

Con idéntico objeto, y además con el de dar á la nariz la forma más conveniente, Græfe, una vez aplicadas todas las suturas, colocaba en las aberturas nasales unas cánulas provistas de un resorte que las impulsaba hacia adelante, comunicando al dorso de la nariz y á la punta la prominencia necesaria.

Por último, Dieffenbach, para formar las alas de la nariz, aproximaba los dos lados de ésta con el alfiler de que hemos hablado anteriormente (pág. 159), y una vez alcanzada la cicatrización, se esforzaba en regularizar la forma incindiendo, escindiendo y suturando; en una palabra, se parecía á un escultor que no se cansa de aplicar y reaplicar sobre su obra el escoplo hasta que ve realizado su ideal.

En 1874, Ollier comunicó á la Sociedad de Cirugía un nuevo procedimiento de rinoplastia, que, según parece, le ha proporcionado notables resultados. El escollo contra el cual se estrellan todos los procedimientos es el aplastamiento de la nariz por falta de sostén. Pues bien, á Ollier le parece la cosa más sencilla obviar esta dificultad, y para ello, le basta comprender en el colgajo el periostio frontal, partiendo del principio de que el periostio produce hueso. Desgraciadamente este cirujano no ha podido presentar hasta ahora una prueba convincente de esta propiedad del periostio en el hombre, puesto que, á juzgar por las fotografías sometidas al examen de la Sociedad de Cirugía, los admirables resultados que se anunciaron quedan reducidos á éxitos muy comunes y ordinarios, y de ninguna manera dignos de admiración.

Apreciación.— Ante todo es preciso confesar que la nariz formada por un colgajo jamás ofrece la forma que naturalmente le corresponde; al contrario, se parece más ó menos á un tumor implantado en el centro de la cara, y como que, por otra parte, durante mucho tiempo conserva un tinte rubicundo y lívido, algunos lo han comparado, y no del todo mal, á una patata. A corregir aquel defecto iban destinadas las incisiones y escisiones reiteradas de Dieffenbach, quien, en efecto, obtenía así una forma algo más pasable; pero en cambio daba con otro inconveniente de no menor importancia. La cara interna de la nueva nariz está toda ella formada por un tejido cicatricial que, en su ulterior retracción, disminuye en todos sentidos el volumen y consiguientemente la prominencia de la nariz; cuanto más Dieffenbach escindía, más contribuía con la retracción del tejido á disminuir la nariz, que en último resultado quedaba reducida á una prominencia insignificante. Por esto creen algunos cirujanos que sería preferible, á todos estos procederles una nariz artificial.

Respecto de la preferencia que merezcan los distintos procedi-

mientos, tenemos que, según Græfe, el método indiano es especialmente aplicable á los casos en que faltan los huesos de la nariz, y que, por otra parte, se trate de un sujeto de frente elevada y cubierta de una piel enteramente sana; fuera de estas circunstancias, el método italiano merecería siempre la preferencia. Tratándose de hacer aplicación de este método, la reunión por primera intención sería únicamente aplicable en sujetos sanos y robustos; la segunda intención, ó método italiano propiamente dicho, podría adoptarse siempre que los otros dos fuesen inaplicables por estar el sujeto dotado de una cierta *vulnerabilidad* de la piel.

Esta apreciación, que no peca de imparcial, prescinde, sin razón, del inmenso inconveniente que lleva consigo el método italiano por lo que se refiere al hecho de mantener el brazo adherido á la frente por un espacio de tiempo que puede durar muchas semanas; por esto el método indiano ha merecido una aceptación más general. De todos modos, para que el cirujano esté autorizado para hacer aplicación de cualquiera de estos métodos, es necesario que antes advierta al enfermo de los peligros á que estará expuesto, y de las consecuencias ulteriores de la operación, aún después de haber alcanzado un buen éxito primitivo; como igualmente, de que existe, para ocultar su defecto, un medio más sencillo, que es: la nariz artificial.

