

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

de esta enfermedad. En la disección, se encuentra generalmente el tejido celular engrosado é infiltrado de serosidad y los músculos pálidos, descoloridos, unas veces delgados como los de un viejo y más raras veces engrosados por la interposición del tejido celular entre sus fibras. También la membrana mucosa participa á veces de esta hipertrofia.

Procedimiento operatorio (Paillard).—Sentado el enfermo en una silla baja, con la cabeza apoyada en el pecho del cirujano, que estará de pie detrás de él, un ayudante coge con el pulgar é índice la comisura labial derecha y la atrae hacia adelante, mientras que el cirujano coge con la mano izquierda la comisura opuesta, y con un bisturí recto practica una incisión que mide la distancia que las separa, recorriendo el borde libre del labio á una distancia de la cara anterior, variable según el grosor de tejidos que conviene separar. Diseca de abajo arriba hasta algunos milímetros cerca del frenillo del labio, y cuando el colgajo así disecado se sostiene únicamente adherido por la base, lo corta con el bisturí ó con las tijeras. Por lo común, se presenta de momento una hemorragia muy abundante, pero á no tardar se suspende por sí misma.

En este procedimiento, el labio, por decirlo así, se divide en dos, de lo cual resulta una herida con pérdida de sustancia, cuyos bordes, al aproximarse, dejarán al labio su extensión natural. No es necesaria cura alguna, y únicamente quizá sería útil, como medio auxiliar de la operación, colocar, después de algunos días, un aparato ligeramente compresivo sobre la superficie anterior del labio.

III. — Atresia del orificio bucal

Pudiéramos aplicar á este caso todos los procedimientos generales anteriormente indicados, pero el procedimiento de Boyer es el que se inventó especialmente para la boca, y ha dado buenos resultados. No obstante, todos son muy inferiores al de Werneck, que consiste en cubrir con la mucosa las superficies seccionadas por el bisturí.

Procedimiento de Werneck.—Un sujeto de unos treinta y cinco años llegó á tener la abertura bucal tan considerablemente estrechada por efecto de úlceras sifilíticas, que no podía introducir en ella más que una cucharilla muy pequeña. Werneck, con un bisturí abotonado, dilató la abertura por ambos lados; trazó luego en la cara exterior un colgajo transversal de forma elíptica; y lo

extirpó hasta la mucosa; disecó en seguida ésta en una extensión de 6 á 7 milímetros, y aplicándola sobre la herida, la reunió á la piel por sutura, con lo cual formó los dos labios con su correspondiente reborde mucoso.

En un caso análogo, después de haber hendido la mucosa por ambos lados para darle su amplitud ordinaria, notó que dicha membrana estaba alterada, y que por lo tanto no podía cubrir con ella los nuevos labios. Resolvió este conflicto del modo siguiente: tomó de la cara interna de los carrillos, al nivel de los molares, colgajos de mucosa sana para cubrir los ángulos de la nueva abertura, con lo cual debía alcanzar que los dos labios se cicatrizasen aisladamente uno de otro.

Este procedimiento es muy parecido al que puso en práctica más tarde Dieffenbach, á quien se atribuía equivocadamente la prioridad.

IV. — Del labio leporino

Anatomía.—El labio leporino se presenta en cuatro estados diferentes, que modifican singularmente los procedimientos operatorios. Se distinguen, pues:

1.º *El labio leporino único y simple*, que consiste en una cisura congénita del labio superior á cosa de un centímetro de la línea

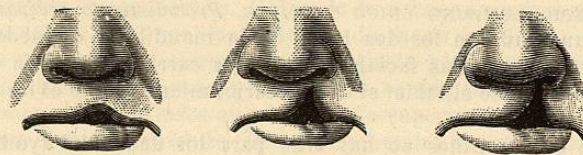


FIG. 496

Grados del labio leporino simple

media; es más frecuente á la izquierda que á la derecha, y sus bordes, cicatrizados separadamente, presentan una pequeña porción rubicunda, que es sacrificada por la operación (fig. 496).

