

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



en el momento que atraviesa al buccinador y la mucosa; obstáculo que desaparecerá desde el momento que se tire de la comisura del labio hacia afuera, sencilla maniobra que pone el conducto en línea recta. Este proceder tiene el inconveniente de que, introduciendo el estilete por la fistula, sólo por casualidad penetrará en el conducto, y en caso de que no penetre, el cirujano no podrá afirmar con certeza si está obliterado: es, pues, por la boca por donde debemos introducirlo.

Se empieza por tirar de la comisura del labio hacia afuera, como acabamos de decir, con lo cual podremos ver el orificio del conducto y dar á éste una dirección recta. Se aplica entonces el extremo del estilete, primero un poco de dentro á fuera, y desde que ha penetrado en él, se le introduce horizontalmente de delante atrás en dirección del trago. Louis dice que ha ensayado este modo de cateterismo sin alcanzar su objeto; yo no encuentro nada más fácil. Cuando el instrumento es detenido por algún obstáculo, se mide á simple vista primero si el espacio recorrido corresponde al que existe entre el orificio interno y la fistula, pero también se puede percibir en el fondo de ésta el relieve del estilete levantando los tejidos.

No hay para qué decir que si la porción bucal del conducto estuviese enteramente obliterada, no sería posible encontrar el orificio.

Pasemos desde luego á exponer las reglas del tratamiento.

I. FÍSTULAS SIN OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO.—Cuando la herida es reciente, como, por ejemplo, cuando el conducto acaba de ser dividido por un sablazo, basta reunir la herida exterior por un punto de sutura ensortijada. Lo mismo podemos hacer siendo antigua la herida, pero tomando la precaución de refrescar previamente los bordes. Si la sutura no da resultado, se procurará obliterar la fistula por la coartación del tejido inodular, empleando la cauterización, ya por medio del cauterio actual, ya por el nitrato de plata.

Con objeto de favorecer la reunión, habían propuesto algunos cirujanos establecer una compresión sobre la parótida ó sobre el conducto mismo entre la fistula y la glándula, para impedir el paso de la saliva. Sería éste un pobre recurso y es á su vez poco racional; la verdadera indicación consiste en impedir la secreción de la saliva, lo cual se consigue, en lo posible, inmovilizando la mandíbula, alimentando al enfermo con sustancias líquidas y sujetándolo á un silencio absoluto.

Cuando por la antigüedad de la fistula hay lugar á temer que la porción bucal del conducto se ha estrechado, está indicada la dila-

tación. Morand fué el primero que, con este objeto, hizo pasar por él una mecha de tres hebras de hilo; Louis le imitó, pero aumentando hasta seis el número de hebras. Luego de alcanzada la dilatación, se dedica el cirujano á cerrar la herida exterior por los medios ordinarios; de este modo los dos cirujanos mencionados obtuvieron cada uno una excelente curación.

II. FÍSTULAS CON OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO.—Cuando la porción bucal del conducto está obliterada, no existen más que dos recursos: abrir á la saliva una nueva vía en el interior de la boca, ó suprimir la secreción de este líquido atrofiando la parótida.

1.º *Abertura de una nueva vía.*—Se trata en primer término de hacer que la fistula se comuniqué con la boca por una abertura artificial, é impedir después que esta abertura se cierre. Con este objeto, Deroy atravesaba la mejilla con un cauterio actual pequeño, en la creencia de que la caída de la escara dejaría una abertura suficiente; otros cirujanos han practicado esta perforación con instrumentos diversos, alesna, bisturí, trócar, aguja, etc., y después han mantenido en ella diferentes cuerpos dilatantes, sedal, cuerda de guitarra, hilo de plomo, cánula, etc.; pero para sujetar estos cuerpos extraños en su lugar, era preciso colocarlos de manera que atravesasen la herida exterior ó por lo menos mantenerlos con un hilo que saliese por esta herida, lo que no dejaba de ser un serio obstáculo para la cicatrización. Deguise ha tenido la feliz idea de colocar en el fondo de la fistula el asa de una especie de sedal, cuyos dos extremos salgan por la boca dejando libre el trayecto de la fistula; pero, á este fin, había escogido un hilo de plomo, y era preciso un proceder bastante complicado para hacerlo pasar cual convenía. Este hilo se ha sustituido ventajosamente por un sedal de hilo común ó de seda, cuyos dos cabos pueden anudarse en la boca. Malgaigne ha simplificado este procedimiento del modo siguiente.

