

ancha, ó también para los que se insertan en la membrana del tímpano. Con este objeto se han ensayado el nitrato de plata, la potasa cáustica y el cloruro de zinc; Nélaton empleó la pasta de Canquoin aplicada en el centro del tumor, aproximadamente en la forma y volumen de una lenteja, procurando antes llenar el con-

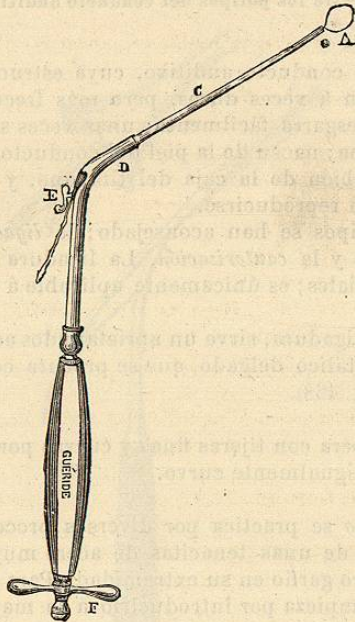


FIG. 468

APRIETANUDOS PARA LOS PÓLIPOS DEL OÍDO

A, asa del hilo.—E, ganchito al cual se ata el hilo

ducto auditivo con algodón bien apretado, á fin de ponerlo á cubierto de la acción del cáustico.

Debemos repetir que no es lo más difícil extirpar el pólipo; lo es mucho más impedir su reproducción. La cauterización del pedículo empleada como medio auxiliar después de la mayor parte de los procedimientos, no siempre da buen resultado; por esto se ha puesto en práctica la compresión, ya por medio de la esponja, ya con una cánula de madera ó metal, y aún así, casos se ven tan rebeldes, que el cirujano se ve precisado á desistir.

He tenido ocasión de observar un caso de pólipo canceroso del

oído, y lo destruí por la cauterización con la pasta de Canquoin colocada en el interior de una pluma de ave, de la cual recorté la porción correspondiente al punto que debía sufrir la cauterización. No me fué posible alcanzar el punto de origen del mal, que más tarde invadió las células mastoideas, el oído interno y llegó á salir á través de la piel por detrás del pabellón.

VII.— Perforación de la membrana del tímpano

Intentada por primera vez por Cheselden, puesta en práctica por Eli, reproducida y regularizada por A. Cooper, abandonada más tarde, y últimamente rehabilitada por Bonnafont, Gruber, etc., la perforación del tímpano se practica en los casos de obstrucción de la trompa de Eustaquio, miringitis y supuraciones del oído medio. Se practica por punción, por los cáusticos ó por escisión.

1.º *Punción. Procedimiento de A. Cooper.*—Este cirujano se sirve de un pequeño trócar curvo, cuya punta excede todo lo más 3 milímetros de la extremidad de la cánula. Colocado el enfermo de manera que la luz solar penetre directamente en el conducto auditivo, el cirujano, sentado, con una mano tira del pabellón de la oreja hacia arriba y atrás con el objeto de enderezar cuanto posible sea la corvadura de este conducto, y, cogiendo el trócar como una pluma de escribir y de manera que la punta esté enteramente oculta en el interior de la cánula, lo dirige hacia la parte anterior é inferior de la membrana del tímpano; en el momento que se pone en contacto con ésta, empuja la punta del trócar para atravesar la membrana. Los vasos que con esta operación se interesan, son de ínfimo calibre, y por lo tanto apenas dan sangre, de manera que una hemorragia algo regular es indicio de haber sido interesadas otras partes. Cuando la operación ha de dar buen resultado, el enfermo recobra el oído inmediatamente.

Esta punción se limita á producir una pequeña abertura sin pérdida de sustancia, por lo cual es fácil que se oblitere. No parece más ventajoso el proceder de Buchanan, quien empleaba un trócar cuadrangular y le daba vueltas sobre su eje en la herida de derecha á izquierda y viceversa. Para esto se han ideado los procedimientos siguientes:

2.º *Cauterización.*—Richerand propuso, á este fin, el nitrato de plata, y Ménière ha adoptado este proceder. Se vale para ello de un cilindro muy puntiagudo de nitrato ligeramente humedecido; este cilindro, impulsado contra la membrana del tímpano, la atra-

viesa sin dificultad alguna, y practica una abertura cuyos bordes no tienen la menor tendencia á reunirse. En ningún caso este práctico ha visto que á consecuencia de esta operación se desarrolle una flogosis muy intensa.

