

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

arriba se encuentra la arteria maxilar interna, que, nacida de la carótida externa al nivel del cuello del cóndilo, pasa por debajo de éste antes de colocarse entre los dos músculos pterigoideos. Se encuentra en este punto tan inmediata al hueso, que los primeros operadores, temiendo herirla, comenzaron por ligar la carótida, precaución que es absolutamente innecesaria. En efecto, desde el

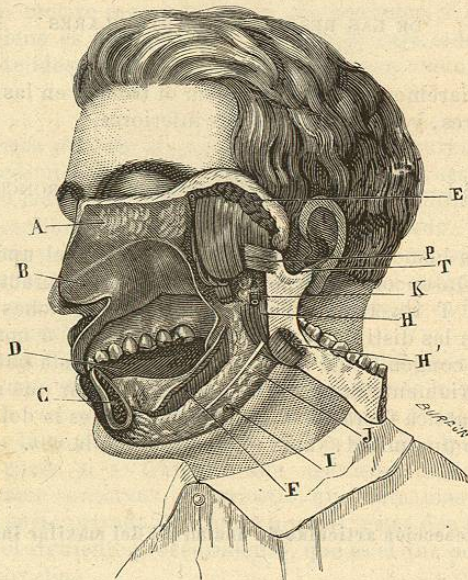


Fig. 218

RESECCIÓN DEL MAXILAR INFERIOR

A, Partes blandas que cubren el maxilar inferior.—B, Labio inferior.—C, Sección del maxilar inferior.—D, Lengua.—E, Masetero cortado y levantado con la piel; por delante se ve el extremo superior de la arteria facial.—F, Buccinador cortado.—H, Parte posterior del pterigoideo interno.—H', Su parte media y exterior seccionada.—I, Art. facial.—J, Nervio lingual.—K, Art. dent. inf.—P, Pterigoideo externo.—T, Apóf. coronoides.

momento que están seccionados el tendón del temporal y el ligamento lateral externo, que, propiamente hablando, es el único ligamento de esta articulación, nada es más fácil que producir la luxación del cóndilo hacia adelante y afuera, con lo cual queda entre el vaso y el hueso espacio más que suficiente para que el instrumento pueda, sin peligro de herir á aquél, desprender las partes blandas que á éste se adhieren.

Procedimiento operatorio.—Se practica en la parte media del labio inferior una incisión que concluye al nivel del borde inferior del maxilar, y desde este punto parte una segunda que costea este mismo borde desde la sínfisis hasta el ángulo de la mandíbula. Esta segunda incisión es suficiente en el cadáver, pero no en el vivo; y si el tumor es muy voluminoso, es necesario continuarla hasta la apófisis zigomática pasando por delante del trago, con lo cual quedan divididos: el nervio facial, la arteria del mismo nombre y el conducto de Stenon.

Después de haber disecado, siempre rasando el hueso, y levantado el colgajo, se sierra el cuerpo de éste, y tirando hacia afuera la mitad que se trata de desarticular, se denuda su cara interna, también rasando el hueso con objeto de conservar íntegro el nervio lingual; esta operación se suspende al llegar debajo del cuello del cóndilo, y si en este momento se hace descender la apófisis coronoides y se desliza por detrás un bisturí obtuso de corte cóncavo, ó mejor, unas tijeras curvas por su plano, se podrá cortar de dentro á fuera el tendón del temporal. Con esto, ya no falta más que atacar la articulación, para lo cual se empieza tirando hacia adelante el cóndilo, para cortar el ligamento externo; se luxa después hacia afuera, para cortar con las tijeras toda la porción restante de la cápsula, y por último, se termina pasando por detrás del cuello un bisturí obtuso, para cortar el pterigoideo externo.

Maisonneuve propuso y ha puesto en práctica una modificación en el manual operatorio que facilita mucho el último y más difícil tiempo de la operación, que es indudablemente la desarticulación. Después de haber desprendido con la uña ó la extremidad de unas tijeras cerradas las inserciones del masetero y del pterigoideo interno, deprime fuertemente el maxilar hacia abajo, y corta con las tijeras curvas el tendón del temporal, é imprimiendo luego al hueso un movimiento de báscula hacia abajo y al mismo tiempo de torsión, despega el hueso del periostio y lo arranca sin que con ello resulte abierta la articulación. Este procedimiento tiene la ventaja de poner al abrigo de la herida de la maxilar interna y de abreviar mucho la operación; pero en cambio tiene el inconveniente de exponer á la fractura del hueso el nivel del cóndilo, accidente que es de presumir ocurra cuando el hueso está afectado de cáncer, y que en todos los casos sería una verdadera complicación. Si tal sucediera, sería preciso cogerlo con un gatillo para arrancarlo, y si esto fuese muy difícil, se facilitaría dividiendo verticalmente por su cara anterior la cápsula articular.