2.º *El labio leporino doble*, en el cual se trata de dos cisuras separadas por un colgajo medio llamado *tubérculo labial*, cuya forma y dimensiones son muy variables.

3.º *El labio leporino único, pero complicado* con fisura de la bóveda palatina, por separación más ó menos notable de los huesos (fig. 497).

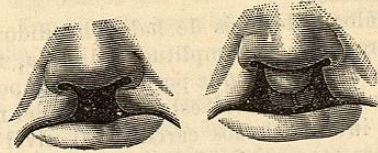


FIG. 497

Labio leporino doble

4.º *El labio leporino doble y complicado* por doble fisura de los maxilares por delante, terminando por detrás en una hendidura media que divide comunmente toda la bóveda hasta el velo del paladar. En este caso, comunmente la porción media de los maxilares, llamada *tubérculo óseo*, mucho más desarrollada que el resto del hueso, forma hacia delante una gran prominencia, que se hace más notable todavía cuando han salido los incisivos, y por efecto de esta prominencia el tubérculo labial es impelido hacia delante, de manera que á veces llega á ponerse directamente en contacto con la punta de la nariz. Los dientes implantados en el tubérculo óseo pueden guardar la dirección normal ó desviarse hacia el exterior.

I. LABIO LEPORINO ÚNICO Y SIMPLE. *Procedimiento ordinario.*— Sujeta un ayudante los dos lados de la mandíbula, de modo que comprima las arterias faciales, dirige los carrillos hacia la línea media y sostiene el labio, si es necesario, mientras que el cirujano refresca los bordes.

Como en los niños no hay sitio para los dedos del ayudante, será preferible coger los dos bordes de la cisura labial hacia su comisura entre las ramas de unas pinzas de forcipresión, ó mejor aún con unas pinzas de ramas paralelas y separadas tales como las que he mandado construir á Collin para esta operación. De este modo el labio queda inmovilizado, sin dar sangre por hallarse comprimidas las arterias coronarias. Practica entonces el cirujano el refrescamiento, ya sea con el bisturí, ya con las tijeras, procurando alcanzar y quitar el ángulo superior. Si hubiese adherencias profundas deberían destruirse, y si el frenillo del labio opusiera en este sentido el menor obstáculo, se procedería sin reparo alguno á su sección.

Concluido este primer tiempo, en seguida se pasa á aplicar la

sutura ensortijada. Con el pulgar é índice, coge el cirujano el ángulo izquierdo de la división, y con la mano derecha aplica la punta de la primera aguja sobre la piel á 6 milímetros por fuera de la herida y á 1 milímetro por encima del borde encarnado del labio; desde este punto, la hace penetrar algo oblicuamente de abajo arriba y de delante atrás, por hacerla salir en el punto de unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior de la superficie cruenta; cogiendo entonces la otra porción del labio, la aproxima á la primera para poner en exacta correlación sus respectivos ángulos y la atraviesa con la aguja de dentro á fuera siguiendo una dirección inversa. Esta primera aguja describe, pues, á través de los tejidos, una ligera curva de concavidad inferior, disposición que tiene por objeto hacer sobresalir hacia abajo

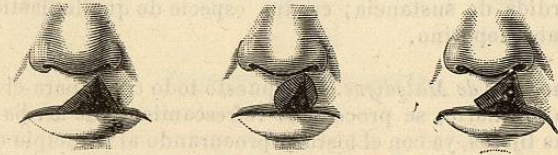


FIG. 498

Procedimiento ordinario Procedimiento de Graefe Procedimiento de Berg

los dos ángulos, á fin de disminuir, cuanto posible sea, la escotadura, que se pronuncia más todavía por efecto de la retracción consecutiva de la cicatriz. Colocada la primera aguja y sujeta por un asa de hilo, con los dedos de la mano izquierda, se confronta exactamente el resto de la división y se pasa la segunda aguja directamente á través de los dos bordes reunidos y á igual distancia de la primera que del ángulo superior de la herida. Lo restante se hace siguiendo las reglas generales de esta sutura.

