

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,

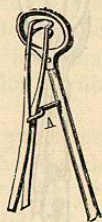


FIG. 532

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

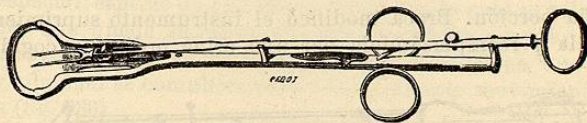


FIG. 533

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.

II.—De los tumores glandulares del velo del paladar

Denominanse así unos tumores que se desarrollan en la cara anterior del velo y debajo de la mucosa, tumores que pueden adquirir el volumen de un huevo pequeño, y en los cuales el microscopio no ha encontrado más que células epiteliales, fondos de saco glandulares y elementos fibroplásticos. Lo que en primer término interesa, respecto de estos tumores, es que no repululen; y para su extirpación es de la mayor importancia el que no contraigan adherencias.

Nélaton fué el primero que tuvo ocasión de estudiar y de operar estos tumores.

Procedimiento de Nélaton.—Se practica una incisión vertical que mida toda la altura del tumor, y que además exceda un poco sus límites por arriba y por abajo; con una espátula, se desprende en seguida la mucosa por ambos lados; y el índice, pasado por detrás del tumor, será suficiente para enuclearlo con extraordinaria facilidad. La sangre que se pierde es insignificante y la herida de la mucosa se cicatriza por sí misma.

III.—División del velo del paladar

Algunas veces el velo del paladar es dividido por una operación quirúrgica, como sucede cuando se trata de poner al descubierto un pólipo nasofaríngeo. Pero esta división puede ser congénita, y en este caso, ofrecer distintos grados, según que esté dividido únicamente el velo, ó que la solución de continuidad se extienda más ó menos lejos sobre la bóveda palatina. Únicamente nos ocuparemos en este lugar de la división limitada al velo.

La indicación más natural es la de refrescar los bordes de la solución de continuidad y reunirlos por sutura, lo cual constituye la *estafilorrafia*. No obstante, J. Cloquet ensayó también la cauterización, y empezaré por decir algo sobre este método.

1.º *Cauterización. Procedimiento de J. Cloquet.*—Consiste este proceder en aplicar un pequeño cauterio candente exactamente en el ángulo superior de la división, interesando un espacio muy limitado; después de esto, se deja consolidar y retraer el tejido cicatricial resultante. Entonces se reitera la cauterización para

dejar las cosas como en el primer caso, y así se procede en lo sucesivo, de manera que las partes se reunan por una serie de cicatrices que pudiéramos considerar como otros tantos *puntos de sutura sucesivos*.

Por lo demás, podríamos sustituir el cauterio actual por el eléctrico ó también, simplificándolo aún más, podríamos valernos del lápiz de nitrato de plata.

Este procedimiento, de suyo tan sencillo, ha sido suficiente para unir divisiones de origen sifilítico ó traumático, y hasta divisiones congénitas en niños en los cuales era impracticable la estafilorrafia. La única objeción que puede hacerse á este modo de tratamiento consiste en su duración: es preciso repetir las cauterizaciones hasta veinte y treinta veces, por término medio á quince días de intervalo. Benoit (de Montpellier) obtuvo una excelente curación á beneficio de cauterizaciones que duraron diez y nueve meses.

2.º *Estafilorrafia. Procedimiento de Roux.*—Creo preferible describir el procedimiento primitivo, tal como lo empleaba Roux, así se comprenderán mejor las modificaciones que se han introducido

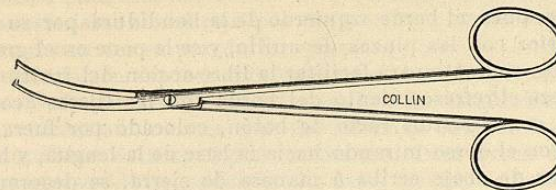


FIG. 534

Pinza de garfo para la estafilorrafia

desde entonces, y se verá también que el método ha sido en todas sus partes ideado por su inventor. El aparato necesario para esta operación consta: 1.º de tres hilos un poco anchos, aplanados y formados de tres ó cuatro hebras bastante resistentes; 2.º seis pequeñas agujas curvas y planas en toda su longitud, enhebradas de dos en dos por cada hilo; 3.º un portaagujas; 4.º pinzas de anillo; 5.º bisturí de botón; 6.º tijeras de ramas largas y cuyas hojas, bastante cortas, son acodadas en ángulo obtuso sobre uno de sus lados.

