

larga y de evitar por consiguiente la escotadura inferior. Si la fisura es demasiado extensa, se limita á desprender un colgajo de cada lado, como en el procedimiento de Malgaigne, para el labio leporino, colgajos que los reune inferiormente por un punto de sutura.

Nélaton puso en práctica diferentes veces estos dos procedimientos, y siempre con un resultado el más satisfactorio. Los extremos de los pequeños colgajos, aunque sean un poco largos, quedan en contacto con la base de la lengua, pero sin determinar por esto accidente alguno.

*Apreciación.*—La estafilorrafia es una operación de suyo poco grave, y sus accidentes son absolutamente excepcionales. El punto importante es saber qué beneficios puede reportar de ella el operado. Sucede muchas veces que la voz ha mejorado poco á pesar del buen éxito de la estafilorrafia. Depende esto de que el estado de la voz no es únicamente debido á la conformación de las partes, sino que contribuye poderosamente á ello el hábito vicioso y prolongado de los músculos, hábito que no se corregirá sino después de algunos años de perseverancia. Algunas veces no obstante se restablece perfectamente la voz en seguida de hecha la operación. Cuando se sutura el velo del paladar, accidental ó quirúrgicamente, en sujetos que anteriormente tenían libre la palabra, la operación normaliza inmediatamente esta función; pero respecto de la división congénita, la mejoría es tanto menor y es tanto menos probable que acrezca, cuanto mayor es la edad del sujeto, es decir, cuanto más arraigados están los hábitos viciosos de los músculos correspondientes.

De aquí se deduce la inmensa importancia de restablecer cuanto antes el velo del paladar en su condición normal. Sin embargo, Roux aconsejaba diferir la operación, á causa de las dificultades en la ejecución, hasta la edad de diez y ocho á veinte años. Este límite es excesivo, y yo la he practicado con buen éxito en sujetos de siete á diez años. No aconsejaré, sin embargo, que se haga á los niños.

Passavant atribuye el gangueo á la poca caída del velo, por lo cual queda demasiado alejado de la faringe. En su consecuencia, propone suturar la parte media del borde libre del velo á la pared posterior de la faringe, y parece haber obtenido algún resultado de semejante operación. Julio Paul atribuye el gangueo que aún queda después de una operación bien terminada, á la estrechez y á la tensión del velo. Lo que en realidad hay es que cuando el velo es corto ó está reducido á pequeños colgajos sobre los cuales será preciso hacer tracción, no se obtiene, respecto de la voz, mejoría alguna; por consiguiente, podemos desechar la sección previa de

los pilares y de los peristafilinos internos, porque cuando estas secciones son en realidad necesarias para permitir la aproximación de los bordes, no podemos contar con grandes beneficios de la operación respecto de la voz. Si, pues, el cirujano cree que serían necesarias estas secciones, será mejor que haga lo posible por abstenerse de aplicar la estafilorrafia, y pase á ensayar desde luego el empleo de los obturadores.

#### IV.— División del velo del paladar y de la bóveda palatina

La división de la bóveda, grave complicación de la del velo, es muy variable en cuanto á su extensión. Puede estar muy limitada en la parte posterior, prolongarse hacia delante hasta el arco alveolar, y aún más, puede llegar á dividir también este arco, para terminar en un labio leporino; pero en este caso será preciso operar ante todo el labio leporino, y aguardar, para lo restante, á que las dos porciones de la bóveda se hayan aproximado más ó menos.

Podemos entonces seguir dos procedimientos principales.

*Procedimiento de Roux.*—Este cirujano se ocupa exclusivamente del velo. Después de haber colocado las tres ligaduras y refrescado los bordes de la división, como de ordinario, practica con el bisturí de botón, paralelamente al borde posterior del hueso palatino é inmediatamente por debajo de este borde, una sección transversal en cada lado del velo del paladar, que comprende todo el espesor de este órgano y se extiende hacia afuera hasta la apófisis terigoides. De este modo, sin ejercer con los hilos una constricción excesiva, se consigue poner en contacto inmediato en toda su extensión las dos mitades de la división.

Es digno de notarse que Roux se limitara á este proceder después de haber ensayado otro mejor y más completo, que consistía en desprender de los huesos la mucosa palatina, para aproximarla, al mismo tiempo que al velo, por medio de la sutura. Como no obtuviera el éxito deseado, lo atribuyó á la tirantez excesiva de las dos mitades del velo, y sin más reflexión determinó abandonar semejante proceder. Mason Warren lo ha rehabilitado perfeccionándolo.

*Procedimiento de Mason Warren.*—Empieza, este cirujano, por separar la mucosa de la bóveda palatina con un bisturí de dos filos, curvo por el plano, hasta cerca del arco alveolar; esta parte de la operación es muy laboriosa; por delante, á causa de la con-

cavidad de la bóveda, y hacia la parte posterior, lo es aún más, porque en este punto la mucosa está muy íntimamente adherida á los músculos del velo, de los cuales es necesario también separarla en alguna extensión. Terminada esta disección, por lo general no será difícil poner en mutuo contacto las partes blandas al nivel de la línea media, de lo contrario, estará indicada la división de los pilares posteriores; afirma el autor que, con esta sección, se ha alcanzado constantemente el objeto deseado. Falta únicamente refrescar los bordes de la solución de continuidad, y reunirlos por puntos de sutura, 3, 4 ó aún más, que él anuda sucesivamente de arriba abajo. Aconseja el autor quitar los hilos á las cuarenta y ocho horas, ó lo más tarde, á los tres días, y á esta circunstancia atribuye principalmente el éxito de sus operaciones.

