

Procedimiento de Lawrence.—Este procedimiento es especialmente aplicable á los pólipos fibromucosos de las fosas nasales. Lawrence, en 1862, operó desprendiendo la nariz en toda su extensión, excepto en la base, la levantó sobre la frente comprendiendo en el colgajo los huesos de la nariz y del tabique, que quedaron adheridos á las partes blandas. Ollier recurrió al mismo procedimiento,



FIG. 481

Procedimiento de Ollier



FIG. 482

Procedimiento de Lawrence

pero practicado en sentido inverso; puesto que dividió la nariz por la base, quedando adherida por las alas y el subtabique, y por consiguiente hubo de bajarla sobre el labio superior (figuras 481, 482).

2.º *Dilatación cruenta de la vía bucal.*—Manne (de Aviñon) dividió el velo del paladar de abajo arriba inmediatamente al lado de la úvula. J. L. Petit lo dividía por ambos lados á la vez; pero Nélaton abrió no sólo el velo del paladar sino la misma bóveda palatina.

Procedimiento de Nélaton.—Estando el enfermo sentado con la cabeza inclinada hacia atrás y apoyada en el pecho de un ayudante, se le hace abrir la boca cuanto pueda; el cirujano, cogiendo entonces con unas pinzas de garfio el borde anterior del velo del paladar, con el bisturí ó las tijeras, lo divide de abajo arriba por la línea media y hasta las inserciones del velo del paladar. El bisturí prolonga además esta incisión hacia adelante sobre la bóveda y en la extensión de 2 centímetros, procurando dividir todas las partes blandas hasta llegar á los huesos; en esto consiste el primer tiempo (fig. 483).

En el segundo tiempo, practica una incisión transversal de unos 2 centímetros de longitud sobre el extremo anterior de la primera, de lo cual resulta una incisión en T, cuyos colgajos es preciso separar de los huesos á derecha é izquierda, sirviéndose para ello de una legra ó espátula (fig. 484).

Conviene además separar transversalmente con un bisturí ó tijeras la hoja superior del velo del paladar, del borde óseo, al cual se adhiere en la extensión de 1 centímetro por cada lado, sin dividir al sesgo los colgajos anteriormente desprendidos.

Separados estos colgajos por erinas confiadas á los ayudantes, se perfora la bóveda palatina con un punzón aplicado en cada uno de los dos extremos de la incisión transversal; por estos dos agujeros se introducen las dos ramas de las cizallas de Liston dirigidas oblicuamente hacia arriba y atrás, y se corta la porción ósea comprendida entre las dos perforaciones y la parte adyacente del

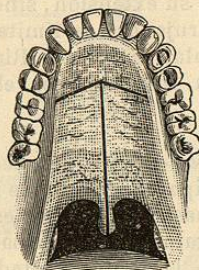


FIG. 483

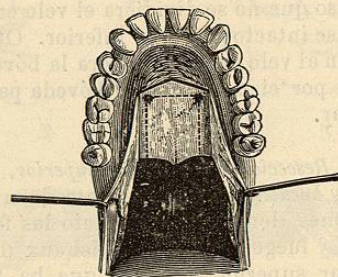


FIG. 484

Procedimiento de Nélaton

vómer. A veces en el momento de esta sección se fractura la porción posterior y media de la bóveda; pero si tal no acontece, es preciso dividirla á derecha é izquierda hasta su reborde posterior con el mismo instrumento, después de lo cual se pasa á extraer los fragmentos de hueso resultantes, respetando, cuanto posible sea, el periostio y la mucosa de la cara superior. Sobre esta mucosa se practica una sola incisión en la línea media, la cual, separados los bordes, pondrá de manifiesto el pólipo, que el cirujano coge con las pinzas de Museux para escindirlo con el bisturí ó con unas tijeras largas y curvas, operación que no ofrecerá la menor dificultad.

En estas circunstancias, nada más sencillo que reemplazar la escisión por la ligadura ú otro instrumento destructor cualquiera. Pero el procedimiento de Nélaton tiene pretensiones más altas, como es la de querer evitar la repululación del pólipo, abandonada hasta entonces al acaso. Por esto no se limita simplemente á la escisión, además de que, si los bordes de la incisión del velo del paladar tienden á reunirse espontáneamente, procura impedirlo hasta que el pólipo parezca destruido por completo.