Sentado el enfermo frente á la luz, con la boca naturalmente abierta ó separadas las mandíbulas por medio de una cuña de corcho, según que podamos ó no contar con la docilidad del paciente, el cirujano coge con las pinzas el borde derecho de la división, toma estas pinzas con la mano izquierda, mientras que

con la derecha conduce el portaagujas armado de una de ellas con la punta mirando adelante; se la dirige en seguida contra el velo y lo atraviesa de atrás adelante cerca de su extremidad inferior, á 8 ó 9 milímetros del borde de la división. Para clavar la aguja, se aguarda á que las partes estén en absoluta quietud, y después de efectuada la perforación, se hace salir la punta de la aguja todo lo posible hacia adelante; se la coge por este lado con las pinzas, y aflojando el portaagujas, se la atrae al interior de la boca arrastrando consigo al hilo con que se la enhebró. Se pasa en seguida de la misma manera el otro extremo del hilo á través de la porción izquierda del velo, y se dejan los dos cabos pendientes al exterior cerca de las comisuras labiales. De igual modo se coloca un segundo hilo en la parte más superior, cerca del ángulo de unión de la solución de continuidad, y luego un tercero precisamente en la parte media del intervalo que separa los otros dos.

Una vez colocados los hilos, se deja caer el asa hacia la faringe, para no exponerse á cortarlas al escindir los bordes de la división, y desde luego se procede á la práctica de este segundo tiempo de la operación.

Se coge, pues, el borde izquierdo de la hendidura por su punto más inferior con las pinzas de anillo, y se le pone en el grado de tensión conveniente para facilitar la libre acción del instrumento. Se empieza el refrescamiento del borde con las tijeras acodadas; después, con el bisturí recto de botón, colocado por fuera de las pinzas, con el dorso mirando hacia la base de la lengua, y haciéndole obrar de abajo arriba á manera de sierra, se desprende un colgajo de grosor uniforme, cerca de 1 milímetro en todos los puntos de su extensión. Se pondrá mucho cuidado en prolongar este colgajo hasta un poco por encima del ángulo de unión de la cisura, manteniéndolo fijo con las pinzas hasta concluída esta división. Otro tanto se practica en el lado opuesto haciendo converger las dos heridas entre sí en un ángulo muy agudo, que corresponde por encima del ángulo de unión indicado.

Ya no falta otra cosa que cerrar las ligaduras. Se empieza por la más inferior, con la cual se hace primero un nudo simple, que después de cerrado suficientemente con los índices, será preciso cogerlo con las pinzas de anillo, para que no se afloje en el momento de cerrar el segundo nudo que sobre él se practica. Del mismo modo se procede con las ligaduras superiores, llevando expresamente la constricción algo más allá del grado rigurosamente necesario para poner en contacto inmediato los bordes de la división. Finalmente, con las tijeras se cortan cerca del nudo los dos cabos de cada hilo, porque desde este momento son ya inútiles.

No es necesaria curación alguna; pero el enfermo debe guardar silencio absoluto, no puede tomar alimentos ni bebidas; se abstendrá asimismo, todo lo posible, de tragar la saliva, y, al contrario, la echará en un vaso ó pañuelo á medida que se produzca; es preciso evitar cuidadosamente todo lo que pudiese provocar la tos, risa ó estornudo; en una palabra, todo lo que tienda á poner en movimiento la faringe y el velo del paladar. Del tercero al cuarto día, podremos quitar una ó dos de las ligaduras superiores; la inferior quedará colocada uno ó dos días más.

Tal es el procedimiento fundamental seguido casi constantemente por Roux al final de su carrera.