3.º *Escisión*.—Himly fué el primero que imaginó un sacabocados, pero dejaba mucho que desear; no obstante, más tarde lo perfeccionaron Fabrici (de Módena) y Deleau. El instrumento ideado por este último cirujano consiste en una cánula de extremidad cortante, que encierra un eje labrado en forma de sacacorchos y termina en un pequeño disco, cuya circunferencia ofrece igualmente un filo que corresponde con el de la cánula. Aplicado el instrumento sobre la membrana del tímpano, se impele el trócar por un movimiento de rotación para que atravesase la membrana á manera de sacacorchos; cuando ha llegado á 2 ó 3 milímetros más allá de ésta, se afloja un resorte que aproxima con fuerza el disco cortante contra la cánula, y escinde de este modo una porción circular de la membrana del tímpano.

Cualquiera que sea el método empleado, la abertura que se practica en la membrana del tímpano tiene siempre gran ten-

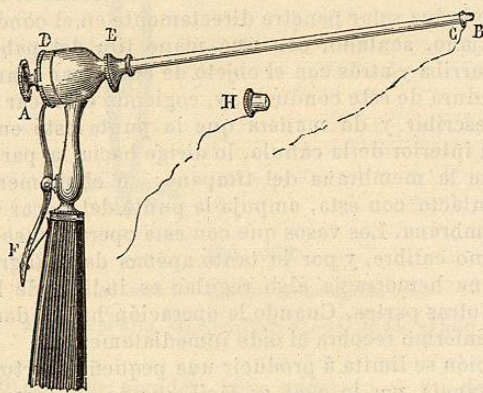


Fig. 469

Perforador de Bonnafont

dencia á obliterarse, por lo cual Bonnafont ha procurado colocar en ella una pequeña cánula permanente. El instrumento de que se sirve se compone de dos cánulas, una envolvente EC y otra encerrada en el interior de ésta, y cuya extremidad libre B es cortante y puede recibir un movimiento de rotación muy rápido por medio

de un resorte encerrado en el cubo D, que se arma dando vueltas al botón A y se dispara apretando el pedal F (fig. 469).

La cánula B, empujada contra la membrana, la perfora, y en la abertura se introduce un pequeño ojete (H) que se deja colocado. Bonnafont afirma haber alcanzado de esta operación excelentes resultados, sin que la presencia del cuerpo extraño, que queda engastado en la membrana, haya determinado jamás el menor accidente (1).

VIII.—Perforación de las células mastoideas

Esta operación la indicó Riolan para el tratamiento de la sordera, y bien pronto la pusieron en práctica Jossier y algunos otros cirujanos; pero no tardó en ser generalmente abandonada; todo lo más podría estar indicada en los casos de sordera por obliteración del conducto auditivo; tendría, no obstante, el inconveniente de que sería muy difícil mantener la abertura artificial. En ningún otro caso estará indicada esta operación, si no es con el objeto de

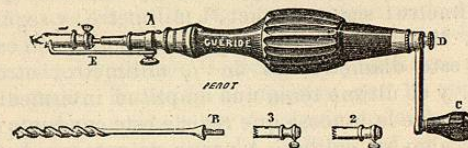


FIG. 470

Trépano para la perforación de la apófisis mastoideas

evacuar un absceso formado en las células mastoideas. Conviene recordar que en las primeras edades no existen semejantes células, y que las mayores corresponden un poco por delante de la apófisis mastoideas, á 15 ó 18 milímetros de su vértice.

(1) Si difícil es conservar una abertura artificial de la membrana del tímpano, no lo es menos la oclusión de su abertura patológica tanto que se la ha considerado hasta ahora como irremediable. No obstante, el primer hecho arriba mencionado y la riqueza vascular de esta membrana por una parte, y por otra los felices resultados de la ingertación en otras partes del cuerpo, han inducido á Berthold á hacer aplicación de este medio al caso mencionado. Ha dado á esta operación el nombre de *miringoplastia* y practicóla del modo siguiente: refrescó los bordes de la abertura, cerróla con un disco de tafetán, y á los tres días quitó éste á beneficio de una inyección, para cerrar de nuevo aquella con un colgajo de ingerto dérmico, manteniéndolo en su sitio con una bolita de algodón empapada en glicerina salicilada. El resultado fué completo en diferentes casos.