Desde el momento, pues, que la inflamación consecutiva á la primera operación ha cedido, ataca el punto de implantación del pólipo con el cáustico de Filhos ó con el hierro candente, evitando por supuesto que la cauterización afecte en lo más mínimo la boca ó los lados de la faringe; después de esto, se pone aún en observación para, desde el momento que note la menor recidiva, cauterizar de nuevo, y así continúa sucesivamente; de manera que, sólo después de estar seguro de que la cicatriz es sólida y no tiene la menor tendencia á la degeneración, pasa á reunir el velo del paladar por la estafilorrafia.

Botrel, á fin de asegurar más el éxito de esta última operación, propuso que no se dividiera el velo en toda su extensión, sino que quedase intacto su borde inferior. Otros cirujanos han limitado la sección al velo dejando íntegra la bóveda palatina; pero A. Richard abría, por el contrario, la bóveda palatina, respetando el velo del paladar.

3.º *Resección del maxilar superior. Dilatación cruenta de las vías nasal y bucal.*— Cuando se trata de un pólipo enorme cuyas ramificaciones llenan por completo las fosas nasales, Syme antes que nadie, y luego Flaubert y Michaux de Lovaina, han extirpado el maxilar superior, práctica que ha tenido bastantes imitadores. Anteriormente (t. I, p. 483) hemos descrito los procedimientos que para esta operación se han puesto en práctica.

TERCER MÉTODO. *Resecciones temporales.*— En vez de extraer el maxilar, terrible é irreparable pérdida, Langenbeck procura producir una luxación parcial, para después colocarlo de nuevo en su sitio, asegurando la reunión por la conservación del periostio.

Primer procedimiento de Langenbeck.— Una incisión que vaya desde la parte media de la raíz de la nariz hasta el lado externo de su ala, permite diseccionar la piel conservando el periostio. Armado de unas cizallas fuertes, empezó, dicho cirujano, por cortar el hueso propio de la nariz hasta la espina nasal del frontal, siguiendo el tabique; después de esto, practicó una incisión transversal que, penetrando en el seno maxilar, dividía la base de la apófisis orbitaria del maxilar superior. Operadas estas dos secciones, con un elevador introducido en la fosa nasal, fué posible luxar hacia arriba los huesos, lo cual permitió extraer el pólipo sin dificultad alguna; después de esto los huesos luxados, que habían quedado adheridos á un ancho colgajo de unos 3 centímetros, en parte perióstico y en parte mucoso, fueron colocados de nuevo en su sitio normal, y la piel se reunió por sutura. Parece que á los quince días la reunión era completa (fig. 491).

Segundo procedimiento de Langenbeck.— Se practica una incisión de convexidad inferior, que comprendo todo el espesor de las partes blandas, y situada al través de la mejilla desde el ala de la

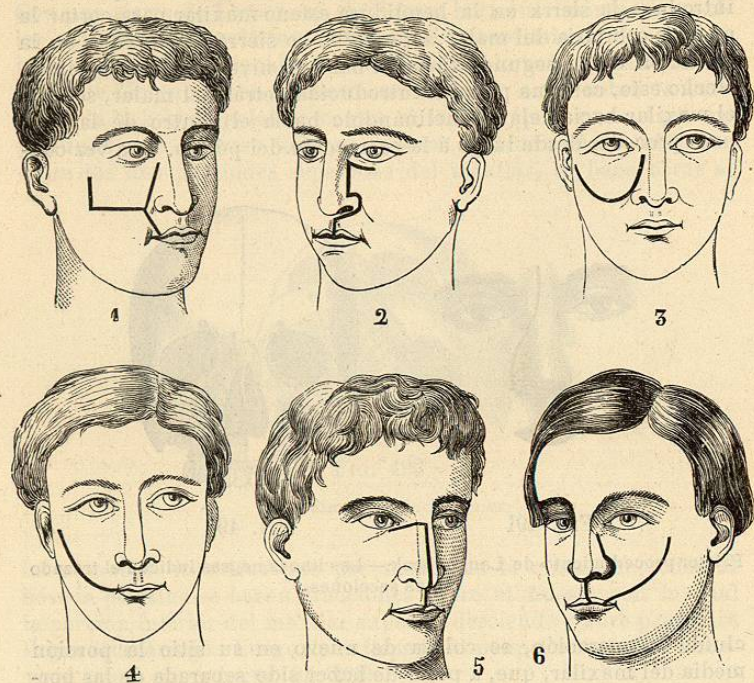


FIG. 485 á 490

RESECCIÓN COMPLETA DEL MAXILAR SUPERIOR: TRAZADO DE LA INCISIÓN

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Procedimiento de Gensoul. | 4. Procedimiento de Velpeau. |
| 2. — Nélaton. | 5. — Maisonneuve. |
| 3. — Langenbeck. | 6. — Fergusson. |