La operación ha sufrido después notables modificaciones. En vez de exponer separadamente los procedimientos particulares, creo preferible describir los diferentes tiempos de la operación con las modificaciones propuestas para su ejecución.

1.º *Anestesia*.—El parecer de los diferentes cirujanos es muy distinto en esta cuestión: en Francia, la generalidad prescinden de la anestesia para esta operación. Si se quisiera recurrir á ella, debería anesthesiarse el enfermo por los procedimientos ordinarios y continuar, una vez empezada la operación, por la insuflación de aire mezclado con vapores anestésicos por la nariz, proyectado con el aparato de Junker (v. tomo I, pág. 15). La estafilorrafia no es una operación tan dolorosa que no podamos obtener del enfermo la tranquilidad é inmovilidad necesarias. Para evitar los movimientos espasmódicos, podemos alcanzar, gracias á una educación previa, que el velo del paladar se habitúe al contacto de los instrumentos; si bien hoy día hay un medio excelente para producir la insensibilidad del velo, que consiste en el empleo de la cocaína. Al practicar la estafilorrafia en un adulto, hago, al empezar la operación, una inyección intersticial de cocaína en cada mitad del velo. La anestesia es tan perfecta, que el enfermo no hace ningún movimiento reflejo durante la operación.

2.º *Abertura de la boca*.—No me cansaré de recomendar el uso de la mordaza de Smith, que deprime la lengua al tiempo que mantiene separadas las mandíbulas sin que la presencia del instrumento dificulte en nada la maniobra (figs. 535 y 536). Se han ideado en Francia algunos instrumentos análogos, que no tienen la firmeza y comodidad de la mordaza de Smith. En defecto de instrumentos especiales, puede recurrirse á dos cuñas de madera colocadas entre los dientes y de una espátula ó mango de cuchara, pero de este modo se crean dificultades ó cuando menos molestias que desaparecen con el empleo de la mordaza.

3.º *Fijación del velo.*—Esta precaución, muchas veces olvidada por los cirujanos, facilita en gran manera el refrescamiento y la colocación de los hilos. Para inmovilizar y poner tenso el velo,

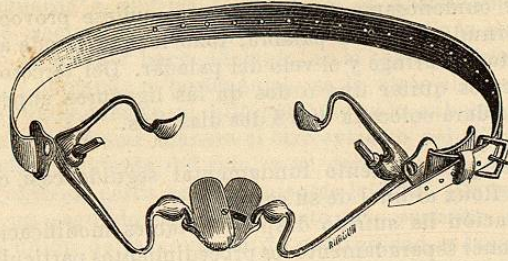


FIG. 535

Mordaza de Smith

cuyos bordes se hacen entonces rectilíneos, conviene ante todo pasar en la parte del borde libre que corresponde á la úvula y por

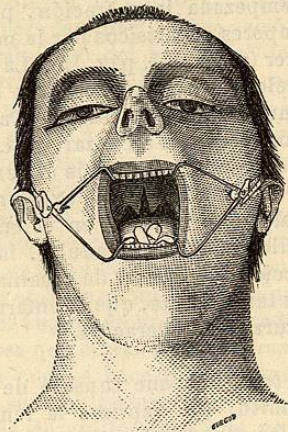


FIG. 536

Mordaza de Smith aplicada

cada lado un hilo doble y resistente, que el ayudante debe coger para ejercer con él una tracción moderada en el sentido que el operador le indique.

4.º *Refrescamiento.*—Para no exponerse á cortar los hilos en el momento del refrescamiento, debe practicarse éste antes de colocar aquéllos; el proceder contrario tiene además el inconveniente de



FIG. 537

Bisturys para el refrescamiento

que, separándose con el refrescamiento mayor espesor de tejidos en unos puntos del borde libre que en otros, podría resultar que algunos hilos quedasen demasiado aproximados á la superficie