Decidida la operación, se empieza por poner al descubierto la cara externa de esta apófisis, como para la operación del trépano, y se aplica en el hueso una pequeña corona ó un perforativo en la dirección indicada; algunas veces ha sido suficiente un simple trócar. En caso de caries, nos serviremos de la gubia y del martillo si necesario fuese.

IX.—Cateterismo de la trompa de Eustaquio

Anatomía.—La trompa de Eustaquio es un conducto semióseo, semicartilaginoso y membranoso, que pone en comunicación la caja del tímpano con la faringe. Desciende oblicuamente hacia adentro y adelante, formando con el conducto auditivo externo un ángulo de unos 135 grados. Su longitud varía de 32 á 42 milímetros, de los cuales, de 10 á 15, corresponden á la porción ósea. En el punto de unión de las dos porciones ósea y cartilaginosa ofrece un estrechamiento considerable; de manera que, siendo en este punto su diámetro vertical de 3 milímetros y aun á veces más, el transversal mide, según Duverney, Kramer y Huschke, aproximadamente $\frac{1}{2}$ milímetro; según Richet, 1 milímetro; y según Sappey, 2 milímetros. Malgaigne halló en cinco temporales en estado seco, dos en que este diámetro era de $\frac{1}{2}$ milímetro; otros dos, de 2 milímetros, y el último tenía una amplitud intermedia. Pero es preciso añadir que la mucosa que reviste este conducto debe todavía disminuir algo su calibre. A partir de este punto, la trompa de Eustaquio aumenta de diámetro hacia el orificio superior, y más aún hacia el inferior; este último ofrece de 6 á 8 milímetros de altura por 3 ó 4 de amplitud. Durante mucho tiempo la posición de este orificio fué muy mal precisada: se había dicho que se encuentra á unos 6 centímetros del orificio anterior de las aberturas nasales y á unos 5 milímetros por detrás de su orificio posterior; pero unos lo colocaban al nivel del meato medio, mientras que otros afirmaban que por lo menos se encontraba enfrente de la inserción de la concha inferior. Llevo demostrado que corresponde directamente á la pared externa del meato inferior, casi á igual distancia del suelo de las fosas nasales que de la inserción de la concha. Dicho orificio mira abajo, adentro y adelante y está rodeado por arriba y atrás de un rodete bastante perceptible; de manera que si se conduce el pico de la sonda á lo largo del suelo de las fosas nasales, llegado al nivel de este orificio, bastará elevarlo por un movimiento de rotación de un cuarto de círculo hacia afuera, para que penetre en él por sí mismo.

Resulta de tales disposiciones que, para sondar la trompa de

Eustaquio por la nariz correspondiente, se pueden seguir dos procedimientos: uno que consiste en conducir la sonda á lo largo del suelo nasal, comunicándole, al llegar á la faringe, un movimiento de rotación; y otro por el cual se desliza la sonda á lo largo de la pared externa del meato inferior. El primero es el procedimiento antiguo; el segundo pertenece á Triquet.

La sonda que sirve á este objeto es encorvada como la sonda de mujer, y tiene abierta su extremidad para dar paso á los líquidos siempre que sea necesaria una inyección. La sonda ordinaria, descrita por Boyer, ofrece una corvadura de 136° y la porción encorvada mide de 13 á 14 milímetros. Gairalt prefiere que la corvadura sea de 145° y que la porción encorvada mida 54 milímetros, lo cual es verdaderamente exagerado; Triquet ha reducido la porción encorvada á 6 milímetros, siendo la corvadura tan ligera, que el pico no se separa del eje del instrumento más que de 3 á 4 milímetros. Esta última sonda es del todo suficiente, y se opera con ella mucho mejor que con cualquiera de las demás.

1.º *Procedimiento antiguo.*—Sentado el enfermo en una silla, con la cabeza ligeramente inclinada y apoyada contra el respaldo, el cirujano se coloca delante de él y un poco de lado, con la sonda cogida como una pluma de escribir, y presentando el pico del instrumento al orificio de la nariz correspondiente á la trompa obstruida; en esta disposición, lo desliza rápidamente por el suelo de las fosas nasales, haciendo de manera que la convexidad mire adentro y un poco arriba y por consiguiente la concavidad abajo y afuera. A 5 ó 6 centímetros de profundidad, se llega al velo del paladar, como lo indica un rápido é involuntario movimiento de deglución. En este momento se eleva el pico de la sonda hacia afuera y arriba por un movimiento de rotación imprimido al eje de la misma, siguiendo la pared externa de la nariz hasta llegar al nivel de la mitad de la altura del meato inferior; y siguiendo empujándola en esta dirección, á 5 milímetros más lejos penetra en el pabellón de la trompa. Se introduce en él la sonda lo suficiente, obrando siempre con moderada presión (fig. 471).