*Procedimiento de Malgaigne.*—Con el sedal se enhebran dos agujas ordinarias, que, aplicadas una después de otra en el fondo de la fistula, se las hace salir por la boca á la distancia conveniente.

Se anudan entre sí los dos cabos del sedal, y por otra parte, se refrescan para reunirlos luego por sutura los bordes de la herida exterior.

Cuando ésta está bien cicatrizada, ó se retira el sedal por la boca, en cuyo caso la saliva se derramará en ella por las dos aberturas practicadas, ó bien se aguarda que caiga por sí misma después de haber destruído el puente que separa estas dos aberturas confundiéndolas en una sola.



Velpeau emitió la idea de que se podría perforar el conducto detrás de la fistula, estableciendo así una fistula interna que no estaría en comunicación con la existente, y por el mismo motivo ésta se cerraría con mayor facilidad. Riberi ha puesto en práctica esta idea del modo siguiente:

*Procedimiento de Riberi.*—Cogido y distendido el carrillo entre el índice introducido en la boca y el pulgar aplicado por fuera, se practica por detrás de la fistula una incisión vertical paralela al borde anterior del masetero, y se dividen los tejidos lentamente y por capas hasta poner al descubierto el conducto de Stenon, se le aísla de la arteria y del nervio que la acompañan, para aplicarle una ligadura y dividirlo transversalmente por detrás de ésta. Hecho esto, se acaba de perforar con el bisturí el carrillo; se hace pasar el hilo de la ligadura á la boca dejándole unos 3 centímetros de longitud, y se reúne la herida exterior por sutura. El hilo que queda en la boca sirve de conductor á la saliva que fluye por la porción posterior del conducto, y favorece á su vez la formación de la fistula interna; cae del décimosexto al vigésimoquinto día, y en caso necesario podríamos apresurar su caída por ligeras tracciones.

Langenbeck propuso un procedimiento que consistía en disecar y aislar la porción posterior del conducto para conducirlo al interior de la boca por una abertura artificial; pero, por más que es ingeniosa la idea, la operación ofrecería grandes dificultades, y seguramente por esto, que yo sepa, nadie la ha practicado hasta ahora.

2.º *Atrofia de la glándula parótida.*—Desault confiaba poder obtener esta atrofia por la compresión de la glándula. Viborg propuso un medio más seguro, que consiste en ligar el conducto entre la glándula y la fistula; y en efecto, los experimentos que sobre este particular se han hecho en el caballo, parece que demuestran que se podría conseguir este objeto sin graves inconvenientes. Cl. Bernard demostró igualmente que, en el caballo, la simple sección transversal del conducto es suficiente para producir la obliteración de los dos extremos: la saliva se reúne entonces en la porción posterior y la distiende en grado considerable; después, en el espacio de seis semanas ó dos meses, la parótida se atrofia progresivamente. Como quiera que la sección del conducto es precisamente la causa de la fistula en el hombre, no hay lugar á proponer semejante medio, por lo cual la ligadura nos quedaría como último recurso, pero hasta hoy día no se ha ensayado aún.

## II.—Fistulas de la glándula parótida

Algunas veces se las ha confundido con las del conducto, lo que se explica perfectamente, dada la dirección que lleva la porción glandular de éste. Quizás, aparte la posición precisa de la fistula, el cateterismo podría ser un medio auxiliar de diagnóstico.