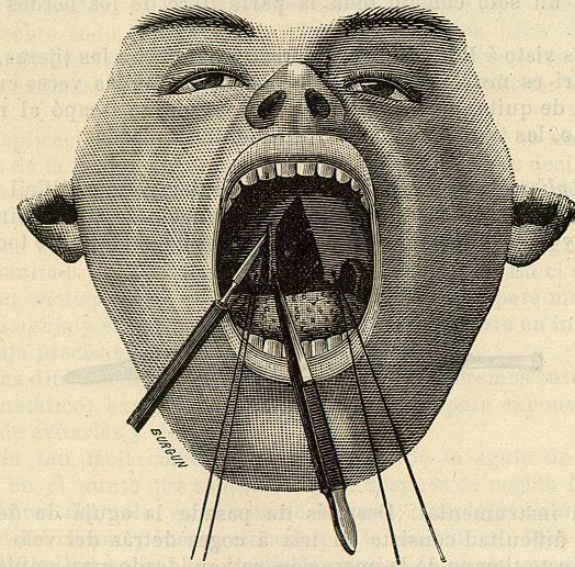


FIG. 538

ESTAFILORRAFIA.—*Refrescamiento*

El velo del paladar está distendido por un hilo que se ha pasado por cada lado al nivel de la úvula

cruenta. Han aconsejado algunos cirujanos hacer oblicuo el refrescamiento, interesando mayor amplitud de tejidos por la cara bucal que por la nasal, con objeto de aproximar superficies y no bordes.

Sirven para la estafilorrafia unos bisturíes rectos de mango largo, y los hay rectos y acodados por la izquierda ó por la derecha. Para facilitar el refrescamiento, conviene poner muy tenso el velo, y á este fin, se emplean para cogerlo pinzas de garfio de diversas formas; la precaución que he indicado más arriba de pasar un hilo al nivel de la úvula, facilita mucho este tiempo de la operación. Podemos, sin embargo, servirnos de pinzas de ramas largas, ó también del pequeño ganchito americano, especie de tenáculo con el cual se coge la parte que se quiere desprender.

Introducido el bisturí puntiagudo á 1 ó 2 milímetros del ángulo que reúne las dos mitades del velo, y comunicándole un movimiento de vaivén, divide los tejidos hasta la úvula. También podemos, por el contrario, dirigirlo desde el borde libre hacia el adherente. Como que es indispensable que el refrescamiento sea absolutamente completo, el cirujano procurará extirpar de cada lado en un solo colgajo toda la parte libre de los bordes de la división.

Hemos visto á Roux hacer el refrescamiento con las tijeras, pero el bisturí es muy preferible. No obstante, algunas veces cuando se trata de quitar una porción de mucosa que se escapó al refrescamiento, las tijeras pueden ser útilmente empleadas.

5.º *Aplicación de los hilos.*—Este es el tiempo más difícil de la operación y el que ha motivado la invención de muchos instrumentos y manipulaciones diversas. Hemos de hablar ante todo del

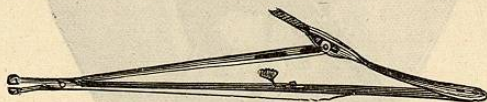


FIG. 539

Portaagujas de Sands

material instrumental. Después de pasada la aguja de delante atrás, la dificultad consiste en ir á coger detrás del velo. Para facilitar este tiempo de la operación, se han ideado gran número de instrumentos; el de Depierris, muy ingenioso, pero también muy complicado, lo considero inútil y hoy día no se emplea ya; las agujas mecánicas de punta movable, que se desprende por medio de un resorte y cae en la faringe; las de Langenbeck, la de Reverdin y las agujas con mango, de Trélat, para pasar el hilo de atrás á delante, etc., etc. Todas estas agujas, todos estos instrumentos son completamente inútiles y en las más difíciles operaciones de estafilorrafia y uranoplastia que he practicado, me he servido siempre de

agujas rectas ó curvas con el auxilio de un buen portaagujas; con un poco de destreza manual y ciertas manipulaciones que indicaré, no tiene nada de difícil este tiempo de la operación.

Lo que ante todo importa es disponer de un buen portaagujas. El que bajo mis indicaciones fabrica M. Collin, que tiene la ventaja de poder colocarse en la cartera, ó el de Sands, cuyos bocados cubiertos de plomo sujetan firmemente la aguja, en cualquiera posición que convenga darle, llenan perfectamente todas las indicaciones.