Se han estudiado diversas maneras de dar á este procedimiento mayor exactitud.

Así es que, para calcular mejor la profundidad á que se encuentra la trompa, Itard empezaba por medir con una sonda la distancia que separa el reborde dentario superior de la base de la úvula, considerándola igual á la que separa el borde posterior de la abertura nasal de la trompa.

Con objeto de regular mejor el movimiento de rotación, Gairalt aplicaba el pico de la sonda exactamente en el extremo del suelo

óseo, en cuyo punto le hacía describir *un cuarto de círculo* por un ligero movimiento de rotación hacia afuera; á este objeto, la sonda de su invención tiene marcadas en las distintas caras del pabellón cifras que indican al operador cuando el movimiento es completo; hecho esto y avanzando algunos milímetros más, se llega al orificio.

Kramer, en vez de ir al encuentro de la trompa de delante atrás, prefiere practicarlo de atrás adelante. En su consecuencia, desde el primer momento introduce la sonda hasta la faringe; Ménière añade que es más conveniente llevarla hasta la pared posterior de

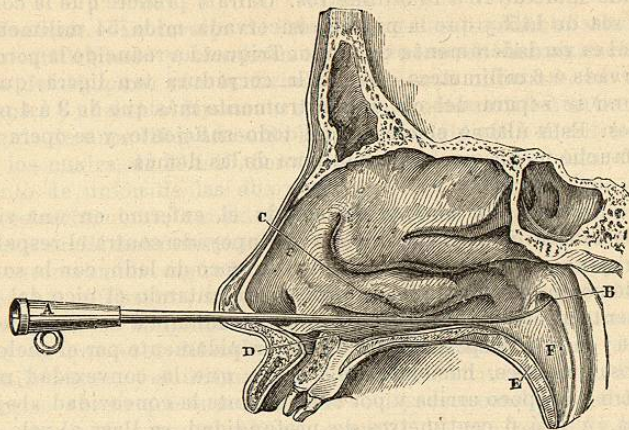


FIG. 471

CATETERISMO DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO

A, sonda introducida en B, trompa de Eustaquio.—C, concha inferior.—D, bóveda palatina.—E, velo del paladar

la faringe. Desde este punto la retira suavemente hacia afuera, pero haciéndole describir un movimiento de rotación tal, que dirija el pico del instrumento hacia afuera; operando así, bien pronto se nota que el instrumento salva el rodete posterior del orificio de la trompa. El cirujano impele entonces el instrumento hacia afuera y arriba en el interior mismo de la trompa, y se asegura de que ha penetrado en ella, observando si, atrayendo hacia sí la sonda, queda ésta retenida por el rodete cartilaginoso de que está formado el borde anterior del pabellón.

2.º *Procedimiento de Triquet.*—Este cirujano empieza por introducir su sonda como de ordinario, es decir, con la concavidad

mirando abajo; pero, al llegar cerca de la parte media del suelo de las fosas nasales, le imprime un movimiento de rotación tal, que su concavidad mira afuera y arriba. Desde este momento, hace correr el pico de la sonda á lo largo de la pared externa y superior del meato, contra la cual lo apoya sirviéndole de guía: al llegar al extremo del meato, se encuentra constantemente una pequeña brida mucosa, valvular, que el pico del instrumento rodea lentamente, pero sin abandonar la pared externa, y continuando luego la marcha con lentitud y sin sacudidas en la misma dirección, al fin la sonda penetra en el orificio de la trompa.

Haré notar que la circunstancia de tener poca longitud el pico de la sonda, hace que no llegue á tocar el vértice del meato, condición utilísima, porque, no siendo así, la extremidad de la concha inferior impediría su marcha. El mejor camino que puede seguir es la pared externa; tanto que el mismo Triquet recomienda, y con motivo, no abandonar dicha pared, y la figura en la que ha hecho representar su procedimiento, rectifica su descripción, pues representa la sonda siguiendo exactamente la pared externa.

A. Guérin aconseja que se introduzca el dedo en la faringe, apoyándole en la fosita de Rosenmuller para dirigir el pico de la sonda (fig. 472). Este procedimiento, que podrá ser bueno en el cadáver, en el enfermo tiene el inconveniente de que la presencia del dedo en aquel punto provoca náuseas, que dificultan en gran manera la operación.

