediado cogiendo la lengua con una erina y atrayéndola hacia adelante. No obstante, Delpech ha tratado de prevenirlo recurriendo á un procedimiento especial que vamos á describir.

Procedimiento de Delpech.— Antes de serrar el hueso, se introduce detrás de él un bisturí, y por esta incisión se hace pasar un gorjete de madera para proteger los tejidos blandos; otro gorjete se coloca de modo que proteja la lengua y el labio superior. Una vez serrado el hueso, no se procederá al desprendimiento de sus inserciones, hasta después de haber cogido la punta de la lengua con una erina doble que se confía á un ayudante. Al practicar después la sutura, se hace pasar un asa de hilo á través del frenillo de la lengua, ó, si no se cree esto suficiente, se pasa á través de los

músculos suprahioides; asa que atraviesa igualmente los bordes de los colgajos cutáneos, si es la sutura entrecortada la que se aplica, ó se sujeta en una de las agujas si se ha preferido la ensortijada. Delpech, en una operación de este género, atravesó la punta de la lengua con un hilo de oro y lo fijó en los dientes inmediatos; el tejido comprendido en el asa fué seccionado paulatinamente por el hilo, pero en ocasión en que la adherencia de los tejidos era ya suficiente para que no pudiera temerse el accidente que se trataba de prevenir.

Se ha intentado llevar á cabo la resección lesionando menos los tejidos blandos.

Los procedimientos ordinarios dejan una cicatriz en la línea media, y Gensoul ha observado que esta línea de tejido inodular, que se extiende desde el labio al hioides, al retraerse, llega á invertir el labio y á aplanar el mentón nuevamente formado. En su consecuencia, dicho cirujano practicaba una incisión en uno de los lados de la barba, para evitar á ésta los efectos de la retracción consecutiva. Esta incisión tiene, sin embargo, el inconveniente de dejar en la cara una cicatriz que afea bastante.

Procedimiento de Malgaigne (sin incisión de la piel).—Consiste en desprender de arriba abajo y en toda su longitud, el labio inferior, incindiendo en el fondo del surco que lo separa de las encías, y rasando el hueso hasta algunos milímetros más abajo del mentón. Hecha esta disección, se coloca el colgajo debajo de la barba, la prominencia de ésta lo sujeta y queda al descubierto el hueso para proceder á su sección con la sierra ordinaria, ó, lo que es aún más cómodo, con la de cadena; no obstante, algunos cirujanos se han servido para ello de unas cizallas fuertes. Vuelto después el colgajo á su sitio, no es precisa la aplicación de ningún apósito especial, y la deformidad es menos marcada que por ninguno de los demás procedimientos conocidos.

No puede obrarse así más que en los casos en que se quiera resear únicamente la parte media del hueso, y aun en este caso creo que la operación no será nada fácil.

Cuando se quita una porción considerable del cuerpo del hueso, con la aproximación de las dos porciones laterales se estrecha excesivamente el suelo de la boca y se rechaza la lengua hacia atrás; causa inminente de asfixia, que los operadores han debido prevenir fijando la lengua á las partes blandas exteriores por medio de un punto de sutura especial. Rigal (de Gaillac), al comunicarle Malgaigne su procedimiento, emitió la idea de mantener separadas las dos porciones del hueso por el intermedio de un cuerpo extraño, como por ejemplo una plancha ó cuña de plomo ó marfil, con objeto de conservar la amplitud primitiva de la boca por lo

menos durante los primeros días siguientes á la operación, con lo cual tal vez más tarde se conservaría definitivamente, gracias á la formación de un tejido fibroso nuevo que llenara el vacío producido por la resección. Esta idea, sin duda ingeniosa, fué puesta en práctica por un dentista de Lión de la manera siguiente: Dispone de un pedazo de marfil que tenga la forma y poco más ó menos las dimensiones de la parte que se quiere quitar con dos puntas de acero en uno de sus extremos. En el otro extremo hay un fragmento más pequeño de la misma forma deslizándose sobre dos correderas interiores, pudiendo alejarse ó aproximarse á la pieza principal, con lo que se aumenta ó disminuye á voluntad su longitud. Una rosca oblicua puesta en movimiento por una llave de reloj regula esta separación. Esta pieza pequeña lleva también dos puntas en su extremo libre. Una vez terminada la operación, se reemplaza el hueso resecado por la pieza de marfil y se separan las dos partes por medio de la rosca. Las puntas penetran en las superficies de sección del maxilar y mantienen así separados los fragmentos durante todo el tratamiento.

2.º *Resección de la mitad de la porción horizontal.*—Para practicar esta operación, se han combinado de diversos modos las incisiones exteriores. J. Cloquet trazaba un colgajo de base inferior limitado por una incisión horizontal, á partir de la comisura de los labios, y otras dos verticales, una que, empezando en el borde libre del labio, terminaba en la base del hueso, y la otra costeaba por detrás la rama ascendente del hueso hasta un poco por debajo de su ángulo. Mejor sería, á imitación de Cusack, cortar el colgajo en sentido inverso, de manera que la incisión horizontal correspondiera debajo de la base de la mandíbula, pues que de este modo evitaríamos la cicatriz transversal de la mejilla y el colgajo se colocaría por su propio peso sobre la herida.

