

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

quiste de la región supra-hioidea. Dolbeau ha descrito como ránula sanguínea un tumor eréctil de esta región.

Sea como fuere, la ránula es de los tumores que están más sujetos á recidivar, y así lo indica el gran número de procedimientos que contra él se han ideado. Me limitaré á mencionar *la incisión, la punción simple ó con el cauterio actual, la introducción de estiletes ó candelillas, el sedal*, empleado por Physick, y *el botón permanente*, último y pobre recurso de Dupuytren. Bastará que nos ocupemos de las inyecciones irritantes, de la extirpación y de la escisión acompañada ó no de la cauterización.

1.º *Inyecciones yodadas*.—Bouchacourt, después de haber vaciado el tumor con un pequeño trócar, inyecta en él tintura de yodo.

Sobre este proceder, debemos advertir: en primer lugar, que el líquido es á veces tan espeso, que no se evacuaría por la cánula del trócar; en estos casos, se hace necesaria una incisión con el bisturí; en segundo lugar, que antes de la inyección yodada será conveniente practicar una ó dos con agua tibia para lavar las paredes del quiste, porque el líquido viscoso que las cubre impediría que la inyección yodada desarrollase toda su eficacia. Por lo demás, tanto si se hace con vino como con tintura de yodo, la inyección es ineficaz las más de las veces por no decir siempre.

2.º *Extirpación*.—Aconsejada ya por Celso y desechada después sin motivo, por muy temible, la ha rehabilitado Malgaigne y puesto en práctica muchas veces con buen éxito. Se empieza por escindir la parte superior del quiste siguiendo el procedimiento ordinario; después, cogiendo la pared interna con unas pinzas, se procura separarlo primero de la mucosa y luego del suelo de la boca, ya por tracciones moderadas, ya disecándolo con el bisturí ó las tijeras.

Se comprende bien que la extirpación completa aleje toda probabilidad de recidiva, y que hasta dejando algunos colgajos sobre los cuales se pase el nitrato de plata, la curación radical quede aún más asegurada que por cualquiera de los demás procedimientos. Por desgracia es poco aplicable este procedimiento, porque expone á que sobrevengan hemorragias al atacar la pared profunda. Esto lo ví suceder en manos de Malgaigne y fué muy difícil cohibirla por razón de su sitio (1).

(1) Todos los métodos empleados contra la ránula han procurado curaciones y todos hanse frustrado más de una vez; circunstancia que ha inducido á los cirujanos á idear nuevos medios, siempre en busca del más sencillo y del más seguro. Por esto, á más de los mencionados por el autor, pudiéramos citar otros como el sedal, el desagüe con los tubos de caucho, etc.; pero, no

3.º *Escisión. Procedimiento de Jobert*.—Empieza por disecar la mucosa bucal en la cara anterior del tumor, practicando en primer lugar una incisión transversal que únicamente divide esta membrana. Coge uno de los bordes de la mucosa con unas pinzas de diente de ratón; algunas veces es suficiente una ligera tracción para despegarla; en caso contrario, se la diseca con el bisturí en una extensión correspondiente al volumen del tumor, y se escinden los colgajos con las tijeras curvas. Se abre entonces el tumor en sentido transversal puncionándolo primero con el bisturí y continuando después la incisión con las tijeras. Resultan de esto dos colgajos formados por la pared propia del quiste; el cirujano levanta con las pinzas el colgajo superior, y lo reune, por dos ó tres puntos de sutura entrecortada, con la porción correspondiente de la mucosa bucal. Lo mismo practica con el otro colgajo; de este modo queda una ancha abertura que da paso al líquido segregado en el fondo del quiste, y que resiste á la retracción, puesto que está tapizada por la mucosa por todos lados. Sin embargo, Sédillot afirma haber empleado dos veces este procedimiento sin resultado favorable, á causa de la retracción y obliteración consecutiva de la abertura.

Procedimiento ordinario.—Levantado el tumor con las pinzas de disección ó una erina, se empieza por hacer con un bisturí recto una incisión semilunar de convexidad externa que abraza toda la cara gingival del tumor; y, cogiendo el colgajo resultante, se le desprende con las tijeras de manera que el suelo de la boca forme nivel con el fondo del quiste. Es operación muy poco dolorosa y apenas da sangre; la herida cura por sí misma sin aplicarle curación alguna.