nariz hasta la parte media del borde inferior del maxilar. Se desprende el masetero de su inserción en este hueso, con lo cual la boca se abre mucho más, para facilitar la acción de una sierra de Larrey dirigida á la fosa eseno-maxilar á través del agujero eseno-palatino, de suerte que su punta llega á la parte superior de la faringe por encima del velo del paladar. El dedo aplicado detrás del velo lo protege de la acción de la sierra, la cual, siguiendo la incisión de las partes blandas, corta oblicuamente

el maxilar superior, separando la porción dentaria de la orbitaria. Una segunda incisión que parte de la eminencia nasal del frontal, sigue el borde inferior de la órbita hasta la parte media del arco zigomático, en donde se une con la primera. Serrada la apófisis, se introduce la sierra en la hendidura eseno-maxilar para cortar la apófisis orbitaria del malar, en seguida se sierra el maxilar en la dirección de la segunda incisión hasta el nivel del saco lagrimal. Hecho esto, con una palanca introducida detrás del malar, se luxa el maxilar hacia delante inclinándolo hacia el centro de la cara para proceder desde luego á la extracción del pólipo. Una vez con-



FIG. 491

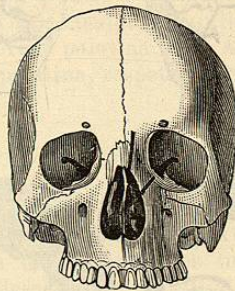


FIG. 492

Primer procedimiento de Langenbeck.— Las líneas negras indican el trazado de las secciones

cluida la operación, se coloca de nuevo en su sitio la porción media del maxilar, que, á pesar de haber sido separada de las porciones orbitaria y alveolar de este hueso, ha conservado todas sus conexiones con la piel que le cubre y le nutre. Las partes blandas se las reune por sutura.

El primer procedimiento de Langenbeck, que es el que abrió la serie de las resecciones temporales, fué puesto en práctica y publicado en 1859; el segundo no se usó hasta 1861, por un tumor de la fosa térigo-maxilar, después que Huguier hubo practicado la resección temporal del maxilar superior.

Procedimiento de Huguier.— Se empieza por practicar un ojal en el velo del paladar, en su inserción á la bóveda palatina. Por esta abertura se pasa una cinta de hilo, que más tarde servirá para hacer tracciones sobre el maxilar. Se practican después dos incisiones en la cara, que profundizan hasta el hueso: la una, partiendo de la parte media del surco lateral de la nariz, desciende hasta

el centro del labio superior rodeando el ala; y la otra, convexa hacia abajo, va desde la comisura labial hasta la inserción malar del masetero (fig. 492, 493). Falta entonces seccionar los huesos. Con una sierra de Larrey, se seccionan horizontalmente el maxilar superior y el palatino, como en el procedimiento de Langenbeck. La apófisis terigoides será cortada por la base con una fuerte pinza de Liston; y con la sierra se hará un corte sobre la cara nasal de la bóveda palatina contra el tabique, pero que no sea tan profundo que interese todo su espesor. Introducido un elevador entre las dos porciones separadas del maxilar, se hace obrar el

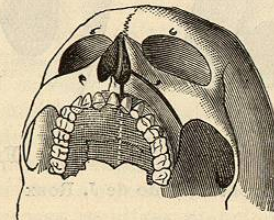


FIG. 493

Procedimiento de Huguier

instrumento, mientras que por medio de la cinta que rodea la bóveda palatina se hacen tracciones sobre el hueso, con lo cual la porción inferior del maxilar superior desciende y abre paso para llegar á la faringe. Luego de extirpado el pólipo, se coloca de nuevo el hueso en su lugar (fig. 493).

Los procedimientos de Langenbeck dislocan la parte superior del maxilar, y el de Huguier, la inferior; J. Roux propuso dislocarlo en su totalidad por el procedimiento siguiente.