Las agujas deben ser pequeñas y de diferente corvadura; debe disponerse también de agujas rectas de 1 $\frac{1}{2}$ y de 2 centímetros de longitud.

No se ha venido todavía á un acuerdo acerca de la naturaleza del hilo que conviene emplear; unos prefieren el hilo de seda por ser fácilmente manejable, otros el catgut y otros el clin de Florencia. De todos modos, el hilo debe ser de los más finos y deben preferirse sobre todo los metálicos. Pero si bien los hilos de plata irritan menos los tejidos, pasan más difícilmente que los de seda. Luego indicaré como podemos combinarlos al practicar esta operación.

La aplicación de los hilos consta de dos tiempos: en uno de los labios de la herida la aguja pasa de delante atrás, es decir, de la cara bucal á la nasal; en el otro la aguja va de la cara nasal á la bucal. Cada uno de estos tiempos tiene sus dificultades. En el primero se ve claramente el punto en que se introduce la aguja, pero la dificultad consiste en ir á coger detrás del velo. En el segundo tiempo, se dispone de poco espacio detrás del velo para maniobrar con la aguja y el portaagujas, y la dificultad consiste en introducir la aguja precisamente en el punto que se desea.

Estas dificultades aumentan de punto si queremos suturar con hilo metálico: examinémoslas sucesivamente para exponer la manera de evitarlas y resolverlas.

Nada tan fácil como la introducción de la aguja de delante atrás en el punto que se quiera; pero después de cogida la punta por detrás del velo, es necesario hacerle completar su trayecto á través del mismo y luego retirarla por la hendidura. Para resolver esta dificultad, se habían ideado las agujas de punta movable y las de mango con el ojal cerca de la punta; pero se resuelve más fácilmente sirviéndose de agujas *muy cortas*, rectas para los puntos inmediatos á la úvula, que es el punto que ofrece menos dificultades, y ligeramente curvas para los puntos más próximos á la bóveda palatina. Antes de soltar la aguja del portaagujas, con la mano izquierda armada de otro instrumento igual se la coge fuertemente cerca de su punta.

Pero cuando uno de los cabos del hilo ha atravesado uno de los

lados del velo de delante atrás, debe atravesar luego el otro de atrás á delante; pero obrando así se presentan dificultades, y para vencerlas se han aconsejado manipulaciones é instrumentos muy diversos. Podemos colocar en primer término las agujas fuertemente encorvadas sobre un mango inflexible y con el agujero cerca de la punta como la aguja de Trélat, ó bien otro género de aguja tubular por dentro de la cual corre un hilo metálico, como la de Startin modificada por Mathieu y conocida con el nombre de *aguja pasador*. Estos instrumentos no resuelven en manera alguna la dificultad de colocar convenientemente un hilo de atrás á delante; por esto se han ideado instrumentos que permiten traer hacia delante el hilo que está detrás aún atravesando el velo de delante atrás con la aguja. Los instrumentos ideados por Depierris

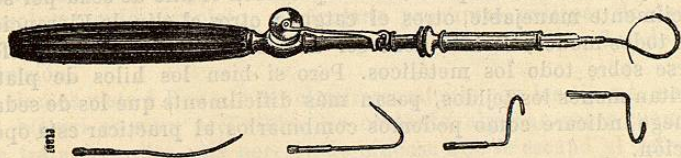


FIG. 540

Aguja pasador

y Fergusson no se emplean hoy día, porque son innecesarios; por esto me parece inútil describir los procedimientos que se derivan de su aplicación. A. Bérard ha demostrado que sin emplear ningún instrumento especial se puede pasar el hilo de atrás á delante perforando el velo de delante atrás. Este procedimiento merece especial mención porque en muchas ocasiones puede ser de gran utilidad.