Se han empleado contra estas fistulas, y casi con iguales resultados, *la cauterización, la compresión, las inyecciones irritantes y la escisión*, que consiste en circunscribir la úlcera entre dos incisiones semielípticas, que después se reúnen por sutura ensortijada.

En un caso de fistula de la parótida situada por detrás de la rama ascendente del maxilar y consecutiva á un goma ulcerado, pude obliterarla muy pronto cauterizando su trayecto por la electrolisis; coloqué en la fistula un estilete en relación con el polo positivo, y en el carrillo una esponja mojada en comunicación con el polo negativo.

## III.—Extirpación de la glándula parótida

*Anatomía quirúrgica.*—La parótida, considerada en conjunto, viene á representar una pirámide irregular, cuya base, de figura oval, mira hacia afuera y el vértice hacia adentro. Cubierta por la piel y por una cantidad mayor ó menor de tejido célulo-grasiento, está en relación: superiormente, con la apófisis mastoides, la porción posterior de la cavidad glenoidea y la articulación tèmporo-maxilar; por detrás, con el músculo esterno-mastoideo, del cual está separada por un tejido fibroso muy denso que sirve á la vez de vaina de envoltura al músculo y de cápsula á la glándula; por abajo, desciende hasta algunos milímetros por debajo del ángulo de la mandíbula, y está exactamente limitada por una cápsula fibrosa que en este punto le es propia y la separa de la región suprahoidea. Por delante, ofrece una disposición menos regular; desde luego envía sobre el masetero delgadas prolongaciones que, estando muy adheridas á la cápsula por la cara cutánea, no es difícil desprenderlas del músculo por su cara profunda. En seguida se estrecha entre el esterno-mastoideo y el borde de la mandíbula, pero inferiormente se coloca debajo de este hueso y del tergoideo interno, en el cual se inserta, y se extiende hacia delante casi en la misma extensión que por encima del masetero, separada por lo demás de los tergoideos por su cápsula, á la cual



se adhiere muy poco. Por último, hacia adentro, ó sea por su cara profunda, está en relación con los órganos siguientes: 1.º por detrás, el músculo digástrico apoyado en la apófisis transversa del atlas que le eleva; 2.º más hacia adelante y á mayor profundidad también, la apófisis estiloides y los tendones que en ella se insertan; 3.º más hacia adelante aún, la carótida interna. Pero conviene recordar que la glándula está separada de todos estos órganos por fuertes aponeurosis que concurren á completar su cápsula: así es que la aponeurosis de envoltura del digástrico va á insertarse pasando por debajo de él á la apófisis transversa del axis; desde esta eminencia ósea á la apófisis estiloides, se extiende una hoja fibrosa de las más resistentes, que separa la parótida de la yugular interna; y desde la apófisis estiloides, la cápsula, siendo igualmente muy resistente, se extiende hacia adelante hasta por debajo del terigoideo interno, y hacia abajo, va á insertarse en el ángulo de la mandíbula y separa la glándula de la carótida interna, la cual está aún inferiormente mucho más alejada por los músculos estiloideos. Haré observar, por último, que la carótida interna está separada á este nivel de la yugular por una hoja fibrosa muy resistente que desciende del borde posterior del agujero carotídeo.