La heteroplastia aplicada á la formación de una nueva nariz parece que fué practicada ó se aplica todavía entre los indios; Bunker (de Strasburgo), en 1827, ensayó este procedimiento en una joven de treinta y tres años, tomándole de la parte anterior del muslo un colgajo de 10 centímetros de longitud. El ingerto se reunió únicamente en la mitad superior y en distintos puntos de la superficie: es un ensayo que podría repetirse, y por mi parte no titubearía en aplicar á la nariz el método que me dió en el párpado un resultado tan satisfactorio.

ARTÍCULO II

DE LAS OPERACIONES QUE INTERESAN LAS FOSAS NASALES

I.— Del taponamiento de las fosas nasales

Se recurre á esta operación únicamente con el objeto de detener una hemorragia incoercible por todos los demás medios aplicables.

Procedimiento ordinario.— Ante todo se prepara un lechino de

hilas de suficiente grosor para cerrar la abertura posterior de la nariz, y se le ata fuertemente con un hilo doble encerado, cuyos dos cabos conviene que queden bastante largos. Se fijará igualmente á este lechino otro hilo sencillo de la misma longitud. Lo demás del aparato consiste en hilas informes y una sonda de goma elástica.

Introducida la sonda por la abertura nasal de que proviene la hemorragia, se la hace llegar hasta la faringe, en el fondo de la cual se coge su extremidad para atraerla por la boca. Se ata en los agujeros de esta sonda el hilo doble del lechino, y, retirando aquélla, se coloca éste en la abertura posterior de la nariz, en la que será preciso introducirla con alguna fuerza. Separados entonces los dos cabos de la ligadura que penden de la nariz, se coloca entre ellos una cantidad de hilas suficiente para llenar por completo la abertura anterior; cerrados de este modo ambos orificios, opondrán un dique insuperable á la hemorragia. Se practica con los dos hilos un nudo doble fuertemente apretado contra el tapón de hilas anterior y luego se cortan los dos cabos restantes. El hilo sencillo que sale por la boca se mantendrá elevado y sujeto en una mejilla por medio de una tirita aglutinante, ó bien se le ata al gorro del enfermo.

Pasados dos ó tres días, cuando se calcula que puede estar cohibida la hemorragia, se corta el nudo que sujeta al tapón anterior y con unas pinzas se extraen las hilas; queda únicamente el lechino posterior, y para extraerlo, se le empuja hacia atrás con una sonda, mientras que, tirando del hilo bucal, se le impide caer en la faringe y se le extrae por la boca.

En sustitución de la sonda elástica, algunos emplean la sonda de Bellocq, instrumento que ocupa casi inútilmente la cartera ordinaria (fig. 476). Conviene observar que la exagerada corvadura que le dan los instrumentistas, hace su introducción dolorosa y hasta á veces imposible; para seguir fácilmente el suelo de las fosas nasales, debería tener únicamente la ligera corvadura de la sonda de mujer.

El lechino posterior produce al enfermo incomodidad, no sólo al introducirlo, sino al extraerlo. Martin Saint-Ange evita este doble inconveniente con un instrumento llamado *rinobion*, que consiste en una cánula de plata que lleva en un extremo una llave y en el otro una pequeña vejiga. Aplicada ésta en el orificio posterior de las fosas nasales, se la insufla y luego se cierra la llave; el orificio anterior se cierra con un lechino de hilas que se sujeta á la cánula: De este modo se evita la incomodidad que ocasiona el lechino posterior, pero tiene en cambio este proceder el inconveniente de que, para ponerlo en práctica, se necesita un instrumento especial. Martin-Solon ha sustituido muy sencillamente la

cánula de plata por una sonda de goma elástica; insuflada la vejiga, se cierra el orificio anterior de la sonda con un simple taponcito; y para fijarla por delante, se coloca, á 5 centímetros del extremo faringeo de la sonda, un asa de hilo cuyos extremos vie-