Procedimiento de J. Roux.— Incisión de las partes blandas al nivel de la apófisis orbitaria externa, y sección de esta apófisis con la sierra de cadena pasada por la hendidura eseno-maxilar. Incisión aislada de la piel sobre la apófisis zigomática y sección de esta apófisis. Incisión que empieza en el saco lagrimal y termina en la parte media del labio superior rodeando el ala de la nariz. Sección de la base de la apófisis ascendente al nivel de la órbita. Separación de la apófisis terigoides de su articulación con el maxilar con un escoplo introducido entre los dos huesos detrás de la última muela; por último, incisión transversal que desprende el velo del paladar, de la bóveda palatina del lado correspondiente, y sección de delante atrás de la bóveda pala-

tina. En este momento, el maxilar está únicamente sujeto por algunos fragmentos de periostio y partes blandas, y por consiguiente luxado hacia arriba y separado permitirá llegar hasta la faringe (figs. 494, 495).

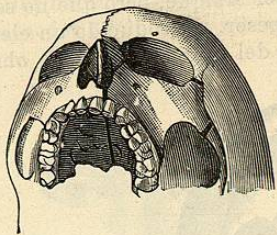


FIG. 494



FIG. 495

Procedimiento de J. Roux

Apreciación.—Dudamos que sea posible determinar categóricamente la superioridad de tal ó cual método. La naturaleza, volumen y modo de implantación del tumor, su mayor ó menor tendencia á las hemorragias, la existencia de recidivas anteriores y la salud del enfermo, son circunstancias que deben influir á cual más en la conducta del cirujano. La *ligadura*, á más de ser de difícil colocación, es únicamente aplicable á los pólipos pediculados y ofrece pocas seguridades contra la recidiva. El *arrancamiento* obra á ciegas, y no es posible aconsejarlo en la mayoría de estos pólipos. La *trituration* será difícilmente aplicable á los pólipos voluminosos de ancha base de implantación; sin embargo, ha procurado alguna curación, y por consiguiente podríamos emplearla como medio paliativo.

El *rascado* lo emplearon Guérin y Michaux (de Louvain), sin operación preliminar y por la boca; es aplicable á los pólipos poco voluminosos que permiten al dedo índice llegar hasta sus inserciones para servir de guía á la legra; pero, como hace observar Michaux, que ha operado por este método cinco enfermos, no ofrece absoluta seguridad contra las recidivas, por razón de que el cirujano no puede vigilar cual conviene la superficie de implantación. La recidiva sobrevino en uno de los operados, y otro murió por osteitis purulenta de la apófisis basilar seguida de meningitis. El rascado destruye el periostio en el punto de implantación, y por lo tanto es un método que debe emplearse como auxiliar de los demás cuando se recurre á operaciones preliminares.

La *cauterización* se ha utilizado hasta ahora muy poco como procedimiento operatorio único, aislado; pero puede utilizarse con ventajas como coadyuvante de los demás procedimientos, teniendo por principal objeto evitar la recidiva.

En cuanto á la *electrolisis*, á pesar de que el inconveniente de una instrumentación quirúrgica complicada ha dificultado su vulgarización, los estudios y ensayos á que me dedico desde algún tiempo me hacen esperar que encontraremos en ella un precioso método terapéutico contra esta afección tan pertinaz. De acción enérgica y segura, puede este medio en muchos casos eximirnos de operaciones preliminares tan graves como la ablación del maxilar, limitándonos á la sección del velo del paladar, y en los casos más graves, á la de la bóveda palatina y el velo.

Es una cuestión más controvertida la que se refiere á las operaciones preliminares, es decir, la elección entre los procedimientos que sirven para agrandar la vía bucal ó la nasal y la ablación definitiva ó temporal del maxilar superior. Michaud, partidario de la ablación total del maxilar superior, sin embargo de que recurre, cuando lo cree indicados, á otros métodos, opone al procedimiento de Nélaton las numerosas recidivas mencionadas en la tesis de De Grandt (París, 1866); pero á esta estadística se le puede dirigir el grave cargo que conviene á todas las que están fundadas en corto número de casos: no puede ser la expresión exacta de los hechos generales, puesto que se apoya únicamente en algunos hechos particulares. Así es que no es posible admitir que de la resección de la bóveda palatina resulten más muertos que de la ablación total del maxilar; conozco muchos casos de muerte acaecida durante esta última operación, los cuales no han sido publicados por los operadores respectivos. La ablación total está sin duda indicada en determinados casos: conviene cuando el pólipo es de ancha base, voluminoso y además envía prolongaciones hacia los senos, la hendidura térigopalatina ó la esfenomaxilar. Por lo demás, si bien Michaud, cuyo nombre hace autoridad en esta cuestión, ha defendido la superioridad de la ablación total del maxilar sobre la ablación parcial de la bóveda palatina, esto no quiere decir que sea partidario de esta grave operación como método exclusivo, puesto que, por regla general, da la preferencia á la ablación de la porción inferior del maxilar, conservando el hueso incisivo con los dientes que en él se alojan, la apófisis ascendente y el suelo de la órbita. He operado por este método trece enfermos y he obtenido diez curaciones: uno de los operados murió por hemorragia y los otros dos por meningitis. Este método es el que me parece preferible en la generalidad de los casos, puesto que permite ver hasta el fondo de la faringe, emplear el rascado del periostio en el punto de implantación y vigilar las recidivas.