Además de estas relaciones de vecindad tan importantes, la parótida es atravesada de abajo arriba por la yugular interna, más aproximada á la cara profunda que á la superficie de la glándula, pero constantemente se la secciona cuando se extirpa esta glándula en su totalidad. Se creyó que lo mismo debía acontecer con la carótida externa; pero especiales investigaciones debidas á Denonvilliers han demostrado que, en efecto, algunas veces la glándula está atravesada por la carótida externa; pero que en otros casos, y éstos son la mayoría, está alojada en un canal que existe en la superficie de la glándula, de manera que podríamos enuclea ésta sin interesar el vaso. Triquet, que ha repetido estos estudios, indica cuatro variedades de relaciones: 1.ª la arteria se aloja en un canal que le proporciona la glándula; esto es lo más frecuente; 2.ª otra en la cual la arteria atraviesa la glándula y ésta le forma un conducto completo; 3.ª otra en que la arteria pasa por delante de la glándula, pero oculta por el borde posterior de la rama de la mandíbula; 4.ª cuatro ó cinco veces por cada veinte la arteria corre dentro de una vaina celulosa completamente aislada de la parótida, y en este caso está situada por delante y por dentro de su vértice. Por lo demás, será bueno recordar que la carótida externa se divide por encima de esta región en dos ramas terminales: temporal-superficial y maxilar interna.

La vena yugular es también en este nivel el producto de la fusión de las dos venas correspondientes; pero además envía á veces desde el interior mismo de la parótida una rama gruesa y

corta, que atraviesa la cápsula por detrás y va á desembocar en la vena yugular interna. Por otra parte, el nervio facial recorre la glándula transversalmente, aparte de algunos otros filetes sin importancia que provienen del nervio maxilar inferior y del plexo cervical.

Por todo esto se comprenderá cuáles pueden ser las dificultades y peligros de su extirpación. A pesar de la opinión afirmativa de Maligne, de Naegelé y de otros cirujanos, miro imposible la extirpación total de la parótida sin sección del facial y parálisis consecutiva de algunos músculos de la cara. Cuantos cirujanos han creído de buena fe haber extirpado toda la glándula sin lesión del facial, se han equivocado completamente. Los tumores de la parótida, que suelen ser el sarcoma y el encondroma, nacen por lo común en las capas superficiales de la glándula; á medida que se desarrollan, rechazan el tejido de la glándula y lo reducen á una lámina delgada, de manera que el tumor acaba por llenar toda la cápsula parotídea. Cuando se procede á la extirpación de estos tumores, que las más de las veces están rodeados de una capa celular que facilita su disección, queda, después de extraído el tumor, una excavación tan profunda, que muy bien puede el cirujano creerse que ha extirpado la glándula entera. Dos veces he tenido que practicar esta operación, y fácilmente me hubiera dejado arrastrar por la misma ilusión, si un atento examen de las partes y la completa integridad del facial, que no enviaba rama alguna al tumor, no me hubiesen impedido creer en la completa extirpación de la parótida.

*Procedimiento operatorio.*—En la practica de esta operación, muchos cirujanos han empezado por ligar la carótida primitiva, y otros se han limitado á colocar sobre este vaso una ligadura provisional. Tales precauciones son innecesarias si se tiene prevenido un ayudante que esté pronto á hacer la compresión en caso de que se haga necesaria. Otros ayudantes deben mantener al enfermo acostado sobre el lado sano y colocado de manera que pueda respirar y escupir con entera libertad.

La forma de la incisión cutánea variará según el aspecto y volumen del tumor; en general, será mejor darle una dirección vertical que no transversal, siguiendo el diámetro mayor de la glándula. Disecados los tegumentos como de ordinario, se desprende la masa alterada empezando por su parte superior y siguiendo por su borde posterior. Además de que en estos dos puntos la parótida queda perfectamente limitada por la articulación temporo-maxilar, la pared inferior del conducto auditivo y la apófisis mastoides, procediendo así, evitamos el caer desde el principio de la operación sobre la carótida. A medida que el bisturí va profundizando, es



