

dido mucho, la incisión en V no es aplicable; y si la pérdida de sustancia es cuadrilátera, la inmovilidad del subtabique y de las alas hace difícil, si no imposible, el deslizamiento de los colgajos laterales. Bruns practica debajo de las aberturas nasales una se-

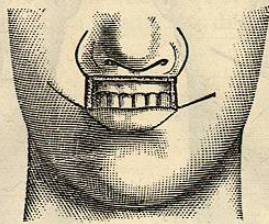


FIG. 524

Queiloplastia del labio superior

gunda incisión paralela á la que interesa las comisuras; pero, no sólo resulta cierta tracción sobre los carrillos, sino que queda la cara surcada transversalmente por una cicatriz. Prefiero, en este caso, trazar en la base del labio una incisión que, rodeando las alas de la nariz (fig. 524) dará á los colgajos la suficiente movilidad.

VIII.— Queiloplastia de los dos labios

En el caso, bastante raro, de tener que restaurar los dos labios á la vez, podremos combinar las operaciones aplicables á cada uno de ellos; no es posible describir para este caso procedimientos especiales, pues que variarán según las circunstancias particulares de cada caso; al cirujano toca combinar las incisiones de manera que utilice todas las partes sanas. El ejemplo de Vanzetti demuestra que es posible un buen resultado, hasta en el caso de una pérdida de sustancia considerable; pero es preciso conformarse con que, después de la curación, queden una notable deformidad y extensas cicatrices (fig. 525).

Teniendo Vanzetti que reparar una extensa pérdida de sustancia con motivo de haber extirpado un cáncer que ocupaba la mitad de ambos labios, la comisura y partes inmediatas del carrillo, procuró ante todo movilizar la porción sana del labio superior por dos incisiones, una vertical y otra horizontal; otras dos incisiones (B) circunscribieron un colgajo que, atraído hacia abajo,

vino á formar un nuevo labio superior. El labio inferior se restableció cortando á derecha é izquierda dos colgajos que se hicieron

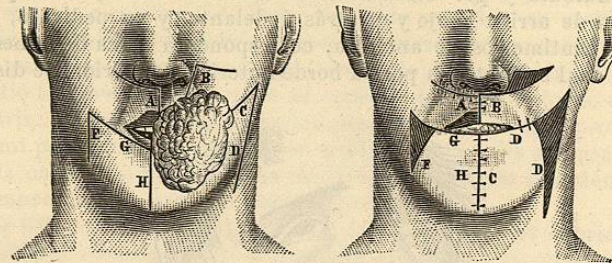


FIG. 525

Procedimiento de Vanzetti

bascular el uno hacia el otro. La fig. 525 dará una idea más exacta de la inclinación dada á los colgajos, que no la descripción más minuciosa.

ARTÍCULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN POR LESIONES DEL CARRILLO

I.— Genoplastia

Franco fué el primero que restauró un carrillo casi completamente destruido. *Dividí la piel*, dice el autor, *en dirección á la oreja, al ojo y á la mandíbula inferior*, y disequé por todos lados los tegumentos hasta que pude poner en contacto los bordes todos. Debieron resultar diferentes colgajos; este proceder podría colocarse entre los procedimientos por tracción. J. N. Roux, en un caso menos grave, se contentó en disecar los bordes de la solución de continuidad, sin cortar colgajo alguno. Podríamos, igualmente, recurrir á los procedimientos por inclinación; pero si se trata de pérdidas de sustancia extensas, quizá ningún procedimiento tiene tantas probabilidades de éxito como el de Lallemand, que pertenece al método indiano.

Procedimiento de Lallemand.— Después de refrescados los bordes de la pérdida de sustancia, el cirujano traza en el cuello un colgajo de la forma y dimensiones necesarias, dándole un tercio más

de lo que corresponde á la amplitud del hueco que debe llenar. Este colgajo se toma de la pared lateral del cuello, por debajo de la mandíbula y por delante del esterno-mastoideo; será, pues, oblicuo de arriba abajo y de atrás á delante, y su pedículo, que mide 3 centímetros de anchura, corresponderá cerca de la herida con la cual se continúa por su borde anterior y superior. Se disea