La escisión por sí sola no evita con seguridad la recidiva, pues

teniendo éstos indicaciones especiales ni ventajas sobre los referidos, no serían estas líneas provechosas.

No obstante, merece especial mención, por haber sido objeto de repetidos y fructuosos ensayos, la *inyección del cloruro de zinc* sin vaciar el quiste ó vaciándolo un poco si es muy espeso el contenido.

Esta inyección se practica con la jeringuilla de Pravaz. Panas inyecta una disolución al $\frac{1}{10}$ ó al $\frac{1}{5}$ y en cantidad de 8 á 10 gotas. Le Dentu y Th. Anger lo emplean en su estado normal de delicuescencia ó en la siguiente fórmula: cloruro de zinc 10 gramos; agua destilada, 5 gramos.

Ordinariamente se desarrollan fenómenos inflamatorios que duran tres ó cuatro días, pero nunca llegan á la supuración. Desvanecidos éstos, el tumor decrece rápidamente.

En opinión de Th. Anger, entre el contenido del quiste y el cloruro de zinc se opera un desdoblamiento en virtud del cual se forma un aluminato de zinc, que se redisuelve en el ácido clorhídrico libre.

Según Gornard-Chantreau, el cloruro de zinc se combina en su totalidad con las materias albuminoideas, y el coágulo se redisuelve y es reabsorbido.

que sus bordes, al retraerse, pueden llegar á reunirse y reproducir el quiste. Para evitarlo, cauterizo enérgicamente el fondo del mismo con el lápiz de nitrato de plata, con lo cual sustituyo la túnica interna por un tejido inodular, que se retrae en toda su extensión cuanto pueden retraerse los bordes de la incisión.

II.— Sección del frenillo de la lengua

Anatomía quirúrgica.—Cuando el frenillo de la lengua se extiende demasiado sobre la cara inferior de este órgano ó es demasiado estrecho de arriba abajo, está formado unas veces por un simple repliegue de la mucosa, pero en otras esta membrana se halla además reforzada por un repliegue de la aponeurosis del suelo bucal. Conviene notar además que en el punto en que este repliegue se inserta en la lengua, inmediatamente por encima de él se encuentran las venas raninas, que se las ve por transparencia siguiendo la dirección misma de la lengua.

Procedimiento operatorio.—Sentado el niño, con la cabeza inclinada hacia atrás sobre la nodriza, y mientras un ayudante le cierra la nariz para obligarle á abrir la boca, el cirujano le levanta la lengua con el pulgar é índice izquierdos, colocados de manera que la palma de la mano mire la nariz del niño, y con la derecha armada de unas tijeras obtusas, divide el frenillo de una sola vez, procurando dirigir hacia abajo las puntas del instrumento y alejarlo todo lo posible de la lengua.

Si los dedos impidiesen ver claro el punto en que se opera, recurriríamos á la sonda acanalada: se coloca el frenillo en la ranura del pabellón de este instrumento; con él se levanta todo lo posible la lengua, y se opera la sección como de ordinario. La herida no exige precaución alguna; cuando el frenillo es muy delgado, los movimientos de la lengua serán suficientes para impedir la reunión; pero cuando es más grueso, será fácil que vuelva adherirse, y por lo tanto conviene vigilarlo cuidadosamente para evitarlo.

Los accidentes que pueden sobrevenir son: 1.º la retroversión de la lengua en la faringe, caso observado tres veces por J. L. Petit, y que asfixiaría inevitablemente al niño si no se colocara pronto dicho órgano en su posición normal; los casos de esta naturaleza son extraordinariamente raros; 2.º la hemorragia, que tendrá lugar siempre que sean interesadas las venas raninas. Es tanto más preciso estar á la mira de este último accidente para atacarlo cual conviene, cuanto que el niño, excitado por la presencia de la

sangre en la boca, efectúa movimientos de succión y deglución continuados, que son por sí suficientes para sostener la hemorragia. Para combatir este accidente, se ha aconsejado tocar la vena herida con el sulfato de cobre ó con el estilete calentado al blanco; J. L. Petit la comprimía por medio de un aparato tan complicado como incómodo. Pero si la presión con los dedos no fuese suficiente para detener la hemorragia, á mi entender, lo más sencillo sería cerrar la herida de la vena por medio de un punto de sutura entrecortada.

