

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 NAALES

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.

1.º *Arrancamiento*.—Sentado el enfermo frente á la luz con la cabeza inclinada hacia atrás y sostenida por un ayudante, el cirujano separa el ala de la nariz con los dedos de la mano izquierda, y con la derecha introduce cerradas las pinzas de pólipos, las abre desde el momento que llega al tumor y las introduce todo lo posible. Cogido cual conviene el pólipo, cierra el operador con fuerza las pinzas y les da vueltas sobre su eje, pero siempre en el mismo sentido y sin hacer al principio tracción alguna; cuando se calcula que la torsión de la porción cogida es ya suficiente, se tira de las pinzas hacia sí para arrancarla; por porciones sucesivas se continúa repitiendo la misma maniobra hasta haber extraído todo el pólipo.

También podemos intentar la tracción del pólipo sin torsión previa. Si de este modo el pólipo cede y se acerca á la abertura de las fosas nasales, se toman otras pinzas iguales á las primeras, ó bien unas pinzas de torsión, con las cuales se coge el tumor cerca de su raíz, y se continúa repitiendo lo mismo hasta que se consigue romper esta raíz ó extraer el pólipo por completo.

Sucede á veces que el pólipo se desgarrará fácilmente, y se hace preciso repetir la misma maniobra muchas veces; también puede acontecer que la efusión de sangre sea tan considerable, que cubra toda la región en que se opera y obligue á aplazar la operación para otro día.

Si el pólipo ocupase toda la longitud de las fosas nasales, hecho no común, sería útil introducir por la boca el índice izquierdo con el pulpejo mirando arriba, para apoyarlo en la parte posterior del pólipo ó impeler directamente el tumor hacia adelante. Como Michon empleara una vez este recurso sin resultado, pasó á la boca por la nariz un hilo al que sujetó un lechino, y, tirando después de aquél como si tratase de hacer salir éste por la nariz, impeler el pólipo de atrás á delante.

El *etilato de sosa*, del que hemos hecho mención al hablar del *nævus*, se aplica por medio de un taponcito de algodón en el pedículo del pólipo; pero cuando éste es voluminoso, es preciso introducir el tapón dentro del tumor durante unos tres minutos. Con una ó dos aplicaciones, Richardson ha provocado la caída del pólipo.

Estos dos medios han sido hasta ahora poco usados, y se comprende que sean de aplicación muy limitada, pero no sucede lo mismo con las inyecciones intersticiales, pues no sólo se han hecho de este medio repetidos ensayos, sino que, en general, han sido satisfactorios sus resultados hasta tratándose de voluminosos pólipos nasofaríngeos. La inyección se opera con la jeringuilla de Pravaz, y se han empleado á este fin diferentes sustancias: cloruro de zinc, ácido acético, ácido fénico, tintura de yodo, etc. El doctor Dudley Reynolds (de Louisville), que ha repetido muchas veces esta operación, ordinariamente da la preferencia al ácido fénico (de 2 á 4 gotas), reserva el cloruro de zinc para los pólipos mixomatosos, y para los casos de menor importancia, la tintura de yodo.

2.º *Escisión*.—Cogido el pólipo y atraído al exterior como de ordinario, un poco por encima de las primeras pinzas coloco otras de disección, y después de haber atraído un poco más el tumor, coloco otras, y así sucesivamente hasta que la tracción lleva trazas de desgarrar el pólipo en el punto cogido; entonces, con un bisturí de botón ó tijeras curvas aplicadas todo lo lejos posible de las pinzas, divido el pedículo en un solo tiempo.

Muchos son los cirujanos que desechan la escisión, la cual ofrece menos seguridad de quitar el pólipo en su totalidad.

