

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,

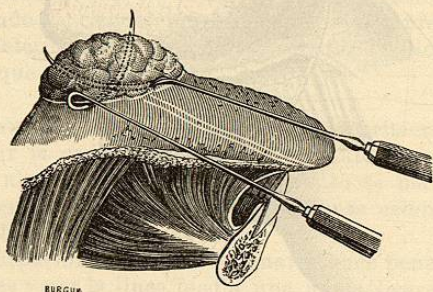


FIG. 528

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-

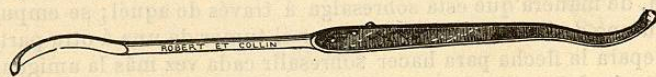


FIG. 529

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

derecha un bisturí recto, estrecho, de botón y envuelto en una cinta hasta unos 3 centímetros de su extremo terminal. Así las cosas, conduce el bisturí por entre la erina y la lengua, por debajo de la base de la amígdala hasta más allá de su cara posterior; entonces, vuelve el filo hacia arriba y corta la glándula por un movimiento de sierra, obrando paralelamente á la pared externa de la boca, y desprendiendo de un solo golpe toda la porción excedente del tumor. El bisturí, las pinzas de Museux y la porción escindida, que queda entre los garfios de éstas, todo se retira á la vez.

Quieren algunos cirujanos que se practique la incisión de arriba abajo, para evitar que sea herido el velo del paladar. Richter, para no herir la lengua, incidía primero de arriba abajo, después de abajo arriba y concluía por la parte media. Son innecesarias tantas precauciones; como quiera que la incisión de abajo arriba no tiene otro objeto que el de evitar que la sangre oculte las partes en el decurso de la operación, no habrá inconveniente alguno en practicarla de arriba abajo. También se ha recomendado mantener la boca abierta con un tapón colocado entre los dientes del lado sano, como igualmente el que un ayudante deprimía la lengua con una espátula al mismo tiempo que inclina hacia afuera la comisura de los labios. Todas estas precauciones son poco menos que inútiles cuando se trata de sujetos dóciles; en caso contrario, será preferible recurrir al procedimiento siguiente, que de todos modos es siempre superior al del bisturí.

Procedimiento de Fahnstock.—Este cirujano se sirve de un instrumento especial, especie de guillotina, dentro de la cual se coloca la amígdala, que queda sujeta en ella por una flecha simple ó doble que la atraviesa, y ya en esta disposición, la secciona una hoja circular á la cual se comunica para ello un simple movimiento de tracción (fig. 530).

Para llevar á cabo esta operación, debemos empezar por escoger un instrumento que esté en relación con el volumen de la amígdala que se trata de extirpar. Abierta la boca del enfermo, se aplica el anillo del instrumento sobre la circunferencia de la amígdala, de manera que ésta sobresalga á través de aquél; se empuja el cuerpo de la flecha para atravesar el tumor de una á otra parte; se separa la flecha para hacer sobresalir cada vez más la amígdala á través del anillo; y entonces, fijando fuertemente éste en su lugar, se tira bruscamente y con violencia de la hoja circular, con lo cual la amígdala queda dividida en un solo tiempo.

El instrumento de Fahnstock ha sufrido diferentes modificaciones, que tienen por objeto manejarlo con una sola mano. Esto tiene, en algunos casos, un grave inconveniente: cogida la amíg-

dala por la horquilla doble, no se introduce apenas en el anillo, sino que se desgarrá y no es posible escindir de ella más que una

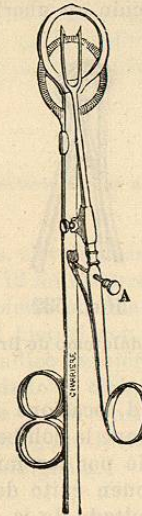


FIG. 530

Amigdalotomo de Fahnstock, modificado por Velpeau

pequeña porción. Broca modificó el instrumento suprimiendo la horquilla y reemplazándola por una erina ordinaria cogida con