Debe ponerse mucho cuidado en que la reunión esté muy bien hecha del lado de la cara mucosa, porque si la sutura fuese demasiado superficial, podría continuar la hemorragia por el lado de la boca excitada por la succión que ejerce el niño.

La sutura entrecortada hecha con hilos metálicos tal vez no dé tan buenos resultados, pero como es más flexible que las agujas, no estorba tanto y corta menos. A esta sutura recorro yo las más de las veces. Para apoyar las suturas pueden aplicarse de uno á otro carrillo una cinta de tela hecha adherente con el colodion.

Después de la operación debe alimentarse al niño á cucharadas, y si llora deberá la madre sostenerle los labios con sus dedos. Después del tercero ó cuarto día, si el niño está algo crecido, pueden

quitarse los hilos superiores, los inferiores deberán permanecer á lo menos un día más. Se continúa sosteniendo los labios con la sutura seca. Por lo común, al noveno ó décimo día la curación es completa.

Con el objeto de evitar la escotadura, que queda casi constantemente después de la aplicación de este procedimiento, algunos cirujanos han propuesto dar á cada incisión una forma ligeramente cóncava, á fin de que, al aproximar los bordes respectivos, resulte una ligera prominencia en la parte inferior. Bichat fué el primero que habló de este proceder, atribuyéndolo equivocadamente á Celso y Guillemeau; pero aparte de que su ejecución es más difícil, no ha dado mejores resultados que el procedimiento ordinario. Creo haber resuelto este inconveniente conservando los pequeños colgajos que las incisiones desprenden, y utilizándolos para reparar la pérdida de sustancia; es una especie de queiloplastia aplicada al labio leporino.

Procedimiento de Malgaigne.—Dispuesto todo como para el procedimiento ordinario, se procede al refrescamiento de arriba abajo, ya con las tijeras, ya con el bisturí, procurando al principio costear exactamente los rebordes laterales del labio leporino, para seguir después la dirección del ángulo redondeado con que terminan; de manera que la incisión representa una curva que termina á 2 ó 3 milímetros del borde natural del labio, al nivel del punto en que este borde toma la dirección horizontal que le corresponde. Estos dos colgajos quedan únicamente unidos al labio por un delgado pedículo, que no es obstáculo para invertirlo fácilmente de arriba abajo, de manera que se miren por su cara cruenta. La primera aguja, que debe ser muy resistente, se la coloca en la parte más baja del labio, para poner inmediatamente en mutuo contacto los dos ángulos entrantes que resultan del ranversamiento de los colgajos; por encima de ésta, se colocan una ó dos más. Reunido como acabamos de decir el cuerpo del labio, falta únicamente dar á su borde libre la forma conveniente.

Para conseguirlo, debemos coaptar el pedículo de los dos colgajos. A veces la incisión ha descendido poco y los colgajos invertidos no se continúan horizontalmente con el resto del borde labial; en este caso, conviene prolongar la incisión hacia abajo y de lado hasta que se obtenga esta continuidad horizontal, para después recortar con las tijeras toda la porción excedente de los colgajos, conservando únicamente lo necesario para llenar la escotadura que pudiera resultar; sin embargo, considero prudente conservar un milímetro de exceso por la retracción de la cicatriz. Finalmente, se los reúne, ya con finos alfileres de insectos, ya con puntos de sutura entrecortada.

Si la división congénita ó accidental del labio no comprendiese más que una parte de la altura del mismo, se empezará por prolongarlo hacia arriba hasta por debajo de la nariz, á fin de alcanzar una coaptación más fácil y exacta del ángulo superior. Si el frenillo del labio descende demasiado, sin reparo alguno se le puede dividir.