3.º *Ligadura*.—La ligadura consiste en un asa de hilo introducida por las aberturas nasales hasta la cámara posterior de la boca, de manera que abraza el pedículo del pólipo, asa que se cierra en seguida por medio de un aprietanudos. La principal dificultad consiste en colocar el asa sobre el pedículo. A este objeto, podemos servirnos de un hilo metálico cuyos dos cabos van encerrados en la cánula simple de Falopio, ó también de la cánula doble de Levret; el asa terminal es directamente conducida por la nariz á la faringe, en donde será necesario desplegarla y aplicarla sobre el pedículo del pólipo con el dedo introducido por la boca. Con todo, se han empleado más frecuentemente las ligaduras vegetales, y para conducir las hasta la faringe y desplegarlas cual conviene, contamos con un número más que regular de procedimientos.

Procedimiento de A. Dubois.—Se introduce por la boca un asa de hilo, cuyos cabos, con el auxilio de una sonda de Bellocq ó de una candelilla, deben salir por la nariz. Para mantener abierta esta

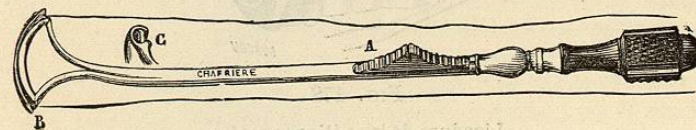


FIG. 477

Portahilos de Charrière

asa, se coloca en su parte media un trozo de sonda de unos 25 milímetros de longitud. Un hilo de color atado en este pedazo de sonda y que también pasa por la nariz, sirve para retirarlo cuando la ligadura está ya colocada alrededor del pólipo.

Procedimiento de Moscati.—Se prepara un asa de hilo sencillo, yendo en busca de los cabos por la nariz y por la boca, como en

el procedimiento anterior. Salidos al exterior por la nariz los dos cabos, se extiende el asa sobre un instrumento en forma de cuchara agujereada y curva, que, así dispuesta, es conducida por detrás y encima del velo del paladar. Desde el momento que el pólipo se ha introducido en esta asa abierta, se tira de los dos cabos, con lo cual ésta se desliza hacia la parte superior del instrumento hasta ponerse en contacto con la raíz del pólipo, en cuyo instante se retira el instrumento, y en seguida se pasa á constreñir el tumor con un aprietanudos (fig. 477).

Procedimientos de F. Hatin, Regaud y Leroy d'Etiolles.— En estos procedimientos, se sirve el cirujano de instrumentos especiales que tienen por objeto mantener el asa abierta para que pueda rodear el pólipo. Todos estos instrumentos tienen los mismos inconvenientes, es decir, á pesar de su sencillez, son de difícil manejo y no deja por esto de ser difícil la colocación del asa alrededor del pólipo.

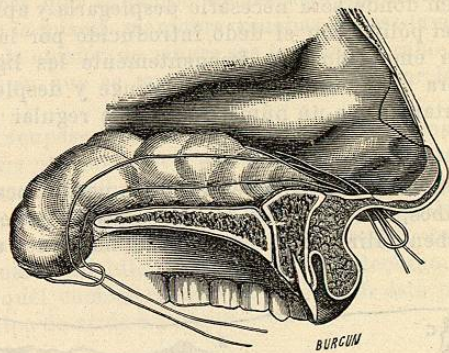


FIG. 478

Ligadura de los pólipos nasales

He ensayado los procedimientos de ligadura anteriormente descritos, utilizando los portahilos de Hatin y de Charrière; pero jamás he quedado satisfecho de sus servicios, mientras que, por el contrario, me ha servido perfectamente el procedimiento que voy á describir, que se parece algún tanto al que Ricord emplea para el varicocele. Hé aquí cómo lo practico.

Tomo un cordonete de seda muy resistente, de la seda llamada China, é introduzco por la nariz una sonda de Bellocq, *procurando deslizarla á lo largo del tabique* de las fosas nasales; ato los dos

cabos del hilo, después de doblado formando un asa, al extremo de la sonda que sale por la boca, y, retirando el instrumento, queda colocado en la nariz y *en el lado interno* del pólipo un doble hilo cuyos cabos libres salen por la nariz, mientras que el asa sale por la boca. Reintroduzco la sonda costeando esta vez la pared externa de las fosas nasales, y atraigo con la sonda un doble hilo que resulta colocado *al lado externo* del pólipo y cuyos extremos libres salen por la boca mientras que el asa sale por la nariz. Atando los extremos libres de estas dos ligaduras con el asa que á cada uno corresponde, cojo con seguridad el pólipo sin cuidarme mucho de la difícil maniobra de guiar con el dedo introducido hasta la faringe, el asa que debe comprender el pólipo.