Esta operación se practicaba mucho á fines del siglo pasado. Raramente se encuentran hoy indicaciones precisas, y por mi parte nunca he tenido ocasión de practicarla.

III.— De la tartamudez

El tratamiento de la tartamudez debe borrarse por completo del cuadro de la medicina operatoria. Pocas palabras son necesarias para justificar esta opinión.

La tartamudez está caracterizada por la repetición convulsiva de una sílaba, ó por una pausa igualmente convulsiva que el enfermo efectúa delante de una sílaba que en seguida pronuncia de un modo casi explosivo. Muchas veces se une á esto una excreción anormal de saliva. Es preciso no confundir la tartamudez con el balbuceo, que á menudo depende de una afección cerebral como la hemorragia ó el reblandecimiento.

Durante un primer período, que empieza en 1817 con Ytard, el tratamiento de la tartamudez tuvo mucho de mecánico. Este cirujano hacía que el tartamudo declamase rechazada la lengua hacia atrás con una pequeña horquilla aplicada contra el frenillo. El método de la señora Leigh y Malebouche, que procuró algunas curaciones y del que dió cuenta Magendie, consistía en hacer hablar al tartamudo haciéndole aplicar la lengua contra la bóveda palatina. Serre (de Alais) empleaba un método bastante original: hacía medir cada sílaba, pero cuando la tartamudez era muy pronunciada, hacía tirar del brazo del enfermo á cada sílaba, después á cada palabra, y por último, en el momento de empezar cada frase.

Aunque Fabricio (de Hilden) curó á su hermano por la sección del frenillo de la lengua, puede decirse que el período quirúrgico empieza en 1841, época en la cual Dieffenbach dirigió al Instituto una comunicación sobre las operaciones aplicables al tratamiento de la tartamudez.

Dieffenbach seccionaba transversalmente la raíz de la lengua, extirpando de arriba abajo una porción triangular de base superior y de unos 18 milímetros de extensión. Amussat dividía el frenillo y la aponeurosis y ponía al descubierto los genioglosos; Baudens seccionaba directamente con las tijeras estos músculos cerca de su inserción en las apófisis *geni*. También Bonnet seccionaba estos mismos músculos, pero por el método subcutáneo. Parece que al principio se alcanzaron algunos buenos resultados, pero bien pronto vinieron los casos frustrados y después los desgraciados. Dieffenbach vió morir á un estudiante de Berlín, á quien él había practicado esta operación. Guersant asegura que jamás se han obtenido en París más que resultados muy medianos, sin un solo caso de curación completa; jamás en su práctica obtuvo ninguna mejoría algo regular. Por último, Philippe, aunque discípulo de Dieffenbach, en su Tratado de la tenotomía subcutánea, protesta contra estas operaciones y demuestra que el método no merecía, ni de mucho, el entusiasmo con que fué aceptado en un principio; así es que, desde últimos de 1841, empieza á caer el prestigio de esta operación, y Bonnet (de Lyon), que fué quien lo patrocinó por más tiempo, ni pudo, á pesar de sus esfuerzos y de su ejemplo, evitar que esta operación fuese completamente abandonada. Así es, que me extraña en gran manera ver que Óre (de Burdeos), en su artículo *Tartamudez, del Diccionario de medicina y cirugía prácticas*, alaba el método de Bonnet y recomienda la operación. Esta extrañeza sube de punto, cuando vemos que el autor del artículo citado jamás ha llevado á cabo la operación que tanto defiende, y que ni siquiera parece que jamás haya tenido ocasión de tratar esta enfermedad.

Hoy día los métodos fisiológicos han sustituido por completo á los métodos quirúrgicos. El método fisiológico, que pudiéramos llamar gimnástico, está bastante bien definido por la siguiente frase de Jourdan, obrero mecánico que fué uno de los muchos autores de procedimientos de esta clase, y fué el instigador de los trabajos de Becquerel, y el cual se creyó curado después de doce días de este tratamiento, cuando hacía ya doce años que apelaba sucesivamente, y siempre sin el menor resultado, á diversos procedimientos pertenecientes al mismo método. «La tartamudez, dice Jourdan, es debida á que el enfermo emplea en soplo, en vez de hacerlo en sonido, el aire contenido en sus pulmones.»