Esta operación es mucho más grave que las resecciones en la continuidad. De los tres primeros operados, sucumbieron dos; pero entiéndase, sin embargo, que, como medida preventiva, había sido

previamente ligada la carótida. Koch menciona cuatro casos de Cusack, de los cuales curaron tres, y á renglón seguido otros dos, uno de Aderson y otro de Dzondi, ambos terminados por la muerte. Con todo, sería útil extender más esta estadística, pero á condición de hacer un examen muy escrupuloso de todos los casos, porque no siempre han pecado por exactas estas relaciones.

II.—Ablación total del hueso maxilar inferior

No puedo decir con certeza quién fué el primero que practicó esta operación. Según Lisfranc, débil autoridad en asuntos de esta índole, fué Walther (de Bonn); Carnochan, que la practicó en 1851, reclamó la prioridad que otros conceden á Mac-Clellan, Stanley, Ganweski, etc.

El procedimiento aconsejado por Lisfranc consiste en cortar un colgajo superior limitado por dos incisiones verticales á lo largo de los bordes posteriores del hueso, unidos sus extremos inferiores por otra horizontal siguiendo la base del mismo; seguidamente se procede á la doble desarticulación. A mi entender, este último momento quedaría muy simplificado si, serrando previamente el hueso en su parte media, se procediese á desarticular primero un lado y después el otro, siguiendo en todo las reglas de la resección unilateral.

Así lo hizo á corta diferencia Carnochan, sólo que sus incisiones verticales pasaban por delante de la articulación, cortando, sin necesidad alguna, los dos conductos de Stenon, y además en la incisión de la base, en lugar de hacerla horizontal, hizo converger sus dos mitades formando ángulo encima del mentón á unos 12 ó 13 milímetros del borde libre del labio. Este pequeño ángulo de piel debía servir para introducir por él una doble ligadura que comprendiera al mismo tiempo la parte anterior de la raíz de la lengua, con objeto de evitar la retrocesión de este órgano, ligadura que, después de reunido el colgajo por medio de la sutura, se fija en definitiva en un *vendaje colocado verticalmente alrededor de la cabeza*, explicación que tiene mucho de oscura. Esta ligadura pudo quitarse al séptimo día y á los catorce estaba el sujeto curado.

Me permitiré hacer sobre este caso únicamente dos observaciones. La enfermedad que motivó la operación fué la necrosis de la porción horizontal del hueso; y en este caso, ¿era indispensable la ablación completa? Por lo menos será permitido dudarlo. En segundo lugar, la porción necrosada estaba casi enteramente des-

prendida de su periostio en la línea media, y debía por lo menos hacerse lo posible para conservar este periostio, sobre todo por dentro, porque no sólo hubiera sido el mejor medio de fijación de la lengua sino que hubiera servido de base al hueso nuevo.

Este consejo es en este punto tan oportuno cuanto que la resección total se ha practicado sobre todo en casos de necrosis y más especialmente aún de necrosis fosfórica, como se ve en las observaciones de Langenbeck, Ried, Pitha, Ward y Günther. La resección total ha sido puesta en práctica por J. F. Heyfelder (3 veces), Esmarch y Maisonneuve, por causa de caries ó cánceres, como la del maxilar superior. La mortalidad resultante de esta resección no es mucha; de los 15 casos mencionados por Heyfelder, uno solo terminó por la muerte; sin embargo, es justo consignar que en muchas observaciones se trataba evidentemente de la extracción de un secuestro más que de una verdadera resección.

§ II.—RESECCIONES ARTICULARES DEL MIEMBRO SUPERIOR

I.—Resección de las falanges

La extremidad inferior de la falange del pulgar ha sido muchas veces resecada en casos de luxación complicada é irreductible de la falangeta, y como en tales ocasiones el hueso queda al descubierto por el hecho mismo de la luxación, no será difícil cortarlo con unas fuertes tenazas incisivas.

Las falangetas necrosadas pueden á veces extraerse sin lesión alguna de las partes blandas; así en los casos de panadizo con necrosis de la falangeta bastarán para ello algunas tracciones con las pinzas á través de la abertura fistulosa que comunmente se establece en la extremidad del dedo.

Butcher extrajo la falangina cariada de un índice que había perdido antes su falangeta por gangrena, y sin embargo, asegura que el dedo quedó muy utilizable.

La ablación de la falange del pulgar conservando la falangeta, permite á ésta movimientos bastante extensos. Velpeau separó en fragmentos esta falange necrosada; y Butcher, encontrando en un caso de aplastamiento de la misma íntegros los tendones, dilató la herida y extrajo las porciones restantes del hueso. Finalmente, Manec tuvo ocasión de aplicar un procedimiento más regularizado: practicó una incisión longitudinal en el borde interno del pulgar y extrajo la falange en dos fragmentos: Verneuil examinó este dedo tres años después de la operación; el acortamiento del pulgar era