Para seccionar el pedículo que queda comprendido entre los dos hilos, bastará aplicar en un aprietanudos el hilo que sale por las fosas nasales, tirando con los dedos de los cabos que salen de la boca, á fin de impedir su deslizamiento del asa en que están colocados.

De todos estos procedimientos es el arrancamiento el más fácil y seguro.

II.—De los pólipos fibrosos ó nasofaríngeos

Se ha dado á estos pólipos la denominación de *fibrosos* por su aspecto general, y efectivamente el microscopio encuentra á veces que su textura es puramente fibrosa. Pero, aparte de este carácter, presentan otras circunstancias, que constituyen sus variedades: los hay duros, blandos y como carnosos; y duros en un punto y blandos en lo restante. Nacen principalmente detrás de la bóveda esfenobasilar; unas veces parecen implantados en las vértebras de la pared posterior de la faringe; otras lateralmente en las apófisis pterigoides; pero el estudio preciso de estas diversas inserciones es aún muy incompleto. Los hay de pedículo estrecho y por lo mismo se los puede dividir fácilmente, se prestan á la ligadura, al arrancamiento y á la escisión; pero otros, por el contrario, tienen una base tan ancha, que no parece sino que se insertan en casi toda la bóveda nasofaríngea. A medida que se desarrollan, llenan la parte superior de la faringe, penetran en las fosas nasales y hasta en el seno maxilar, deprimiendo el velo del paladar y la bóveda palatina; se prolongan á veces hasta las fosas zigomática y temporal, y por último llegan á rechazar y destruir hasta el mismo seno esfenoidal y la pared superior de las fosas nasales para penetrar en el cráneo. Añádase á esto que tienen más tendencia á recidivar que los otros, y con peores consecuencias por su crecimiento indefinido; y por

último, sucede muchas veces que, al interesarlos por cualquiera operación que contra ellos se intente, dan sangre en abundancia, por lo cual se les puede colocar entre los tumores malignos.

Por donde quiera que se encuentren las prolongaciones del pólipo, su origen debe buscarse siempre en la parte superior de la faringe. Muchos son los procedimientos ideados para esta operación: todos pueden referirse á dos métodos generales, que se diferencian por la circunstancia de atacar al pólipo por las vías naturales ó por vías artificiales practicadas por el cirujano.

PRIMER MÉTODO. Por las vías naturales.—Podemos dirigir los instrumentos por las aberturas nasales, por la boca, ó por ambas vías á la vez. Los procedimientos puestos en práctica son: la *ligadura*, el *arrancamiento*, la *trituration*, la *escisión*, el *rascado* y la *cauterización*.

1.º *Ligadura*.—No es aplicable á los pólipos que no son pediculados y que es preciso extirpar por completo si se ha de evitar que se reproduzcan. No creo por tanto necesario detenerme en ella.

2.º *Arrancamiento*.—Se sirven los cirujanos de tenacillas curvas introducidas por la boca y guiadas por el índice izquierdo. En la mayoría de los casos el arrancamiento es una verdadera trituration.

3.º *Trituration*.—Velveau fué el primero que pensó en aplicar la trituration contra los pólipos fibrosos nasofaríngeos, cogiéndolos con pinzas fuertes y triturando cuanto pudiese ser cogido. Creía este cirujano que sería suficiente desorganizar cierta extensión del tumor, para que la porción restante se mortificase á no tardar; así es que, en dos casos en los cuales había destruído por este medio todo lo más la tercera parte del pólipo, la porción restante cayó en putrilago y acabó por desaparecer definitivamente.

Si el pólipo sobresale particularmente por el lado de la nariz, es regular que por este punto se le ataque; de lo contrario, habremos de servirnos de pinzas curvas que deberán cogerlo pasando por la boca, por detrás y encima del velo del paladar.