No describiremos ni enumeraremos siquiera los medios de tratamiento, porque no pertenecen á la medicina operatoria. Los de Colombat, de Chervin, han sido objeto de un juicioso estudio en un informe de Moutard-Martin en la Academia de Medicina en 1875; y la tartamudez ha sido objeto de un excelente artículo del *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*, que lo recomendamos á los

que deseen estudiar esta cuestión. Entendemos que no debemos describir unas operaciones que, por inútiles y hasta perjudiciales, merecen ser desechadas.

IV.—De los tumores y degeneraciones de la lengua

La lengua es asiento de tumores y ulceraciones de muy diversa naturaleza; escrofulosas, sifilíticas, cancerosas y epiteliales. Estas degeneraciones varían además en su forma, sitio y extensión. Trátase unas veces de tumores unidos á la lengua únicamente por un estrecho pedículo; mientras que otras veces este órgano es asiento de una ulceración superficial extensa, ó de un tumor enquistado que se oculta en el interior del órgano; ó bien el tejido de la lengua está afectado á mayor ó menor profundidad en la punta, en los bordes ó en la base; ó tal vez la alteración no se limita á la lengua, sino que se extiende al pilar del velo del paladar ó al suelo de la boca. Sin duda que la naturaleza de la afección es el elemento de primer orden, no sólo para el pronóstico, sí que también muchas veces para la elección de procedimiento; sin embargo, como que la mayor parte de los procedimientos son aplicables á toda clase de tumores, me ha parecido lo más conveniente reunirlos en una descripción general.

Contra los tumores de la lengua, se ha procedido por *escisión*, *ligadura*, *estrangulación lineal* y hasta por *cauterización*. Pero la cauterización por los cáusticos apenas es aplicable más que á muy reducidas superficies, á causa del peligro que existe de que se disuelvan en la saliva; y el cauterio actual es utilizable únicamente para destruir algún punto sospechoso muy limitado ó para cohibir una hemorragia. Por lo tanto, nos ocuparemos tan sólo de los tres métodos restantes.

I. ESCISIÓN.—Cuando se trata de un tumor pequeño y pediculado, lo más sencillo será dividir el pedículo de un tijeretazo. Si el mal tuviese más profundas raíces, lo circunscribiríamos por dos incisiones en V, como se hace para el cáncer del labio.

Los tumores enquistados situados en el interior de la lengua, no se adhieren en general á ella más que por un tejido celular flojo; podemos, en este caso, ponerlos al descubierto por una incisión suficiente y extraerlos por enucleación.

Si la afección alcanza puntos más lejanos, lo primero que debe procurar el cirujano es atraer y mantener la lengua al exterior, á fin de operar con entera libertad; con este objeto, podemos emplear

sobre todo las pinzas erinas y las pinzas de Museux. Hecho esto, la conducta del cirujano dependerá del sitio, profundidad y extensión del cáncer. Louis aconsejaba una incisión transversal y completa, practicada con el bisturí, para los cánceres situados en la parte anterior de la lengua; Boyer prefería practicar con las tijeras una incisión en V, comprendiendo todo el cáncer en un colgajo triangular del vértice posterior; después aproximaba los bordes de la división por sutura entrecortada, de manera que conservaba á este órgano su forma primitiva. Sédillot hace observar, con este motivo, que la sutura entrecortada expone á la división de los tejidos antes de su reunión, y aconseja preferentemente la sutura enclavijada.

Con todo, si la afección se extendiese hasta el centro del órgano, y sobre todo hacia su cara inferior, en donde se encuentran las dos arterias linguales, sería una verdadera imprudencia exponerse á una hemorragia que podría llegar á ser difícil de cohibir; en tal caso, el cirujano ligará previamente una de las arterias linguales, si el cáncer interesa únicamente un lado de la lengua; pero si, por el contrario, se extiende á ambos lados, ligará las dos linguales.

Por último, dos procedimientos muy diferentes han ideado Regnoli y Sédillot, para los casos en los cuales el tumor se extiende muy atrás hasta cerca del hioides, ó el suelo de la boca está tan afectado, que los arcos dentarios ó alveolares pudieran dificultar el libre juego de los instrumentos.