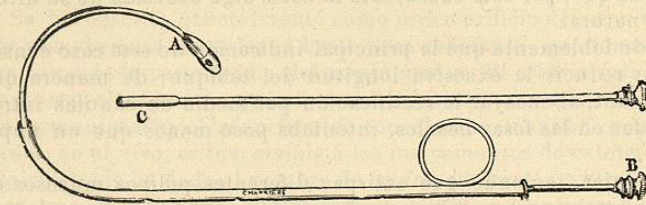


FIG. 476

SONDA DE BELLOCQ

A, botón en que termina el resorte. B, tallo que se tornilla al resorte en C.

nen á anudarse sobre el lechino destinado á cerrar la abertura anterior.

Por último, Miguel (de Tours) ha indicado un procedimiento aún más sencillo que los anteriores: consiste en colocar en el fondo de la nariz uno de estos extremos de intestino preparados llamados *condones*, é insuflarlo. También podríamos servirnos de pequeñas vejigas de cautchú vulcanizado, tal como se utilizan para el taponamiento de la vagina.

II.— Hipertrofia del cartilago del tabique

Brulet (de Dijon) ha tenido ocasión de observar un niño de diez años con un tumor del volumen de una pequeña nuez, desarrollado en el cartilago del tabique, y formado, al parecer, por la hipertrofia de este cartilago. De un solo tijeretazo separó el subtabique del labio superior; con un tenotomo reseco toda la porción hipertrofiada, y en seguida reunió el subtabique por un punto de sutura. El éxito fué completo.

III.— Desviación del tabique nasal

El cartilago del tabique es á veces demasiado largo para el espacio que debiera ocupar, y en este caso, se inclina hacia un lado

disminuyendo la capacidad de una de las fosas nasales; á veces llega á obstruirla por completo, y cuando alcanza un grado de desarrollo todavía mayor, llega á formar prominencia al exterior á través de la abertura nasal correspondiente. Hasta puede llegar el caso de que, por esta causa, esté la nariz algo desviada de su dirección natural.

Indudablemente que la principal indicación de este caso consiste en reducir la excesiva longitud del tabique; de manera que Guersant, al ensayar la rectificación por medio de cánulas introducidas en las fosas nasales, intentaba poco menos que un imposible.

Huguier, teniendo que extirpar diferentes pólipos mucosos en un sujeto que presentaba esta desviación, á fin de ensanchar la abertura, se decidió á enderezar el tabique practicando una violenta presión con las pinzas de anillo. Lo único que con ello se alcanza es la fractura del cartílago, fractura que va seguida de acalalgamiento, y sería necesario un aparato para fijar los fragmentos superpuestos hasta su definitiva consolidación.

Para un joven abogado en quien la obturación de una fosa nasal determinaba un gangueo desagradable, Blandin hizo construir un sacabocados, con el cual extrajo toda la porción desviada del tabique. Parece que la operación dió el resultado apetecido.

Finalmente, en un muchacho de catorce años, en quien el cartílago hipertrofiado y desviado ocluía la nariz izquierda y producía además una desagradable inclinación de la punta de la nariz hacia la derecha, Chassaignac practicó en la prominencia del cartílago, cerca del subtabique, una incisión de delante atrás y ligeramente elevada por sus dos extremos. Entonces con el extremo de una espátula despegó la mucosa, cortó muchas porciones laminares del cartílago hasta que lo hubo adelgazado, de manera que pudiese rechazarlo de nuevo hacia la línea media; después reaplicó el colgajo de mucosa, y por medio de una pequeña esponja cónica introducida en la nariz, mantuvo estas partes en buena posición. Consiguio desobstruir la nariz; el tabique quedó recto, pero la punta de la nariz constantemente se notó algo desviada.

Podríamos aplicar á este caso el procedimiento de Brulet para la hipertrofia del cartílago, ó bien podríamos dividir el subtabique sobre la línea media, despegar la mucosa, escindir la porción excedente y reunir por primera intención.