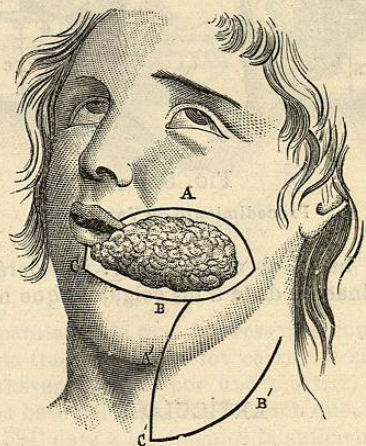


FIG. 526

Procedimiento de Lallemand

este colgajo dándole todo el espesor posible, pero procediendo con mucho cuidado, á fin de no interesar la vena yugular externa, ni las ramas del plexo cervical. Concluída la disección, se le conduce suavemente, por un movimiento de arco de círculo y sin torcer el pedículo, hasta la herida, á la cual debe cubrir por completo y á cuyos bordes debemos unirlo por sutura entrecortada. En cuanto á los bordes de la pérdida de sustancia resultante en el cuello, se hará lo posible para aproximarlos y unirlos del mismo modo (fig. 526).

II.— Constricción cicatricial de las mandíbulas

Esta afección sucede generalmente á extensas ulceraciones de la mucosa que reviste la cara interna de los carrillos; á medida que la cicatriz se forma, aproxima las dos mandíbulas hasta el punto de hacer imposible su separación.

La primera idea que se ocurrió á los cirujanos fué la de dividir transversalmente la cicatriz, para colocar luego entre los dos arcos dentarios una cuña de madera que las mantenga separadas mientras dure la cicatrización. Pero, á medida que ésta se verifica, la retracción del tejido inodular sigue su curso y aproxima las mandíbulas en el mismo grado que antes de la operación. V. Mott dividió transversalmente todo el espesor del carrillo junto con la cicatriz: no comprendo, en verdad, qué esperaba de este proceder. Por mi parte, he intentado hacer que resultara más extensa la cicatriz colocando una placa de madera por fuera del arco dentario, y tampoco me ha dado resultado alguno.

Por último, en 1840, Carnochan trató en vano de deprimir la mandíbula después de la sección de las cicatrices, mas en esta tentativa fracturó el hueso, por lo cual intentó obtener una seudartrosis; pero después de las tres primeras semanas, en que parecía asegurado el éxito, la fractura empezó á consolidarse. Concluyó de esto el autor, que ni la fractura ni la sección serían suficientes y que sería precisa la resección. Esta idea ganó terreno en lo sucesivo. No me detendré en hacer comentarios sobre la idea emitida por A. Bérard en 1838, de seccionar el cuello del cóndilo de la mandíbula; ni tampoco me ocuparé del infructuoso ensayo practicado en 1855 por Bruns, quien practicó la resección en la rama del hueso por detrás de la cicatriz.

En 1854, Esmarch (de Kiel) observó un niño que, á consecuencia de una gangrena del carrillo, no podía abrir la boca; pero á su vez, por efecto de haberse desprendido un secuestro que comprendía tres incisivos y el canino izquierdo, no sólo reaparecieron los movimientos de un lado, sino que persistió la movilidad. Con este motivo, creyó Esmarch que, en casos análogos, la resección podría ser de gran utilidad, y dirigió en este sentido una comunicación al Congreso de Gotinga en 1857. Siguiendo el consejo de Esmarch, Wilms, del hospital de Bethanian, de Berlín, practicó esta operación en 1858 y dió buen resultado. Poco tiempo después la puso en práctica el mismo Esmarch.

No obstante, Rizzoli (de Bolonia), testigo de una curación espontánea en un caso en el cual Baroni, en 1832, había practicado la resección por causa de una necrosis que complicaba la constricción cicatricial, había llevado á cabo, en 1854, y por lo tanto antes que Esmarch, la sección de la mandíbula; pertenece, pues, á Rizzoli el honor de haber inventado este método. Con todo, justo será añadir que nada había publicado sobre el particular cuando Esmarch dirigió su comunicación en 1857.

Sea como fuere, los procedimientos seguidos por Esmarch y por Rizzoli son diferentes.

1.º *Sección del hueso. Procedimiento de Rizzoli.*—Empieza este cirujano por desprender el labio inferior de las encías y del hueso, y colocarlo luego debajo del mentón; después de esto, desliza por debajo y detrás del hueso una de las hojas de unas cizallas fuertes, y opera la sección de un solo golpe. Según el autor, en el mismo instante de la sección, los dos fragmentos *se separan*, de manera que, en su operado, esta separación fué de *más de media pulgada*. Se introducen hilas entre los fragmentos á fin de que se cicatricen por separado, y para asegurar más aún la separación, se coloca una cuña de corcho entre los arcos dentarios del lado movable.