Procedimiento de Regnoli.—En un caso en el cual la lengua estaba ocupada hasta su base por un tumor escrofuloso, Regnoli practicó en los tegumentos del cuello una incisión, que, siguiendo la línea media, iba desde el mentón hasta el hioides, y luego otra horizontal que, pasando por el extremo superior de la primera, seguía la base de la mandíbula para terminar en el borde anterior del masetero, resultando, por consiguiente, una incisión en T. Disecados los dos colgajos, introdujo un bisturí recto de abajo arriba, por detrás de la sínfisis del mentón, para hacerlo salir por encima del suelo de la boca, y dividió las inserciones de los genioglosos, genihioides, digástricos y milohioides, rasando la cara interna del hueso por cada lado hasta los pilares anteriores. Con esto quedó completamente desprendido el suelo de la boca por su parte anterior y laterales, y entonces, cogiendo con las pinzas de Museux la punta de la lengua, pudo el operador hacer salir este órgano por esta enorme abertura, que resultó en la parte anterior del cuello y por debajo del mentón; comprendió entre dos ligaduras toda la base del tumor, y escindió con precaución cuanto quedó por delante de las ligaduras, pronto á ligar cualquiera arteria que el instrumento abriese. Ningún vaso dió hemorragia; tan sólo se

derramó por exudación una pequeña cantidad de sangre procedente de la superficie del pequeño muñón, pero bastó la aplicación de dos ó tres cauterios para detener esta pequeña hemorragia. No se pusieron las partes divididas en completa coaptación, para facilitar la salida del pus, y no por esto dejó de ser un hecho la completa unión del suelo bucal al cuadrigésimosexto día.

Procedimiento de Sédillot.—En este procedimiento se empieza por dividir todo el labio inferior siguiendo la línea media, incisión que se prolonga hasta el nivel del hioides, pero no interesando en esta última porción más que los tegumentos; después de esto, se secciona la mandíbula inferior también en la línea media. Separados los bordes del hueso, podrá el cirujano llevar los instrumentos á una considerable profundidad, y sobre todo podrá muy fácilmente disecar la porción degenerada del suelo de la boca. Terminada la escisión, se reúne la herida de las partes blandas por sutura y se procura mantener la mandíbula en absoluta inmovilidad, hasta haber alcanzado una completa consolidación.

He practicado muchas veces la operación por este procedimiento y me he convencido de que puede llegarse fácilmente á la base de la lengua. No obstante, debo añadir que á veces es difícil obtener la reunión ósea; pues á pesar de la sutura metálica que reúne las dos mitades del maxilar, éstos disfrutaban de algún movimiento; además, los líquidos segregados en la boca bañan la herida ósea y se oponen á una reunión rápida. Si bien en todos los casos he obtenido la reunión, ha sido muchas veces con la expulsión de un secuestro que se hallaba en uno de los bordes de la superficie ósea seccionada.

No obstante, Sédillot, para poner en perfecto contacto los fragmentos óseos, ha creído necesario modificar su procedimiento del modo siguiente: practica la sección del hueso en dos cortes que representan una \triangleright horizontal, á fin de encajar después el ángulo saliente de un fragmento con el entrante del otro. A mi entender, esta modificación empieza por complicar la operación preliminar; prefiero por consiguiente el primitivo proceder.

II. *LIGADURA.*—Para toda la porción libre de la lengua, la vía más corta para aplicar una ligadura es la boca; para la base, ya que se apoya en el hioides, la vía más directa será la región suprahioidea.

1.º *Ligadura por la boca. Procedimiento de Mayor.*—Consiste este procedimiento en aislar las partes enfermas por medio de una ligadura pasada con una ó muchas agujas á través del órgano. Así es que, en un caso en el cual era preciso comprender la mitad de

la lengua, se la atrajo al exterior por medio de una erina; con un bisturí, se la atravesó de arriba abajo en la línea media para dividirla desde el frenillo hasta la base, con lo cual resultó la lengua dividida en dos porciones laterales, y desde luego se pudo comprender la mitad enferma en la ligadura, que se apretó con un torniquete de cabrestante.

Este procedimiento lo mismo puede referirse á la escisión que á la ligadura, y seguramente que pudiéramos aplicar ésta de un modo mucho más sencillo. Récamier, por ejemplo, destruyó un cáncer que ocupaba todo un lado de la lengua por medio de una ligadura en asas, imitación de un procedimiento general que pertenece al mismo Mayor.