IV.—Cateterismo del seno maxilar

Se ha descrito generalmente como único orificio del seno maxilar una abertura irregular, y hasta poco constante, que se encuentra cerca de la parte media del meato medio. El orificio más constante está situado en un punto mucho más superior que éste; pone en comunicación el seno frontal con el seno maxilar, y por lo tanto, en el vivo, es inaccesible á los instrumentos de cateterismo; Malgaigne le ha dado el nombre de *orificio superior*. La sonda debe penetrar en el seno por el otro orificio, por el *orificio interno*.

Jourdain fué el primero que propuso y practicó esta operación, en un caso de retención de moco en el seno, en una mujer que no tenía ya diente alguno y en la cual se habían intentado diversas perforaciones, pero siempre sin resultado favorable por los vivos dolores que estas tentativas provocaban.

Sentado el enfermo en un sillón y con la cabeza inclinada hacia atrás, el operador introdujo en la abertura nasal del lado afecto una sonda hueca del calibre de las que sirven para sondar el conducto nasal, pero un poco menos encorvada y 5 milímetros más larga que éstas. Dirigió la extremidad más delgada de esta sonda por debajo de la bóveda de la concha etmoidal, y desde el momento que encontró una especie de repliegue ó canal formado por la pituitaria y situado á unos 4 milímetros de esta bóveda, al descender por la convexidad de la concha inferior, levantó algo la mano, impeliendo el instrumento contra la pared del seno, en el cual penetró violentando algo la abertura, pues que estaba obliterada.

Una vez introducida la sonda, practicó por ella algunas inyecciones y la dejó colocada hasta el día siguiente. En este día la quitó y mandó al enfermo que se sonase, con lo cual expelió una gran cantidad de moco; en lo sucesivo continuó sondando el seno y reiterando las inyecciones hasta que fué completa la curación; este tratamiento duró seis semanas.

Importa que recordemos en este momento algunos datos anatómicos. El orificio interno del seno está situado por encima de la concha inferior en las inmediaciones de la parte media del meato medio. Para introducir por él una sonda, sería, pues, necesario dirigirla oblicuamente hacia arriba, atrás y afuera, haciéndola penetrar á unos 4 centímetros de profundidad y al nivel del pliegue superior del ala de la nariz; llegada á este punto, se deslizaría suavemente el pico del instrumento por debajo de la concha

media, con lo cual se llegaría al orificio, penetraría en él por sí misma, y luego un movimiento de rotación que se le comunicara sería suficiente para que penetrase en el interior del seno. Se encuentran casos en los cuales la abertura está situada en un punto más posterior que de ordinario; otras veces está completamente oculta por la concha media, y otras, en fin, está obliterada. En todos los casos en que fuese imposible por una u otra causa encontrar el orificio natural, no habría inconveniente alguno en penetrar á violencia á través de la mucosa y hasta á través de la delgada lámina ósea que forma la pared interna del seno.

V. — Perforación del seno maxilar

Anatomía.— El seno maxilar representa una especie de pirámide triangular, cuya base corresponde á la pared externa de las fosas nasales y sus tres lados á la base de la órbita, fosa canina y parte posterior del hueso maxilar. Esta última pared está situada á demasiada profundidad para que puedan alcanzarla los instrumentos; pero podemos atacar el seno por las tres restantes, y además por el arco alveolar.— 1.º La base, situada verticalmente de delante atrás y paralelamente al tabique de las fosas nasales, no empieza hasta unos 12 milímetros por detrás del reborde óseo de la abertura nasal anterior, inmediatamente por detrás de la apófisis ascendente y del conducto nasal. La concha inferior la divide en dos porciones; de éstas, la inferior forma el meato del mismo nombre, y la superior, cubierta por la concha etmoidal, forma con ésta el meato medio, en el cual se encuentra el orificio interno.— 2.º La pared orbitaria, formada por el suelo de la órbita, empieza á 5 ó 6 milímetros por detrás del borde orbitario, del cual la separan el agujero infraorbitario y el orificio del conducto lagrimal.— 3.º El punto en que la pared ósea que forma la fosa canina es más delgada, corresponde á unos 12 milímetros por encima de los dos molares pequeños.— 4.º Por último, la porción del arco alveolar correspondiente á los alvéolos de todos los molares y su pared interna, es la parte más declive del seno; pero los dos alvéolos que están más directamente en relación con esta cavidad, tanto que á veces su vértice sólo está separado de ella por la mucosa, son los de la primera y segunda grandes muelas.