Procedimiento de A. Bérard.—Deben emplearse agujas curvas que tengan ancho el ojo, pues que debe dar paso á un doble hilo. Se dobla el hilo en dos, de manera que forme un asa y esta asa es la que se debe pasar por el ojo de la aguja. Se atraviesa el velo de delante atrás, se coge la aguja por detrás del velo y se la retira por la hendidura. Con esto queda pasado á través del velo un hilo doble, cuya asa se corresponde con la cara nasal del velo, pero se tira de ella con la aguja hasta que sale fuera de la boca (fig. 541). Se introduce dentro de esta asa la extremidad nasofaríngea del hilo sencillo que anteriormente se había pasado de delante atrás; se tira de los dos cabos libres del hilo doble, con lo cual el asa va á pasar á la cara posterior del velo, y si continuamos tirando, atraviesa el agujero del velo arrastrando consigo el hilo sencillo

que se había introducido en ella. En esto puede abandonarse ya este hilo doble que ha servido únicamente de conductor y desde este momento queda un hilo sencillo pasado á través de los dos labios del velo. Este procedimiento es muy ingenioso y bastante fácil, pero ya veremos más adelante cómo podemos sustituirlo por otro más sencillo aún.

He dicho más arriba que era difícil pasar directamente los hilos metálicos. En efecto, cuando el primer punto ha sido pasado de delante atrás y se ha de pasar el segundo de atrás á delante, tenemos dentro de la boca, en medio de la hendidura palatina y detrás del velo, un largo cabo de hilo poco dúctil, que se tuerce, puede

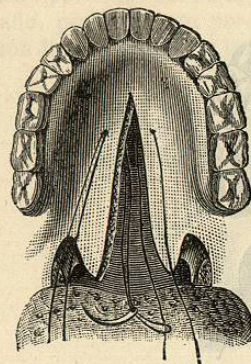


FIG. 541

El hilo de seda pasando de delante atrás

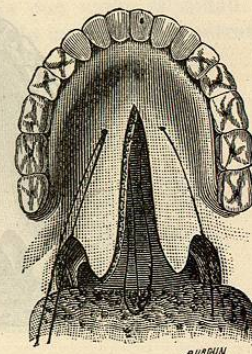


FIG. 542

La segunda asa de seda haciendo pasar el hilo metálico de atrás á delante

formar asas y romperse en este punto. Puede empezarse por colocar un hilo de seda, que servirá de conductor al de plata. Para esto se enhebra una aguja de ojo ancho con los dos cabos libres de un hilo doblado terminando por un asa en el extremo opuesto de la aguja. Se la pasa sucesivamente á través de los dos labios de la herida, como se haría si fuese sencillo el hilo, y una vez colocado este hilo doble se introduce en el asa el hilo metálico encorvado y así se le conduce á través de los dos labios de la herida. Para pasar la aguja de atrás á delante puede emplearse el procedimiento de Bérard.

Por mi parte suprimo todas estas pequeñas complicaciones, y voy á demostrar que con un hilo de seda sencillo puede colocarse un hilo metálico y hacer siempre la punción con la aguja de delante atrás.

Véase mi procedimiento: Atravieso el labio izquierdo de la

herida de delante atrás con una aguja armada con un hilo de lino fuerte, y retiro la aguja y el cabo de hilo que arrastra consigo á través de la hendidura palatina fuera de la boca. En uno de los cabos de este hilo sencillo practico un nudo que sirve para sujetar el extremo del hilo metálico encorvado en asa sobre este nudo, y con las uñas comprimo y hago por borrar todo lo posible esta asa y con el fin de disminuir su volumen. Tiro del cabo libre del hilo de lino que arrastra consigo al de plata. A primera vista parece que ha de ser difícil que el nudo y el asa pasen á través del agujero que en el velo labró la aguja; pero no sucede así, sino al contrario pasa casi sin sacudida, y por esto he empleado diferentes veces este

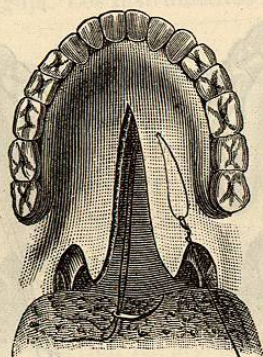


Fig. 543

Asa de seda arrastrando el hilo metálico

artificio en la estafilorrafia y en la fistula véscico-vaginal sin haber encontrado nunca ninguna dificultad.