Procedimiento de Récamier.—Se aplica una aguja curva enhebrada con un hilo doble, cerca de la parte más profunda del tumor; se atraviesa la lengua de abajo arriba, y después, un poco más hacia adelante, se la atraviesa de arriba abajo, procurando que los hilos rodeen por completo toda la porción enferma pasando por los tejidos sanos. Se corta entonces el hilo de manera que resulten dos asas: una que deberá constreñir la porción posterior del tumor; y otra que obrará igualmente sobre la anterior. Si no fuesen suficientes dos asas, colocaríamos de este modo tres, cuatro, cinco ó seis, ya con la misma aguja, ya con agujas diferentes, y cerraríamos cada una de ellas por separado y por consiguiente con tantos aprietanudos como ligaduras se hubiesen aplicado.

Este procedimiento ofrecería inmensas dificultades si el cáncer se prolongase mucho hacia atrás. A. Richard, en un caso de estos, no tuvo inconveniente en dividir al través el carrillo para facilitar la operación, recurso sin duda excepcional, pero que, en caso necesario, no es de despreciar.

2.º *Ligadura por la región suprahioidea. Procedimiento de J. Cloquet.*—Teniendo este cirujano que destruir una mitad de la lengua, empezó por practicar una pequeña incisión por encima del hioides; por esta incisión introdujo una aguja curva engarzada en un mango, la cual hubo de salir por la línea media de la lengua cerca de su base. La corvadura de la aguja hizo que la punta se aproximase naturalmente á los dientes. Esta punta tenía un ojal por donde se pasaron dos ligaduras; se retiró entonces la aguja con los dos hilos, y resultó que uno de los extremos de éstos salía por la herida y el otro por la boca. Introducida de nuevo la aguja por la herida, se hizo de manera que esta vez saliese al nivel del frenillo de la lengua, y desde luego se colocaron en su ojal los dos cabos que habían quedado en la boca, y que á su vez habían sido atraídos

al exterior por la herida del cuello. Resultaron así cuatro cabos al exterior, y en el interior de la boca, dos asas; el operador cerró una de éstas sobre la línea media de la lengua, no sin haber hecho antes en la punta de ésta y de delante atrás una incisión para que el hilo encajara en ella; con la otra, comprendió el borde externo de la boca, y de este modo la porción enferma quedó totalmente constreñida y aislada de las partes sanas.

Existe además otro modo de ligadura que se limita á impedir que el tumor reciba toda la sangre que corresponde á su natural vascularización; este proceder más tiende á producir la atrofia que la gangrena: es el siguiente.

Procedimiento de Mirault (de Angers).—Tratábase de un tumor ulcerado que ocupaba los dos tercios anteriores de la lengua. Empezó el operador por practicar una incisión en la línea media del cuello, desde un dedo por debajo del mentón, hasta el hioides. Haciendo entonces que un ayudante tirase fuertemente de la lengua fuera de la boca, cogió el cirujano una larga aguja curva, y con ella atravesó desde la herida exterior y en la línea media la base de la lengua, sacó la aguja por la boca y la introdujo de arriba abajo por la boca misma al nivel del borde izquierdo de la lengua, para hacerla salir por la herida del cuello. De este modo, resultó una mitad de la lengua constreñida en su base por un asa, que se cerró á beneficio de un aprietanudos aplicado en los dos cabos que salían por la herida. La ligadura cayó al noveno día después de haber dividido los tejidos que comprendía; se aplicó del mismo modo una segunda ligadura en el otro lado, la cual cayó también; pero al mismo tiempo se notó que el tumor había disminuído tanto, que dos meses y medio después apenas quedaba de él el menor indicio, y las partes divididas de la lengua se reunieron de nuevo por sí mismas.

Es digno de notarse que Mirault, creyendo que en este caso se trataba de un cáncer, quería extirparlo; pero la mejoría, que pronto se hizo notar por este medio, le hizo desistir de aquella determinación. Cree aún, este cirujano, que curó el cáncer por atrofia; me parece mucho más probable que el tumor fuese de naturaleza escrofulosa, como el operado por Regnoli.

Por lo demás, para llegar al mismo resultado, Vidal (de Cassis) había propuesto valerse de una larga aguja recta con mango y un ojal en su extremo. Enhebrada esta aguja con una larga asa, se la hace penetrar por encima del hioides hasta que haya atravesado la lengua en la línea media; entonces, con unas pinzas de disección, se tira uno de los cabos del asa para hacerlos salir por la boca. Se retira la aguja hacia abajo hasta que la punta resulta debajo de la lengua y luego asciende de nuevo pasando inmediata al borde

de este órgano. Se coge y se atrae á la boca el segundo cabo del hilo desprendiéndolo de la aguja; y retirada ésta, queda un asa que comprende la mitad de la lengua y que puede cerrarse en el interior de la boca, sin necesidad de mantener abierta la herida del cuello.