La sonda, una vez introducida, puede servir únicamente para hacer llegar inyecciones á la trompa y al oído medio; y como quiera que este fin lo desempeña perfectamente, no comprendemos por qué motivo Deleau quiso sustituirla por una sonda de goma elástica, cuya aplicación sería mucho más dificultosa y á su vez se saldría del orificio mucho más fácilmente.

Asimismo Deleau prefiere á las inyecciones líquidas las de aire, que las practica con una pera de caucho; pero he hecho observar con este motivo que, para las inyecciones de aire ó vapores como el de éter, por ejemplo, el cateterismo es inútil, pues que basta una dilatada inspiración seguida de una expiración forzada manteniendo cerradas la boca y la nariz, para que el aire ó el vapor penetre en la cavidad timpánica, á no ser que la trompa se halle obstruída.

Algunos cirujanos, para combatir esta obliteración, han introducido sondas ó candelillas por la trompa y han llegado á afirmar no sólo que habían llegado hasta la cavidad del tímpano, sino que, con fragmentos de esponja preparada, habían podido dilatar las estrecheces existentes. La estrechez natural de la trompa debería haber disipado semejantes ilusiones.

Casos hay en los cuales la desviación del tabique nasal ó la es-

trechez del meato inferior oponen obstáculo al cateterismo directo; para éstos, Deleau preconizó un procedimiento que consistía en introducir la sonda por la abertura nasal opuesta. A mi entender, sería más fácil dirigir el instrumento por la boca, siguiendo el primitivo procedimiento de Guyot, y tomando la precaución de apli-

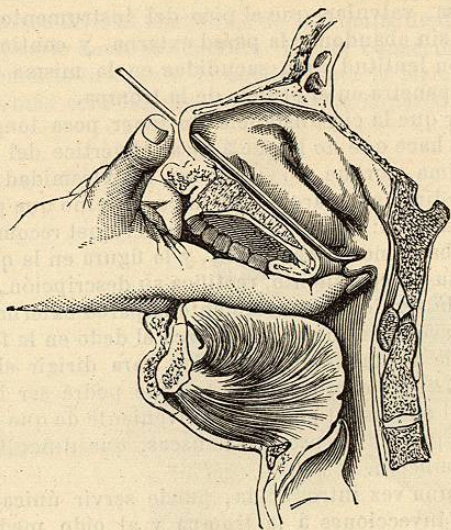


FIG. 472

Procedimiento de A. Guérin

car el índice en el fondo de esta cavidad hasta la cámara posterior de las fosas nasales á fin de reconocer el rodete superior del orificio y guiar el pico del instrumento. Sin duda que se chocará con el inconveniente de las contracciones del velo del paladar y de la faringe; pero, aparte de estas dificultades, el dedo llega muy fácilmente al orificio y lo encuentra luego.

CAPÍTULO III

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA NARIZ
Y EN EL APARATO OLFATORIO

Trataremos sucesivamente: 1.º De las operaciones que se practican en la nariz; 2.º De las que interesan las fosas nasales; tabique ó senos; y 3.º Dedicaremos un artículo especial á los pólipos.

ARTÍCULO PRIMERO

DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA NARIZ

I.— Tumores desarrollados en la nariz

El tratamiento de estos tumores en nada se diferencia de los demás en general: únicamente una disposición anatómica especial ha podido imprimir modificaciones al procedimiento de extirpación.

Procedimiento de Rigal.—Este procedimiento está fundado en el hecho de que los cartílagos de las alas de la nariz, al unirse en la línea media, dejan entre sí, en la mayoría de los sujetos, una ranura perceptible al tacto, ranura que permite separarlos y penetrar hasta el tabique de las fosas nasales sin abrir estas cavidades.

Con motivo de un tumor de naturaleza sospechosa desarrollado debajo de la espina anterior y extendido hacia adelante, abajo y por los lados hasta las alas de la nariz, sin haber alterado los tegumentos, Rigal lo rodeó lateralmente por dos incisiones reunidas por delante y separadas por detrás y afuera en forma de Y invertida y reunidas inferiormente por una tercera transversal, disecó los tegumentos y llegó al cartílago del tabique, cuyo borde anterior fué preciso extirpar con el resto de la producción. El enfermo curó perfectamente, con la circunstancia de que la cicatriz, al retraerse, tiró hacia atrás y aplanó ligeramente las alas y la punta de la nariz.