Tales son las relaciones del seno cuando no ha sufrido distensión por efecto de una enfermedad, y es precisamente en este caso en que sobre todo está indicada la perforación simple, para dar salida, ya al pus, ya al moco acumulado. Cuando el orificio inter-

no está obliterado, el pretendido cateterismo, de que tan sucintamente nos hemos ocupado, consiste en una verdadera perforación. Del mismo modo podríamos, y quizá con ventaja, perforar la pared externa del meato inferior en vez de la del meato medio; pero los puntos que predilectamente han escogido los cirujanos son los alvéolos y la pared externa.

1.º *Perforación de los alvéolos.*— El procedimiento consiste en extraer la muela designada y perforar el fondo del alvéolo. A este fin, Richter aconseja servirse del trócar; Desault prefiere el trépano perforativo; pero basta para esto un punzón de suficiente resistencia. Para mantener en lo sucesivo libre la abertura, Bell colocaba en ella un taponcito de madera, que además tenía por objeto evitar la introducción de alimentos en el seno; otros cirujanos aconsejan una cánula permanente, pero nada de esto puede considerarse como indispensable.

Respecto de la muela que más conviene extraer, ya hemos visto que todas corresponden al seno; así es que Juncker aconsejaba la avulsión de la primera ó la segunda, Cheselden la de la tercera ó cuarta. Tomando pie de este estado de cosas, he podido establecer el siguiente principio general: *Siempre que exista una sola muela cariada, sea cual fuere, ésta es la que se debe extraer.* Únicamente conviene advertir, que mientras que el perforador debe obrar directamente de abajo arriba cuando se opera por las cuatro últimas muelas, será necesario inclinarlo algo hacia arriba y atrás cuando se opere por la primera. Si, por el contrario, se pudiese escoger, me inclinaría por la segunda muela menor, por hallarse más inmediata al seno que la primera, y porque es de menos utilidad para la masticación que las dos restantes.

2.º *Perforación de la pared externa.*— Un ayudante armado de una erina obtusa, ó simplemente con el dedo, tira de la comisura labial hacia afuera y arriba, levantando todo lo posible el labio superior é invirtiéndolo sobre la mejilla; en esta disposición, bastará incidir la encía á 15 ó 18 centímetros por encima de su borde libre, para que se pueda llegar á la pared ósea del seno.

Lamorier practicaba la perforación inmediatamente por debajo de la apófisis zigomática y por encima de la tercera muela. Desault prefiere, y con razón, la fosa canina, punto en el cual la pared es más delgada. Por lo demás, podemos servirnos de un trócar, perforativo, trefina, ó, lo que es aún más sencillo, de un punzón resistente.

Cuando haya alguna muela cariada ó que haya sido anteriormente extraída, será siempre preferible la perforación de los alvéolos; pero cuando el arco dentario esté sano, la perforación de la

fosa canina es un proceder mucho más sencillo, porque nunca tendrá tantos inconvenientes la incisión de la encía como la extracción de una muela.