Molinari, en 1845, y Letenneur, en 1856, intentaron triturar el pedículo del pólipo con pinzas dejadas permanentemente. Legouest empleó también este procedimiento, cuya invención le atribuye muy equivocadamente Sédillot.

Por lo demás, Legouest llegó al pólipo no por las vías naturales sino después de haber abierto la nariz izquierda y desprendido los huesos propios de la nariz. En suma, no pudiendo la tritura-

ción alcanzar con seguridad toda la raíz del pólipo, se hace temible la recidiva.

4.º *Escisión*.—La escisión se practica, ó en el cuerpo del pólipo con objeto de disminuir su volumen, y en este caso se regula según las circunstancias, ó en el pedículo mismo. Se ha procurado hacer llegar por la boca instrumentos curvos como cucharillas cortantes; pero el velo del paladar constituye un obstáculo casi insuperable; de manera que, en este género, el único procedimiento aplicable sería el de Wathely.

Escisión por la abertura nasal. Procedimiento de Wathely.—En un caso de pólipo muy voluminoso y de pedículo muy ancho, Wathely aplicó previamente una ligadura alrededor del tumor; después introdujo por la abertura nasal un bisturí oculto en una vaina y que tenía un agujero cerca de su punta por el cual hizo pasar uno de los cabos de la ligadura. Un ayudante sujetaba el otro cabo del hilo, mientras que el instrumento era de este modo dirigido con seguridad y aplicado inmediatamente sobre el pedículo, que no medía menos de 55 milímetros de diámetro en un sentido y 37 en el otro; de este modo pudo llevarse á cabo la escisión con lentitud y con feliz resultado.

5.º *Rascado*.—A. Guérin comunicó (en 1865) á la Sociedad de Cirugía, la observación de un enfermo á quien había escindido un pólipo legrado el hueso al nivel del punto de implantación. La legra curva, guiada por el dedo introducido hasta la faringe, había obrado por la boca sin operación preliminar. Michaud (de Lovaina) operó por este método cinco enfermos, de los cuales curaron tres.

6.º *Cauterización*.—Hipócrates y P. de Egina empleaban el hierro candente, protegiendo las partes próximas por medio de una cánula metálica. Nélaton inventó y empleó especialmente en esta operación su cauterio por gas (v. tomo I, pág. 66); Maisonneuve y Richard han aplicado á este caso las flechas cáusticas.

También se ha utilizado el cauterio eléctrico, y se podría recurrir especialmente á la cauterización galvánica ó electrolisis. Valiéndome de este medio, pude destruir, por las vías naturales, un pólipo que se había resistido á la ligadura y al arrancamiento introduciendo una de las agujas que están en relación con los polos de la pila por las fosas nasales, y la otra por la boca, se obtiene, en un número de secciones variable según el volumen del pólipo y sin temor á la hemorragia, la destrucción del tumor.

SEGUNDO MÉTODO. Vías artificiales.—Los cirujanos han imagi-

nado sucesivamente dilatar la vía nasal, después la bucal, y finalmente las dos á la vez.

1.º *Dilatación cruenta de la vía nasal.*—Encontramos en el canon hipocrático la indicación de un procedimiento, que consiste en hendir la nariz para poder aplicar en el pólipo uno ó muchos cauterios actuales. Garengot, para facilitar su salida, propuso separar el ala de la nariz de la mejilla, haciendo seguir exactamente á la incisión del surco natural. Por último, Chassaignac desprende la nariz en su totalidad para facilitar el paso de su estrangulador lineal. Véase cómo procede.