Malgaigne ha procurado evitar la cicatriz vertical por el procedimiento siguiente:

Procedimiento de Malgaigne.—Practica una incisión semilunar costeando la rama del hueso por detrás desde la oreja hasta el ángulo de la mandíbula, desde donde sigue por debajo de la base de la misma hasta cerca del mentón. Diseccionado el colgajo y levantado hacia arriba y adentro, se sierra el cuerpo del hueso según los procedimientos anteriormente descritos, y separándolo en seguida un poco hacia afuera, no sería difícil serrar el otro extremo del fragmento que se trata de separar.

Operando así, indispensablemente se divide por delante la arteria maxilar externa que, por otra parte, es fácil cogerla y ligarla. Es preciso recordar que la carótida externa está á veces muy pró-

xima á la rama de la mandíbula; circunstancia que obliga doblemente á separar ésta hacia afuera en el momento de desprender las partes blandas, operación que debe hacerse rasando inmediatamente la cara interna del hueso.

Algunos cirujanos han aconsejado trazar el colgajo de modo que no comprenda más que la piel y los músculos cutáneos, y al mismo tiempo escindir el masetero á la misma altura que el hueso; pero ningún motivo razonado abona este proceder, y, al contrario, lo que conviene es dejar en este lado de la cara todo el espesor posible de tejidos, y por consiguiente conservar cuanto se pueda del masetero.

3.º *Resección de toda la porción horizontal.*—Seguramente que el mejor procedimiento para las incisiones exteriores sería continuar hacia el otro lado de la mandíbula la incisión semilunar que acabamos de describir para la operación en un solo lado. También en este caso sería posible levantar directamente el colgajo único, dejando así expedita la maniobra de la sección del cuerpo del hueso; sección que permite la separación hacia afuera de cada una de las dos ramas y separarlas con facilidad.

En las operaciones del maxilar inferior conviene hacer lo posible para evitar que penetre sangre en la boca; esto es lo que Verneuil ha procurado conseguir haciendo la mayor parte de las operaciones sin interesar la parte libre del labio y de la mucosa bucal.

Por otra parte, si se trata de una necrosis y no de un cáncer, debe procurarse conservar el periostio, que dará más tarde cierta solidez á la parte privada del hueso normal: estas dos indicaciones las cumple el siguiente procedimiento, que es el que por lo general se emplea hoy día.

En la fosa mentoniana, cerca de la línea media y sin interesar la cara interna del labio, se practica una incisión vertical descendiendo hasta por debajo del borde inferior del maxilar. De este punto se hace partir una incisión horizontal siguiendo el borde inferior del hueso, incisión que se prolonga más ó menos más allá del ángulo, siguiendo siempre el maxilar. Después de esto, se diseca este colgajo y se denuda el hueso en toda su cara anterior con la legra, pero de manera que no se interese la mucosa bucal. Igual denudación se practica en la cara posterior, siempre deteniéndose en la mucosa. Se perfora la mucosa, se pasa la sierra de cadena y se sierra el hueso en el punto extremo que debe comprender la resección. Se repite lo mismo en el otro extremo, y luego cogiendo el hueso con un gatillo y desprendiendo la mucosa, se extrae el fragmento. De este modo la cavidad bucal no se abre hasta el final de la operación.

La gravedad de la operación depende sobre todo de la naturaleza

de la enfermedad que la motiva. Las operaciones por cáncer, por ejemplo, dan pocas probabilidades de éxito, porque casi siempre van seguidas de una recidiva rápida.

ARTÍCULO III

DE LAS RESECCIONES ARTICULARES

Las estudiaremos sucesivamente en el tronco, en las extremidades superiores, y por último, en las inferiores.

§ I.—RESECCIONES ARTICULARES DEL TRONCO

Más arriba hemos hablado ya de la resección del apéndice cifoideas; Van Onsenoort extirpó el coxis cariado practicando una incisión en T invertida. Verneuil practicó muchas veces esta resección en las distintas operaciones destinadas á corregir la imperforación congénita del recto. Pero casos de esta naturaleza son extraordinariamente raros y la resección articular que más comunemente se practica fuera de las extremidades, es la del maxilar inferior, ya de una mitad, ya de todo el hueso á la vez.

I. — Resección articular de una mitad del maxilar inferior

El primero que practicó esta operación fué Palmi (de Ulm), en 1820; le imitó Graefe, en 1821, Mott en 1822, y después muchos otros cirujanos. Poner el hueso al descubierto en su cara exterior, no ofrece dificultad alguna; pero su cara interna tiene relaciones que merecen un estudio muy detenido.

Ya hemos visto anteriormente que al resecar la porción horizontal de este hueso debíamos tomar en cuenta que la arteria carótida externa algunas veces costea el borde posterior de la mandíbula. Un poco más arriba, se encuentra el nervio dentario inferior en el momento de penetrar en el conducto dentario, nervio que inevitablemente será cortado con la pequeña arteria que le acompaña; un poco más hacia adentro que éste se encuentra el nervio lingual, y para salvarlo de la acción del instrumento será necesario pasar éste rasando muy exactamente la cara interna del hueso, precaución que, olvidada una vez por Lisfranc, costó al enfermo la sección del nervio de que hablamos. Finalmente, más