Por lo demás, sirviéndose del bisturí se puede igualmente empezar la incisión en la parte inferior, atravesando con la punta del

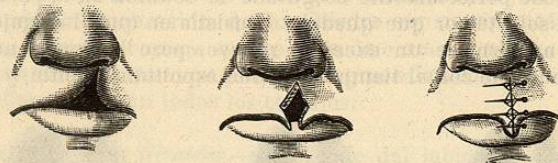


FIG. 499

Procedimiento de Malgaigne

instrumento el labio cerca de su borde y haciéndolo correr en seguida de abajo arriba hasta el vértice de la división anormal. También con las tijeras podemos empezar practicando de arriba abajo la cuarta parte ó la mitad de la incisión, para completar en seguida el refrescamiento de abajo arriba. Sin embargo, estas modificaciones carecen de importancia; pero Mirault (de Angers) ha encontrado otra manera de utilizar los colgajos obtenidos por el procedimiento de Malgaigne.

Procedimiento de Mirault.—Después de practicado el refrescamiento como indica la fig. 499, se reseca de un lado el colgajo A, para aplicar en la superficie cruenta resultante la cara superior



FIG. 500

Procedimiento de Mirault

igualmente cruenta del otro colgajo B, conservado y cortado de la longitud conveniente.

Esta modificación tan ingeniosa da resultados satisfactorios.

Procedimiento de Nélaton.—Cuando la división normal del labio no llega hasta la nariz, sino que termina superiormente en un ángulo formado por partes blandas, Nélaton desprende los bordes con el bisturí, dejando los colgajos adherentes por su extremo inferior como en el procedimiento de Malgaigne, pero continuando superiormente las dos incisiones por encima del ángulo, de lo cual resulta un colgajo único en forma de puente, que, vuelto hacia abajo, está destinado á formar el borde libre del labio. De este modo queda perfectamente asegurada la reunión en la parte inferior, y el solo temor que quedaba consistía en que el colgajo conservado no formase un excesivo relieve, pero la experiencia ha demostrado que con el tiempo se retrae espontáneamente, y por lo



FIG. 501

Procedimiento de Nélaton

tanto en ningún caso se hace necesaria una resección ulterior (fig. 501).

Debo añadir que la experiencia me ha desengañado de los vendajes y apósitos destinados á sostener las agujas; si se trata de un sujeto ya razonable, hasta aconsejarle la absoluta inmovilidad del labio; en los niños, será suficiente que, al llorar ó gritar, se les sujeten los carrillos con el pulgar é índice para impedir una excesiva tracción.

II. LABIO LEPORINO ÚNICO CON FISURA DE LA BÓVEDA PALATINA.

—En los casos de esta naturaleza, unas veces la fisura es ligera y sin apenas separación, mientras que otras veces la separación es considerable; se encuentran además casos en que uno de los maxilares ha quedado en un plano muy posterior al otro, por lo cual la nariz está aplanada y como atraída hacia afuera y atrás del lado del hueso dislocado.

Quando la fisura es ligera, son suficientes los procedimientos que llevamos descritos como aplicables al labio leporino simple; pero si la separación fuese considerable, las suturas dividirían los tejidos y ningún apósito sería suficiente para sujetarlos. Algunos cirujanos han intentado aproximar los huesos por medio de pelotas

aplicadas sobre los carrillos, las cuales tienden á reunirse gracias á un resorte que las aproxima; este método podrá, en efecto, ser útil en el recién nacido; pero pasado el primer año, y muchas veces antes de esa época, los huesos oponen á la presión enérgica resistencia, y en tal caso ésta no hace otra cosa que irritar y hasta, si no se vigilan cuidadosamente sus efectos, llega á gangrenar la piel de los carrillos. Por lo demás, aún en los casos más favorables, esta aproximación exige por lo menos diez ó doce días y muchas veces más.