Así se comprende fácilmente que en el labio derecho del velo pueda pasar yo el hilo de lino de delante atrás, puesto que, para conseguir el objeto, me basta coger el cabo faríngeo del hilo de plata pasado á través del labio izquierdo, introducirlo en el nudo que haré en la extremidad faríngea del hilo de lino pasado á través del labio derecho para hacerle atravesar de atrás á delante la parte derecha del velo, y por consiguiente para tener el hilo de plata perfectamente pasado á través de los dos labios del mismo.

Desde el momento que quede colocado un hilo, á fin de que no dificulte el paso de los demás y no se enrede con ellos, será útil que se unan y retuerzan sus dos extremos, confiándolos á un ayudante, que los mantendrá sobre el labio superior y la nariz. Roux colocaba primero el hilo más inmediato á la úvula; pero A. Bérard empezaba por el que está más cerca de la bóveda palatina. Esto

último es lo preferible, porque los hilos colocados en la parte superior oponen menos obstáculo á la colocación de los demás.

6.º *Sujeción de las suturas.*—No tiene gran importancia el orden con que se aprietan las suturas; sin embargo, yo prefiero cerrar primero la superior.

Cuando con un hilo de seda ó de lino se hace un nudo sencillo asegurado por un segundo nudo, es muy probable que mientras se aprieta éste, aquél se afloje, en cuyo caso la sutura no cumple su objeto. R. N. Smith creyó resolver esta dificultad empleando el *nudo de cirujano*, es decir, pasando dos veces uno de los dos cabos del hilo por el asa del otro; pero este nudo está desde antiguo abandonado, precisamente porque se afloja con suma facilidad. Ferguson hace con uno de los cabos del hilo un nudo sin cerrarlo, y

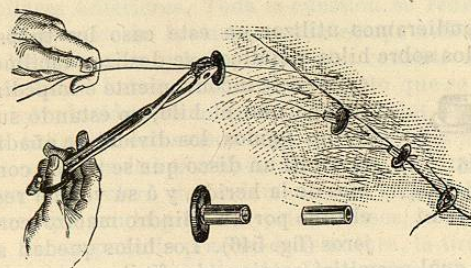


Fig. 544

Constricción de los hilos con los tubos de Galli modificados

en el cual se introduce el otro cabo; se aprieta entonces el nudo, y por medio de unas pinzas, se le hace deslizar hacia el velo hasta que la coaptación sea completa; después de esto, se le sujeta á beneficio de un nudo ordinario.

Ninguno de estos medios puede emplearse si se usan hilos metálicos.

Dieffenbach utilizó ya hilos de plomo, y se limitaba á retorcerlos cerca de la herida hasta que los bordes de ésta estuviesen en perfecto contacto; después de esto, cortaba los extremos excedentes como de ordinario. Los hilos de plomo tienen el inconveniente de que, cuando no son demasiado gruesos, son poco resistentes; por esto se emplean hoy día hilos de plata. Para constreñir la sutura, se colocan los dos hilos reunidos en la hendidura de una pequeña placa colocada en el extremo de un mango, instrumento denominado *ajustador de la sutura*, y mientras que con una mano se sujetan los hilos, con la otra se empuja la placa hacia el velo hasta

que los bordes de la herida estén en perfecto contacto; se separan entonces los dos extremos del hilo para introducirlos en los dos

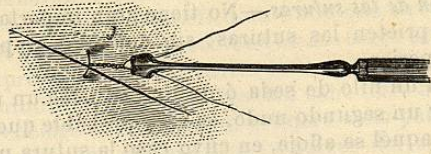


Fig. 545

Tuercehilos de Coghill

pequeños tubos unidos del tuercehilos de Coghill, y se los sujeta torciéndolos (fig. 545).