Por último, á fin de evitar toda herida en esta región, propuso Maingault pasar la aguja por debajo de la lengua y de abajo arriba á través de su base en la boca misma.

III. **LIGADURA ELÁSTICA.**—La sustitución de un hilo inextensible por otro de caucho, puesta en práctica por Trousseau y A. Richard, y vulgarizada por Grandesso Sylvestri y Dittel, constituye lo que se llama ligadura elástica. El hilo de caucho se coloca del mismo modo que el de la ligadura ordinaria; obra á la vez interrumpiendo la circulación en la parte comprendida por la ligadura y determinando con mayor rapidez la ulceración en el punto sobre que se aplica el hilo.

IV. **ESTRANGULACIÓN LINEAL.**—Lo que en primer término interesa es colocar la cadena metálica en el punto conveniente, porque, una vez alcanzado esto, el instrumento se maneja como de ordinario, siguiendo las reglas anteriormente establecidas (véase tomo I, pág. 51).

Para la extirpación total de la lengua, se hace penetrar por encima del hioides y por la línea media una aguja ligeramente curva, pero bastante ancha para que abra paso á la cadena; aguja que deberá salir por una de las ranuras laterales que separan los lados de la lengua del suelo de la boca; arrastra consigo un hilo resistente y la cadena va atada á este hilo; se pasa en seguida la misma aguja al otro lado de la lengua, para introducirla de arriba abajo y hacerla salir por debajo del hioides, por el mismo punto por donde penetró primero. De este modo, la lengua se encuentra comprendida dentro de un asa metálica, cuyos dos cabos salen por la herida del cuello, asa que debe servir para seccionar aquel órgano transversalmente. Hecho esto, no será difícil colocar por la boca otra asa que dividirá horizontalmente todas las inserciones que queden de la lengua en el suelo bucal (fig. 527).

Cuando se trata de la ablación de la mitad lateral de la lengua, se levanta este órgano y se le atraviesa con una aguja de abajo arriba y en la línea media y se coloca el asa metálica de manera que haya de herir el órgano directamente de atrás á delante. Otra aguja que ataca la lengua por su parte lateral é inferior, penetra de abajo arriba para salir por el punto de emergencia de la primera, y conduce una nueva cadena, que dividirá transversalmente la mitad enferma de este órgano. Falta únicamente entonces divi-

dir las inserciones inferiores, lo que se efectúa fácilmente con el auxilio de una tercera cadena metálica.

Se comprenderá bien que un tumor parcial de la lengua podría ser atacado de la misma manera, como se le pueden aplicar las ligaduras simples; trátase únicamente de sustituir ésta por una cadena metálica.

V. **LIGADURA GALVANOCÁUSTICA.**—La aplicación de este proceder en nada se diferencia de la estrangulación lineal, sólo que el hilo de platino sustituye á la cadena del estrangulador. Recuérd-

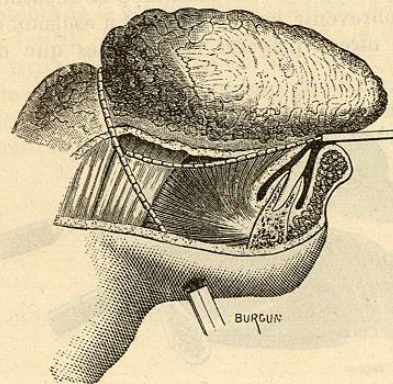


FIG. 527

Extirpación completa de la lengua

dese que no conviene elevar demasiado la temperatura del asa, porque dejaría de ser hemostática.

Para extirpar una porción de la lengua inmediata á la base, me he valido del procedimiento siguiente: situado el cáncer en la parte profunda y lateral izquierda, introduje un tenáculo de delante atrás por debajo del tumor, de manera que su punta apareció en la cámara posterior de la boca; por otra parte, cogí otra aguja encorvada lateralmente, como la de Deschamps, y la introduje transversalmente por debajo del tumor desde la parte lateral derecha de la lengua hacia la parte media de la misma, de manera que la punta sobresaliera en el dorso de la misma. Resultaron, pues, dos agujas dispuestas en cruz como se hace para la ligadura de tumores superficiales (v. tomo I, pág. 40) que se trata de pediculizar. No me fué difícil colocar por debajo de las dos agujas un hilo de platino, y manteniendo éste en su debido sitio por aquéllas, pediculizó primero el tumor y después lo seccionó con

extraordinaria rapidez, y sin que se perdiera una sola gota de sangre, gracias á la corriente que hice pasar por él (fig. 528).