Quando la separación de los bordes es considerable, y por consiguiente la abertura que se trata de cerrar es ancha, Giraldès ha aconsejado y puesto en práctica el procedimiento siguiente, con el cual se conservan todos los colgajos:

Procedimiento de Giraldès.—En el lado del labio correspondiente á la línea media, á la derecha, por ejemplo, se practica una incisión que, siendo vertical primero (B) y oblicua después (A) (figura 502), empieza al nivel de la base del labio y termina en el borde libre del mismo. En el otro lado se practican dos incisiones, una horizontal (C), por debajo de la abertura nasal y que cae sobre el borde adherente del labio, y otra oblicua (D), que forma ángulo

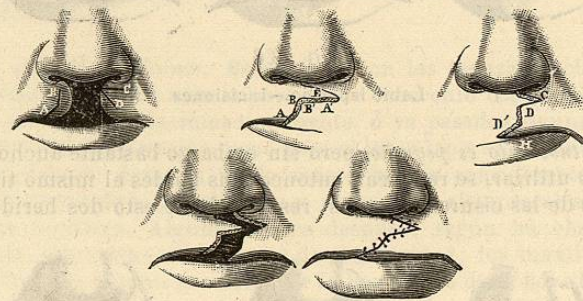


FIG. 502 á 505

Procedimiento de Giraldès

agudo con la primera, empezando en el borde del labio leporino y dirigiéndose hacia la comisura; esta segunda incisión no llega hasta el borde libre. Hecho esto, se eleva hacia la nariz el colgajo (E) (fig. 503) desprendido de la porción derecha del labio, mientras que, por el contrario, se inclina hacia abajo el colgajo H, de la porción izquierda. El colgajo E viene á colocarse debajo de la abertura nasal izquierda; su borde refrescado A', B', después de

colocado en dirección recta (fig. 504), se pone en contacto con el borde C del labio izquierdo (fig. 505); su borde B se aplica al borde D, mientras que el borde D del colgajo H viene á corresponder con el borde A de la porción derecha del labio.

Este procedimiento, que hasta con el auxilio de los grabados es difícil comprenderlo, debemos confesar que es demasiado complicado; es una acusación tanto más grave ésta, cuanto que se pretende que Giraldès, al poner en práctica su procedimiento, algunas veces se ha confundido entre tantas incisiones, sin recordar de momento cuáles bordes debían respectivamente corresponderse.

III. LABIO LEPORINO DOBLE.—La conducta del cirujano será diferente según que exista ó no tubérculo, y en caso afirmativo, según sean sus dimensiones.

Si existe un ancho tubérculo, se opera como si se tratase de dos labios leporinos, aplicando en cada lado alguno de los procedimientos del labio leporino simple (fig. 503).

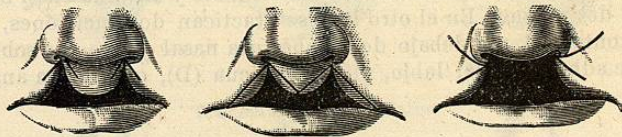


FIG. 506

Labio leporino.—Incisiones

Si el tubérculo es pequeño, pero sin embargo bastante ancho para poderlo utilizar, se refrescan entonces sus bordes al mismo tiempo que los de las cisuras laterales, resultando de esto dos heridas se-

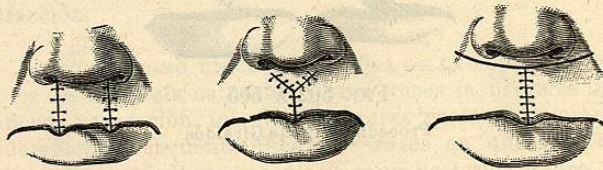


FIG. 507

Labio leporino doble.—Suturas

paradas en forma de V invertida ó una herida única representando una M. Se colocan en seguida las agujas por el orden ordinario, coaptando perfectamente el colgajo medio con los laterales y atra-

vesando los tres á la vez. De este modo se obtienen dos heridas lineales paralelas, ó una herida en Y, unida por una sola línea de agujas. No obstante, si las heridas paralelas ó las ramas de la Y resultasen demasiado separadas, podríamos aplicar á cada una de ellas puntos de sutura ensortijada (Gensoul) (fig. 507).