punto de la mayor importancia terapéutica de los pólipos nasofaríngeos.

Entre las operaciones parciales ¿qué vía es preferible, la palatina ó la nasal?

La vía nasal, que sirve perfectamente para los pólipos fibrosos de las fosas nasales, no me parece bien cuando se trata de un verdadero pólipo nasofaríngeo; puesto que, aun destruyendo el tabique y las conchas, no será posible ver claramente el fondo de la faringe. La vía palatina puede utilizarse con ventaja en los pólipos que no hayan alcanzado aún mucho volumen y cuya implantación corresponde en un punto algo bajo.

Las resecciones temporales, que á primera vista son satisfactorias, se hacen acreedoras á las más graves objeciones. El primer procedimiento de Langenbeck se empleó contra los pólipos nasales; el segundo contra un tumor de la fosa esfenomaxilar. La operación de Huguier proporcionó una escasa abertura, además de que, colocado el maxilar nuevamente en su sitio, conservó tal tendencia á la dislocación, que seis meses después aun era movable. El procedimiento de J. Roux fué únicamente ensayado en el cadáver; pero el maxilar resulta tan aislado, que probablemente su vitalidad quedaría seriamente comprometida. En resumen, les faltan á estas operaciones hechos que comprueben su eficacia, y por lo tanto la resección pura y simple, á pesar de los inconvenientes de una deformidad ulterior, continúa por ahora siendo el procedimiento que da mejores resultados. Por último, debemos llamar la atención sobre un punto de la mayor importancia: los pólipos nasofaríngeos se encuentran especialmente en los adolescentes y la edad parece que suspende los progresos del pólipo; si algunos amenazan inmediatamente la vida y exigen una operación radical, es contra éstos que aplicaremos los métodos que podríamos llamar paliativos: arrancamiento, trituración, cauterización y electrolisis. Podrá ser que sobrevengan recidivas, pero es seguro que, en muchos casos, serán éstas muy raras, dejarán entre sí dilatados intervalos, y probablemente cesarán, evitando así al enfermo operaciones radicales, que no sólo son peligrosas por sí, sino por las operaciones preliminares que reclaman.

CAPÍTULO IV

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA BOCA

Y SUS DEPENDENCIAS

Estudiaremos sucesivamente las operaciones que se practican en los labios, las que reclaman las afecciones del carrillo, y las que se practican en el aparato salival, lengua, amígdalas y velo del paladar.

ARTÍCULO PRIMERO

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS LABIOS

I.—Rodete mucoso del labio

Se encuentra á veces en la cara interna del borde libre del labio superior, raras veces en el inferior, una especie de rodete rubicundo, que, siendo de origen congénito, unas veces aparece bajo la forma de uno ó muchos tuberculitos, y otras con el aspecto de una prominencia transversal que tiende á invertir el labio hacia afuera en el momento que el sujeto ríe ó habla. Es una especie de hipertrofia limitada de la mucosa.

Procedimiento operatorio.—Mientras que un ayudante invierte el labio hacia afuera poniendo de manifiesto su cara interna, el cirujano coge con unas buenas pinzas el rodete transversalmente y en toda la extensión posible, lo levanta un poco, y con las tijeras curvas por el plano ó un bisturí ordinario, lo escinde por completo. Resulta de esta operación una herida muy regular, á la cual no es necesario aplicar curación alguna, pues que espontáneamente se cicatriza á no tardar.

II.—Hipertrofia del labio superior

Anatomía.—La hipertrofia del labio superior, que por lo general es signo del escrofulismo, puede también aparecer en sujetos libres