VI. — De los tumores del seno maxilar

El seno maxilar sufre á veces una dilatación considerable, ya por quistes de producto líquido, ya por tumores de diversa naturaleza, principalmente por los que afectan al tejido óseo, ya, en fin, por pólipos que, si bien se dice que algunas veces nacen de esta cavidad, no hay duda que muchas más penetran en ella los que se han desarrollado en la faringe ó en las fosas nasales. En tales casos, todas sus paredes se distienden, se adelgazan, y hasta, en ciertos puntos, llegan á perder su naturaleza ósea: la pared inferior se prolonga hasta la bóveda palatina: la interna rechaza el tabique nasal hacia el otro lado; pero con todo ninguna se distiende tanto como la pared anterior. Cuando tal acontece, cambian por completo todas las relaciones naturales, y nada alcanzaría en estos casos la perforación simple: se hace preciso practicar una ancha abertura en el seno para poder extraer el tumor, y aún muchas veces es necesario sacrificar una ancha porción de sus paredes, lo cual no ofrece grandes dificultades por razón del adelgazamiento y hasta reblandecimiento que por lo regular han sufrido.

Para esto, se utiliza por lo común un pequeño cuchillo en forma de podadera, y se ataca preferentemente la pared externa. Cuando se trata, pues, de un quiste de producto líquido, se practica una ancha abertura dirigida de delante atrás por encima de las raíces de las muelas si éstas se conservan aún, y se produce en este sentido una pérdida de sustancia relativa al grado de dilatación del seno. Cuando se trata de tumores sólidos, raras veces esta incisión será suficiente; y en tal caso se le añadirá otra vertical que desde el extremo interno de la primera llegue hasta cerca de la base de la órbita, costeano la apófisis ascendente del maxilar, y por último, si necesario fuese, se extirparía toda la porción exuberante de la pared externa. Se comprende bien, no obstante, que el extraordinario desarrollo del seno, la existencia de fistulas, ú otras circunstancias imprevistas, pueden inducir á modificar el proceder. Si se trata de un cáncer, la sola operación indicada es la resección del maxilar superior.

ARTÍCULO III

DE LOS PÓLIPOS DE LAS FOSAS NASALES

Tanto bajo el punto de vista quirúrgico como anatómico, se distinguen esencialmente los *pólipos mucosos*, á veces fibromucosos de las fosas nasales, y los *pólipos fibrosos*, que ocupan de preferencia la parte posterior de la misma región y la faringe, por lo cual se los denomina *pólipos nasofaríngeos*.

I. — De los pólipos mucosos

Estos pólipos son muy blandos y están formados por una membrana exterior lisa, de un blanco sucio ó rojizo, y de un tejido celular lleno de serosidad y conteniendo á veces vesículas aisladas. Parece que, por lo común, se implantan entre las conchas superior y media, cerca del seno maxilar, á veces en su pared superior y muy rara vez en el tabique de las fosas nasales; y aunque pudieran también dirigirse hacia atrás, casi constantemente se desarrollan hacia adelante, de manera que llegan á salir por las aberturas nasales anteriores.

Este es el punto por donde se los ataca. Se han aconsejado contra estos tumores inyecciones astringentes, diversos cáusticos, como el nitrato de plata, manteca de antimonio, etc.; pero el valor de tales medios es muy dudoso, y por otra parte los cáusticos enérgicos ofrecerían quizás verdaderos peligros. Los únicos procedimientos aplicables son: el *arrancamiento*, la *escisión* y la *ligadura* (1).

(1) Sin embargo, creemos útil consignar algunos medios más sencillos recientemente empleados, porque en una afección como la de que se trata, que se presenta en condiciones tan varias, nunca estará de más que el práctico disponga de un nuevo recurso, que podrá encontrar útil aplicación en casos determinados. Así, por ejemplo, cuando el enfermo rehuse la operación ó por circunstancias especiales ésta no pueda practicarse, podremos recurrir á la aplicación del *bicromato de potasa* (Verneuil), del *etilato de sosa* (Richardson) ó á las *inyecciones intersticiales*, medio, este último, que seguramente evitará gran número de esas tan difíciles como cruentas operaciones que suelen practicarse contra los pólipos nasales.

El *bicromato de potasa* se usa en disolución acuosa saturada, y se aplica con un pincelito sobre el punto accesible del pólipo, procurando salvar las partes próximas. A los tres ó cuatro días habrá provocado una intensa inflamación; entonces se suspende, para repetir la misma operación una vez desvanecidos estos accidentes.