Si el labio leporino doble se opera por el procedimiento ordinario, queda una escotadura mucho más deforme que en el labio leporino simple: podremos igualmente evitarla haciendo aplicación del procedimiento de Malgaigne, ó, cuando sea posible, del de Nélaton.

Si falta el tubérculo, la separación es á menudo considerable y podemos emplear los procedimientos ordinarios ó el de Giraldès, pero practicando incisiones por debajo de las alas de la nariz y prolongándolas más ó menos sobre el carrillo, según la mayor ó menor tracción que deban sufrir los colgajos.

IV. LABIO LEPORINO DOBLE COMPLICADO.—El labio leporino doble complicado puede ofrecer al operador cuatro dificultades principales: 1.º que algunos dientes implantados en el tubérculo óseo lleven una dirección viciosa; 2.º que este tubérculo sobresalga demasiado hacia delante; 3.º que el tubérculo labial se inserte en la punta de la nariz; y 4.º que la considerable separación de los huesos sea un obstáculo para la reunión de las porciones laterales del labio.

1.º *Método de Franco. Resección.*—Con las tenazas incisivas ó una sierra, se reseca toda la porción de tubérculo óseo que sobresale; y después, sea inmediatamente, ó ya pasados algunos días, se procede á la operación como para el labio leporino ordinario.

Este método deja un vacío más ó menos considerable en la parte anterior de la mandíbula, y priva para siempre al enfermo de sus incisivos. Algunos meses después, según ha observado Desault, sobreviene otro género de deformidad: los maxilares se aproximan y acaban por obliterar la hendidura de la bóveda palatina, pero el diámetro de la mandíbula superior disminuye por delante en la extensión que corresponde á la amplitud del tubérculo óseo; y por lo tanto pierde su relación natural con el de la mandíbula inferior, por lo cual sobreviene lo que se observa frecuentemente en los viejos desdentados, es decir, que la primera mandíbula se encaja dentro del perímetro de la segunda, disposición que no deja de ser muy incómoda para la masticación. Diré luego cómo deben juzgarse estas objeciones.

2.º *Método moderno ó por reducción.*—Cuenta tres procedimientos: compresión, fractura del pedículo óseo, escisión de una parte de este pedículo, resección de una porción del vómer.

Procedimiento de Desault. Compresión.— Empezaba este cirujano por aplicar sobre la porción saliente una simple venda tirando fuertemente hacia atrás, en donde la fijaba por cada lado. Esta compresión duraba más ó menos tiempo esperando que redujese la porción ósea saliente á su nivel normal: para llegar á este resultado, le bastaron, en un caso, once días, y en otro en que se trataba de un niño de cinco años, alcanzó el resultado apetecido en diez y ocho días. Desde luego procedía como de ordinario á la reunión de las partes blandas.

Bichat explica la eficacia de este medio por el aislamiento en que se encuentra la porción saliente, cuya resistencia debe ser por este motivo poca; pero creo haber demostrado que, por el contrario, esta prominencia ósea está sostenida generalmente por el vómer hipertrofiado, no solamente en longitud, sí que también en espesor. No he visto más que un solo caso en el cual el vómer se detuviese á alguna distancia del tubérculo óseo, con el cual se continuaba por el intermedio de un simple cartilago. ¿Será que casualmente Desault operó en dos casos de este género? Aún así, no es fácil comprender el efecto de una compresión lenta, sobre todo con una venda, y si he de decir lo que pienso sobre el particular, las pretendidas curaciones de Desault citadas por Chorin y Agasse me parecen más que dudosas.