necesario inclinar el filo más hacia la glándula que hacia las partes inmediatas que se trata de conservar, y sustituirlo cuanto posible sea por el mango del escalpelo, con el cual se destruirán las adherencias. Podemos facilitar esta parte de la operación haciendo abrir la boca al enfermo todo lo posible, porque este movimiento separa el cóndilo de la mandíbula del conducto auditivo, y dilata otro tanto el espacio en que actúan los instrumentos. De este modo se llega á la parte posterior de la rama de la mandíbula, punto en el cual es preciso redoblar las precauciones á causa de la proximidad de la carótida externa y del origen de la temporal y de la maxilar interna. Si en este punto ó á mayor profundidad aún existiesen prolongaciones de la neoplasia y no fuese posible llegar á ellas con el mango del escalpelo, antes que escindirlas con el bisturí ó las tijeras, será mejor comprenderlas en una ligadura aplicada sobre los tejidos sanos. Disecando siempre de arriba abajo, se acaba por invertir el tumor sobre el cuello para desprenderlo, bien sea por dislaceración ó escisión, ó añadiendo á la escisión la ligadura en masa de lo que falte separar.

Durante esta disección larga y difícil, conviene ligar todas las arterias á medida que se las secciona, ó, si son de ínfimo calibre, hacer que el ayudante las comprima con los dedos. Las arterias que posiblemente serán interesadas, aparte de las carótidas, son: la facial transversa, la temporal, la auricular, la mastoidea, la estilomastoidea, la occipital, la maxilar interna, la faríngea inferior y hasta la lingual y la facial. Si la carótida externa ha sido interesada ó se descubre el peligro inmediato de que lo sea, antes de pasar más adelante se la pone de manifiesto en su origen para aplicarle una ligadura. Si es posible, se evitará la sección del nervio facial, ó sino se dividirá transversalmente sin más reparos desde el momento que se le encuentre. También se hará lo posible para conservar los músculos, excepto en el caso de que participen de la alteración. Aun después de ligadas todas las arterias, queda á menudo una hemorragia venosa que se cohibirá con el taponamiento.

Después de la cicatrización, muchas veces se nota, por efecto de la sección de los músculos estiloideos y otros, dificultad en los movimientos de la faringe, laringe, lengua y aun de la mandíbula; pero la sección del nervio facial paraliza inevitablemente los párpados, el ala de la nariz, la comisura labial y toda la mitad correspondiente de la cara.

#### IV.— Extirpación de la glándula submaxilar

*Anatomía quirúrgica.*—Separada de los tegumentos por la vena facial y el músculo cutáneo, esta glándula está en relación: por arriba, con la cara interna del maxilar; por abajo, con el músculo digástrico, y por dentro, con los músculos hiogloso y milohioideo. La arteria facial costea su borde inferior é interno; el nervio hipogloso y la arteria lingual pasan por debajo de ella, y en su borde enteramente superior se encuentra el plexo del nervio milohioideo.

*Procedimiento operatorio.*—En nada se distingue esta operación de la disección ordinaria de los tumores; basta conocer la posición de los vasos y nervios para evitarlos, ó para ligarlos antes de dividirlos. Será útil atraer la glándula hacia adelante y abajo con una erina; por lo demás, podríamos combinar la ligadura en masa con la disección.

### ARTÍCULO IV

#### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA LENGUA Y EN EL SUELO DE LA BOCA

##### I.— De la ránula

*Anatomía quirúrgica.*—Se denomina así un tumor que, situado debajo de la lengua, forma prominencia al interior de la boca, algunas veces también al exterior, y está lleno de un líquido denso y viscoso como la clara de huevo. Sin prueba alguna se atribuía este tumor á la dilatación del conducto de Wharton por obliteración de su orificio externo; después, sin datos más concluyentes, se le ha definido como una especie de hidropesía de la bolsa mucosa de Fleischmann. Nada más fácil que asegurarse de que el conducto de Wharton no está obliterado, basta para ello hacer salir por él la saliva ó introducirle una sonda. Richet ha encontrado también un quiste en el cual desembocaba el conducto de Wharton; pero parece ser que anteriormente este conducto había sido dividido. La ránula es una transformación quística de uno de los racimos de la glándula sublingual estando obliterado su conducto excretor. En unión de Perier la ví coincidir con un