2.º *Resección. Procedimiento de Esmarch.*—Puesta al descubierto la mandíbula por delante de la cicatriz de las partes blandas á beneficio de incisiones variables en su forma y extensión, según las circunstancias de cada caso, con la sierra de cadena ó las cizallas de Liston, se practica en la mandíbula una doble sección y se reseca una porción más ó menos considerable de 1, 2 ó 3 centímetros de longitud; las dos secciones óseas serán, las más de las veces, paralelas, sin embargo de que algunas veces se les ha dado una dirección oblicua en tal disposición, que circunscriben un fragmento triangular de base inferior.

Apreciación.—En 25 observaciones recogidas entre Mathé y Duplay, se cuentan 4 muertos, 5 recidivas y 16 casos sin resultado. La operación de Rizzoli dió casi idénticos resultados que la de Esmarch, bajo el punto de vista de la persistencia de la curación; no es, pues, posible determinarse con perfecto conocimiento de causa por una ú otra operación. Como quiera que la de Rizzoli se limita á una simple sección, será más fácil, y por lo mismo, aparte de lo que una experiencia más dilatada enseñe en lo sucesivo, parece preferible. Lo que ante todo importa evitar es la excesiva unión de los fragmentos, y para conservar la movilidad de los unos sobre los otros, conviene colocar la cuña de madera entre los arcos dentarios del lado que se trata de movilizar á fin de mantener la abertura de la boca, y comunicar frecuentes movimientos á la mandíbula para obtener la mayor flexibilidad posible entre los elementos de unión que se interpongan entre los dos fragmentos. Los casos de muerte acontecidos por infección purulenta en operados de Rizzoli, Esmarch y Demarquay, demuestran que la operación no está exenta de peligros, por cuyo motivo conviene ensayar ante todo la dilatación mecánica, y, si es preciso, asociada con las secciones de las partes blandas; pero, si este medio se frustra, tenemos un precioso recurso en las operaciones de Esmarch y Rizzoli.

ARTÍCULO III

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL APARATO SALIVAL

I.—Fistulas del conducto de Stenon

Anatomía.—Podemos considerar el conducto de Stenon dividido en dos porciones, una terminal, que es la que describen todos los autores, y otra intraglandular, que únicamente se revela por la inyección, y que ha sido especialmente estudiada por Sappey. La porción intraglandular nace de la parte inferior de la parótida, rodea el borde posterior de la mandíbula en la unión de su tercio medio con el inferior, y asciende oblicuamente sobre el masetero, hasta 1 centímetro por debajo de la parte anterior del arco zigomático, en donde se continúa con la porción terminal.

Esta porción corre de atrás á delante, primero sobre el masetero; pero después, á 8 ó 10 milímetros por delante de este músculo, se inclina hacia adentro á través del tejido adiposo del carrillo, perfora el buccinador, y termina, sin válvula alguna, en la mucosa bucal, enfrente de la primera ó segunda grande muela, á 7 ú 8 milímetros por debajo del punto en que la mucosa se une á las encías. Su dirección es casi horizontal, un poco inclinada hacia abajo y adelante, siguiendo una línea que vaya desde la cúspide del trago á la comisura de los labios. Su calibre alcanza 1 $\frac{1}{2}$ milímetros de diámetro, pero el orificio se encuentra algo estrechado. Por lo demás, sus paredes son muy gruesas y le acompañan ordinariamente la arteria transversal de la cara y una gruesa rama del nervio facial.

Las fistulas del conducto de Stenon se presentan en condiciones muy diversas: unas veces la porción bucal del conducto permanece abierta, lo cual parece depender de que no sea completa la división del conducto; pero otras veces esta porción está obliterada, ya al nivel de la solución de continuidad, ya en otro punto cualquiera de su extensión.

Como que el tratamiento debe ser esencialmente distinto en uno ú otro caso, el primer cuidado del cirujano debe dirigirse á fijar el diagnóstico diferencial por medio del cateterismo.

Cateterismo del conducto de Stenon.—Morand y Louis lo sondaron por la fistula misma con un estilete de Anel; pero Louis se encontró con el estilete detenido por la curva que este conducto describe