Apreciación.—Por más que diferentes veces se haya ensayado la ligadura de la lingual con objeto de atrofiar los cánceres de la lengua, semejante medio no ha dado ni podía dar resultado alguno. La cauterización en flechas produce prolongados y violentos dolores, aparte de que la aplicación de un cáustico en la cavidad bucal no está exenta de inconvenientes serios.

La escisión con el bisturí es una operación prolongada y trabajosa, aunque se seccione el maxilar y se separen las dos mitades, y pueden sobrevenir hemorragias. La escisión con el cuchillo galvanocáustico ofrece mayores seguridades que con el bisturí,

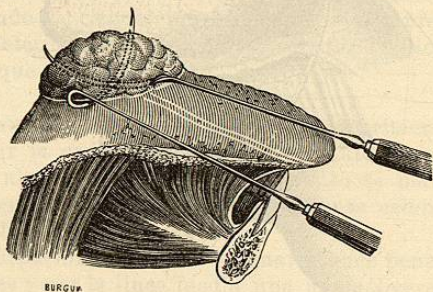


FIG. 528

Extirpación de un tumor de la lengua

pero es muy inferior al aplastamiento lineal y á la escisión con el asa galvánica.

La ligadura simple con el aprietanudos de Mayor ú otro análogo, desarrolla una tumefacción considerable de la lengua: es un procedimiento de acción tardía y doloroso, y por lo tanto está completamente abandonado. La ligadura elástica podrán emplearla únicamente aquellos cirujanos que quieran sacrificar la bondad de un proceder conocido, vulgar, pero excelente, á la novedad de otro mucho peor: la ligadura elástica necesita algunos días para llevar á cabo lo que el estrangulador ó el asa galvánica efectúan en algunos minutos, sin que, por otra parte, ninguna ventaja venga á compensar aquellos inconvenientes. El estrangulador lineal, de fácil aplicación y de acción segura, sería el medio por excelencia, si no la ganara en ventajas el asa galvanocáustica, por ser de más fácil colocación, de acción más rápida aún, y porque ofrece mayores seguridades contra la hemorragia.

Cuando la operación consista en quitar una parte muy notable de la lengua, no puede obrarse con seguridad si no se la pone completamente al descubierto. He recurrido siempre al procedimiento de Sédillot, que me parece más fácil y sobre todo más seguro que el de Regnoli.

La ablación de los cánceres de la lengua es una de las operaciones que proporcionan menos satisfacciones al cirujano. Cuando el cáncer no ha invadido más que un punto limitado de la superficie ó los bordes de la lengua, lo que podría llamarse la parte córnea, puede esperarse la curación, y yo he obtenido dos de ellas permanentes; pero cuando la superficie lisa, inferior, el suelo de la boca ó una parte notable de la lengua está invadida, la recidiva es cierta y la operación inútil. Muchos epitelomas de la lengua reconocen por origen la irritación ó ulceración del borde de la lengua por una muela rota ó destruída por caries; conviene, pues, procurar que desaparezca cuanto antes tal causa de irritación que puede provocar primero la enfermedad y luego la recidiva después de la operación.

ARTÍCULO V

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LAS AMÍGDALAS

I.—Escisión de las amígdalas

Conviene recordar que las amígdalas están en contacto, por su cara externa, con la carótida interna; pero el instrumento quedará siempre á la suficiente distancia para prevenir todo peligro, con tal que la hoja obre paralelamente á la dirección de la pared externa de la boca.

Con el bisturí.—El enfermo se coloca sentado frente á la luz, el cirujano coge la amígdala con las pinzas de Museux y la des-

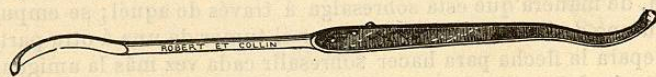


FIG. 529

Bisturí para la amigdalotomía

prende de entre los pilares con un moderado movimiento de tracción, sostiene las pinzas con la mano izquierda y toma con la