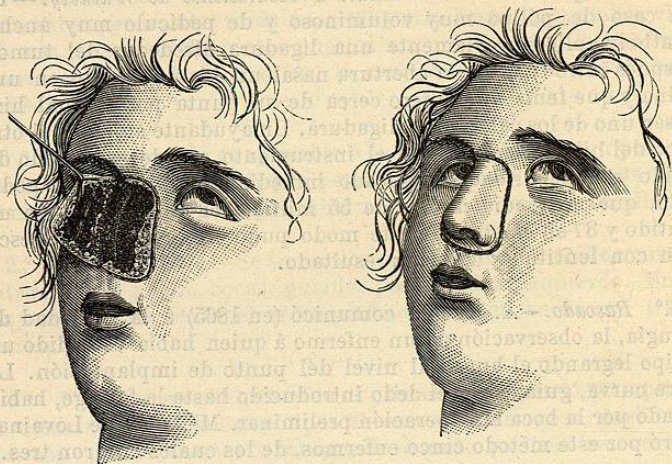


FIG. 479

FIG. 480

Procedimiento de Chassaignac

Procedimiento de Chassaignac.—Empieza por practicar una incisión transversal al nivel de la raíz de la nariz, incisión que va desde una á otra órbita. De la extremidad izquierda de esta incisión parte otra que desciende con alguna oblicuidad hasta el nivel de la parte inferior del orificio nasal; añade después á ésta una tercera incisión transversal, que se extiende de izquierda á derecha por debajo de la nariz y mide la amplitud de este órgano. De esta manera resulta la nariz comprendida en un colgajo rectangular, únicamente adherido al resto de la cara por su borde derecho. Divididos los cartílagos y disecados junto con la piel, se inclina el colgajo sobre la mejilla derecha: en esto consiste el primer tiempo (fig. 479).

Después de esto, se practica en seguida con un perforativo una abertura en la parte superior de la nariz, que va transversalmente de una á otra órbita, perforando las apófisis ascendentes del maxilar. Una sierra de cadena pasada por esta abertura dividirá transversalmente los huesos de la nariz; otras dos sierras aplicadas en los extremos de esta abertura y saliendo por las aberturas nasales, dividirán de arriba á bajo y por cada lado las apófisis ascendentes; de este modo se reseca el esqueleto de la nariz, con lo cual resulta una ancha vía, que aún podríamos dilatar más si necesario fuese, sacrificando todo ó parte del tabique ó de las conchas (fig. 480).

Falta aún colocar la cadenilla del estrangulador alrededor del pedículo del pólipo, lo cual se puede llevar á cabo introduciendo el asa por la faringe dirigida por los dedos, como en el procedimiento de ligadura de A. Dubois, y rodeando el pedículo con una simple asa de hilo atada á la extremidad de la cadena, que será arrastrada tirando del otro cabo. Una vez cogido el pedículo, se procede á la sección siguiendo las reglas generales de este proceder (v. tomo I, pág. 51).

El mismo Chassaignac advierte que, en el segundo tiempo de la operación, podríamos reemplazar las sierras de cadena por las cizallas de Liston si se opera en un sujeto joven; y por mi parte añadiré que, en todos los casos, será mucho mejor dejar los huesos adheridos á sus cartílagos y al resto del colgajo que no destruirlos.

Por último, casos hay en los cuales la operación puede limitarse á la disección del colgajo de partes blandas; tanto que Chassaignac así lo hizo para un pólipo bastante voluminoso que pudo extirpar por arrancamiento y escisión, sin haber recurrido á su estrangulador.

Procedimiento de Bäckel.—Se practica la misma incisión que en el procedimiento de Chassaignac; un trócar hundido de uno á otro saco lagrimal, permite pasar una sierra de cadena, con la cual se sierran los huesos de la nariz en su base; después de esto, se secciona la apófisis ascendente del maxilar izquierdo, el tabique de las fosas nasales y se fractura asimismo la apófisis ascendente del lado derecho ranversándola junto con los huesos de la nariz cogidos con unas pinzas cubiertas de agárico, ó bien se la fractura por medio de un escoplo introducido por la nariz; con esto resulta un colgajo que comprende la nariz con un esqueleto, colgajo que será después reemplacado. Finalmente, se extirpan las conchas y el resto del tabique. Este procedimiento lo ensayó en el cadáver Bäckel en 1863 y lo publicó, este mismo cirujano, en la introducción de la obra de Heyfelder; por consiguiente, á pesar de que Von Bruns fué el primero que lo puso en práctica en el vivo, no tiene derecho á reclamar la prioridad de la invención.