También pudiéramos utilizar en este caso los tubos de Galli, pero, aplicados sobre hilos metálicos, se deslizan fácilmente. Para evitar este inconveniente é impedir al mismo tiempo que el hilo, no estando sujeto cerca de los tejidos, los divida, he añadido al tubo de Galli un disco que se aplica contra los labios de la herida, y á su vez he reemplazado el tubo por un cilindro macizo con dos agujeros (fig. 546). Los hilos quedan sujetos por



Fig. 546

Tubos de Galli modificados por Le Fort

la torsión, lo cual permitirá seccionarlos fácilmente cuando se trate de quitar las suturas.

7.º *Del desbridamiento de las dos mitades del velo.*—Muchas estafilorrafias se frustran porque las suturas hacen una tracción demasiado violenta de las dos mitades del velo, y dividen los tejidos antes de alcanzar su reunión. El cirujano se dará cuenta de esta circunstancia de tres maneras: 1.º por la fuerza inusitada que ha debido emplear para cerrar las suturas hasta la confrontación exacta de los dos bordes; 2.º por una penosa sensación de tirantez que aqueja el operado hacia los lados del velo; 3.º porque algunas veces no es posible alcanzar una coaptación perfecta. Existen, para corregir este defecto, las incisiones liberatrices.

Incisiones laterales. Procedimiento de Dieffenbach.—Después de haber ajustado todas las suturas, conduce el bisturí sobre cada mitad del velo á 9 ó 10 milímetros de la línea media, lo hunde hacia atrás, y practica de este modo en cada lado una incisión paralela á la sutura, incisión cuya longitud no excede de 1 centímetro, no asciende hasta el hueso, y sobre todo no desciende hasta

el borde inferior. La retracción de los tejidos convierte inmediatamente estas dos incisiones en dos agujeros ovales, que permiten el paso de la saliva y hasta de las bebidas, y que, por lo demás, se cierran más tarde espontáneamente.

Sección del pilar posterior. Procedimiento de Masson Warren.—Aplicado especialmente en los casos de fisura del velo y de la bóveda palatina, pero siempre con objeto de aflojar el velo, este proceder consiste en dividir, con sumo cuidado y por cada lado, las inserciones del velo del paladar á la amígdala y al pilar posterior, sirviéndose para ello de unas largas y fuertes tijeras curvas por el plano, á cuyo fin el cirujano las dirige por detrás del pilar anterior.

Fergusson combinó estas dos incisiones. Procuraba practicar la de Dieffenbach en la parte posterior del velo, sin interesar la mucosa posterior, y aconsejaba que, en caso de necesidad, se seccionasen los pilares anteriores. Toda la cuestión se reduce á aflojar las partes; la sección de la mucosa contribuye á ello quizá tanto como la de los músculos, y la regla práctica consiste en prolongar las secciones hasta haber alcanzado el objeto que se desea. Fergusson ha introducido otra innovación, y Sédillot la practica, que consiste en hacer de estas secciones una *operación preliminar*, es decir, practicarlas sin haber mirado siquiera si son indispensables. Desde luego me declaro decididamente en contra de semejante práctica, pues que, en la gran mayoría de casos, la sutura se basta por sí sola. Si, después de practicada la sutura, la tirantez parece muy considerable, es una indicación legítima apelar á las incisiones laterales.

8.º *Refeción de la úvula.*—El velo del paladar suturado no ofrece en su parte inferior el apéndice flotante que constituye, propiamente hablando, la úvula ó campanilla; se nota en su lugar una atrofia, comparable á la pérdida de sustancia del labio leporino. Además, la punta que se ve descender de la parte media y que representa los restos de la úvula, rara vez se reune, sino que queda una especie de escotadura en el centro, y á cada lado de ella como dos úvulas embrionarias separadas. Roux se preocupaba poco de esta circunstancia, y se limitaba á separar de un tijeretazo una de estas pequeñas prominencias. Nélaton ha intentado restablecer la úvula.

Procedimiento de Nélaton.—Cuando la fisura no alcanza toda la altura del velo, Nélaton separa los dos colgajos de refrescamiento como A. Bérard, dejándolos unidos por su parte superior, pero en la inferior no los desprende del resto del velo, y los deja colgando así reunidos, seguro de obtener de este modo una úvula bastante