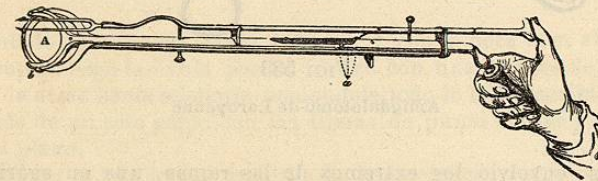


FIG. 531

Amigdalotomo de Robert y Collin

una mano, mientras que la otra conduce la guillotina (fig. 532). Esta modificación quita al instrumento todas sus ventajas. Laroyenne (de Lyon) ha modificado este instrumento en el sentido de que la horquilla pueda coger á la amígdala más cerca de su base.

Bajo este punto de vista, el instrumento ideado por este cirujano me parece muy superior á los demás (fig. 533).

La escisión de las amígdalas, á pesar de la proximidad de la carótida, jamás ha producido su abertura, pero algunas veces,

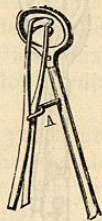


FIG. 532

Amigdalotomo de Broca

aunque muy raras en verdad, ocasiona hemorragia. Cuando ésta se hace alarmante, Chassaignac la cohibe aplicando sobre la herida un trozo de hielo conducido por las mismas pinzas de Museux; Guersant se ha valido con buen éxito del cauterio actual; y Gensoul ha alcanzado buen resultado de la compresión de la carótida del propio lado ó de ambas carótidas, continuada durante treinta ó cuarenta minutos; y por último, F. Haitin apeló á la compresión de la amígdala misma. Para esto, tomó dos largas pinzas rectas de



FIG. 533

Amigdalotomo de Laroyenne

pólipos, envolvió los extremos de las ramas, una en agárico y lienzo humedecidos con agua é impregnados de alumbre, y la otra con simples pedazos de lienzo; aplicó la rama envuelta con agárico sobre la superficie cruenta de la amígdala, mientras que la otra tomaba punto de apoyo al exterior, en el ángulo de la mandíbula; y mantuvo aproximados los anillos de las pinzas atándolos con una cinta. Al tercer día, desató los anillos, y al cuarto, las pinzas cayeron por sí mismas y ya la hemorragia no reapareció.

Verneuil, en 1874, apeló á un medio análogo en un estudiante

de medicina que había intentado escindirle él mismo las amígdalas, y la hemorragia consiguiente fué considerable.

En todos estos casos, es preciso no olvidar que los obstáculos á la respiración sostienen las hemorragias del cuello y garganta; tanto, que muchas veces, para cohibirlas basta que el enfermo practique algunas inspiraciones amplias por la nariz y la boca á la vez.

II.— Abscesos de las amígdalas

Para abrir estos abscesos, sirve un bisturí recto y agudo envuelto en una cinta hasta unos 12 milímetros de su punta. Teniendo el enfermo la boca todo lo abierta posible y deprimida la lengua con una espátula, se dirige el bisturí con la vista solamente, ó, si se quiere, con la uña del índice izquierdo y se introduce la punta hasta el foco, teniendo cuidado de dirigirla directamente de delante atrás y paralelamente á la pared bucal. Conviene no olvidar, en efecto, que Liston y Chassaignac hirieron la carótida con motivo de abrir un absceso de la amígdala.

ARTÍCULO VI

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL PALADAR

I.— Escisión de la úvula

Sentado el enfermo frente á la luz y con la boca bien abierta, el cirujano coge la úvula por el vértice con unas pinzas de disección, la atrae hacia adelante poniéndola todo lo tensa posible, y la escinde de un solo golpe con las tijeras de punta obtusa y curvas por el plano.

Más raro es aún que se presente la hemorragia en este caso que no después de la escisión de las amígdalas. Sin embargo, en un caso en el cual este accidente se prolongaba, Lisfranc cogió el extremo de la úvula con unas pinzas ordinarias, y sobre la herida, exangüe por la compresión, aplicó el nitrato de plata: el resultado fué satisfactorio. Para mayor seguridad de que la porción cogida no se escapase, sería preferible valerse de las pinzas de torsión.