Procedimiento de Gensoul. Fractura del pedículo.— En un niño de trece años, en quien el tubérculo óseo presentaba hacia delante su borde alveolar, Gensoul le cogió con unas fuertes pinzas, como si quisiese fracturarlo para colocarlo á violencia en su dirección perpendicular: esta atrevida tentativa dió un excelente resultado.

Malgaigne ha ensayado este procedimiento sin resultado alguno, y si ha podido salir bien en los casos en que el vómer sería muy delgado, hubiera sido conveniente consignar cómo quedaron los fragmentos de este hueso, que necesariamente debían acabalgar, lo mismo que el tabique cartilaginoso que debió quedar replegado sobre sí mismo.

Procedimiento de Blandin. Escisión del vómer y del tabique de las fosas nasales.— Este cirujano se sirve de unas tijeras muy fuertes ó bien de cizallas. Aplica las cizallas por detrás del tubérculo óseo; practica una primera incisión vertical en el tabique, y otra posterior oblicua de abajo arriba y de atrás adelante, de manera que reseca un fragmento triangular. Es necesario que el vértice del ángulo formado por estas dos incisiones suba muy arriba en el espesor del cartilago del tabique, y alcance hasta el dorso de la nariz, para poder rechazar completamente hacia atrás el tubérculo óseo.

Este procedimiento es indudablemente preferible á los demás;

sin embargo, deja al tubérculo óseo tan movable, que, al menor movimiento de la lengua, choca aquél contra la herida del labio, y además es posible dudar de si llegará á reunirse con los huesos correspondientes, ó si, al contrario, será preciso resecarlo más tarde. Malgaigne había pensado que podrían refrescarse las caras laterales del tubérculo óseo al mismo tiempo que las de los maxilares, para reunirlos por puntos de sutura aplicados sobre la mucosa que los cubre; pero Debrou no sólo había ideado antes este refrescamiento, sino que lo había puesto en práctica, aunque sin añadirle la sutura de la mucosa. Era su operado un niño de seis meses; un mes después de la operación el tubérculo parecía estar completamente fijo y firme en la posición que se le había asignado, pero Gosselin vió al enfermo catorce años después y tuvo ocasión de observar que aún el tubérculo oscilaba.

3.º Tocante al tubérculo labial, cuando se inserta muy cerca de la punta de la nariz, su reunión á las partes laterales lleva hacia arriba el labio superior, dejando al descubierto los dientes y las encías; por otra parte, la nariz igualmente atraída hacia abajo, aplastada, se parece á un hocico de ternera (Dupuytren) y constituye una deformidad tan notable como la que se trata de corregir; de aquí la idea de utilizar el tubérculo labial para formar el subtabique de la nariz.

Procedimiento de Dupuytren.— Colocado el enfermo como de ordinario, el cirujano divide con un bisturí el repliegue mucoso que une el tubérculo labial al tubérculo óseo, y escinde éste con las tenazas incisivas. Terminado este primer tiempo, con un bisturí puntiagudo refresca los bordes laterales del tubérculo cutáneo; después hace lo propio con el borde inferior del mismo; y luego, con unas tijeras fuertes, practica como de ordinario la escisión de los bordes verticales de cada porción lateral de la cisura. Se aproximan entonces estas dos porciones laterales, y se las reúne inmediatamente por medio de dos alfileres dispuestos como de ordinario; después se repliega el tubérculo medio, cuya superficie es cruenta por todos lados, excepto en la cara anterior, y se le aplica sobre el tabique óseo de la nariz, del cual debe formar el subtabique. Se coloca un tercer alfiler comprendiendo á la vez la extremidad superior de cada porción del labio y la extremidad libre del tubérculo replegado; y finalmente, dos puntos de sutura entrecortada acaban de unir los ángulos de este tubérculo á las porciones laterales del labio.

Camo quiera que resultase un tabique demasiado ancho. Dupuytren lo estrechó separando con el bisturí y las pinzas ordinarias un colgajo de cada lado. Anteriormente hemos visto (pág. 204) que