Paréceme más prudente dejar colocadas las suturas cuatro ó cinco días.

Mason Warren, por el contrario, desde 1843, contaba ya 14 operaciones, y en 1848, 10 más, todas, excepto una, seguidas de un resultado más ó menos completo. En algunos sujetos, el éxito se limitaba á la reunión del velo; en otros, el velo se había reunido con más una parte de la fisura de la bóveda, de manera que no quedaba más que una abertura que podía fácilmente cerrarse por medio de un obturador; finalmente, en muchos de ellos, la reunión inmediata era casi completa, quedando tan sólo una pequeña abertura en el ángulo superior, la cual se obliteraba fácilmente á beneficio de las repetidas cauterizaciones,

Debemos, no obstante, consignar que Fergusson no fué tan afortunado al poner en práctica este proceder, pues que observó constantemente que, uno ó dos días después de separadas las suturas, los tejidos se dislaceran y hasta algunas veces la mucosa palatina llega á gangrenarse. Estos hechos no deben olvidarse, porque son de suma trascendencia para el pronóstico.

Por lo demás, aun en las operaciones más afortunadas, Mason Warren vió constantemente que en una pequeña extensión del ángulo superior de la fisura, jamás tenía lugar la reunión inmediata.

La uranoplastia, tal como se practica siguiendo el procedimiento de Langenbeck, que describiré más adelante, es superior al procedimiento de Mason Warren. La uranoplastia osteoidea, practicada por Gustavo Simon, es especialmente aplicable á las divisiones congénitas de la bóveda y del velo.

*Uranoplastia osteoidea.*—Un cirujano alemán, G. Simon, en 1864, practicó y describió con su nombre un procedimiento derivado del de Langenbeck. Podemos resumir la maniobra operatoria del siguiente modo: refrescamiento de los bordes de la hendidura

valiéndose del bisturí para la mucosa, y de la sierra ó la lima para los huesos; incisiones laterales paralelas al borde alveolar, como en el procedimiento de Langenbeck para la uranoplastia; sección de atrás á delante con la sierra, de la bóveda palatina ósea al nivel de las incisiones laterales practicadas sobre la mucosa; fractura de la parte anterior de la lámina ósea con un escoplo para desprenderla de la parte anterior y media del borde alveolar; propulsión hacia adentro y hacia la línea media del colgajo ósteomucoso por medio del escoplo introducido en la hendidura practicada por la sierra y obrando á manera de palanca; sutura de los bordes de la mucosa que limitan la fisura congénita; y por último, la estafilorrafia en el velo palatino.

Si bien ningún autor clásico alemán se olvida de describir este procedimiento, puede decirse que no ha podido entrar en la práctica ordinaria. No obstante, Lannelongue, que lo ha puesto en práctica últimamente tres veces, con la diferencia de que, en vez de servirse de la sierra para separar los colgajos óseos, se ha valido del escoplo y el martillo, se felicita de sus resultados, pues que obtuvo tres curaciones. Las aberturas laterales se obliteraron en veinte ó veinticinco días.

#### V. — De las perforaciones del velo

Las perforaciones del velo del paladar pueden ser puramente traumáticas, ser resultado de ulceraciones de naturaleza diversa, ó también ser consecuencia de una estafilorrafia que no se reunió en la parte superior. No siempre ocupan el mismo sitio, ni tienen la misma forma y extensión, y por consiguiente reclaman procedimientos que varían según cada caso particular.

En un caso de desgarró reciente del velo, en el cual se había formado un colgajo triangular de base inferior, Roux atravesó el vértice de este colgajo con dos hilos que dejaban en la parte anterior un asa; colocó en estas dos asas un rollito de esparadrapo como se hace para la sutura enclavijada; atrajo los cabos de los hilos por la nariz por medio de la sonda de Bellocq, y anudándolos sobre un tapón de hilas colocado por delante de la nariz, mantuvo el colgajo elevado y en buena relación hasta conseguir una curación completa.

Quando la perforación sea ya antigua y pequeña, podremos ensayar la cauterización.

Si la perforación fuese muy ancha, no será posible ocluir la sin

la trasplatación de un colgajo; operación que, sobre ser difícil, es de éxito muy dudoso. Bonfils fué el primero que tomó de la bóveda un colgajo pediculado, lo disecó de delante atrás para invertirlo y torcerlo sobre su pedículo, y por fin, lo fijó por sutura á la circunferencia de la abertura del velo; la operación no dió resultado alguno. Nélaton propuso cortar de la mitad izquierda del velo un colgajo triangular, á condición de no comprender en profundidad más que la mucosa, y de reunirlo por sutura enclavijada. Este procedimiento ha sido puesto en práctica dos veces; una por A. Bérard, y otra por Blandin, y en ninguna dió buen resultado. Sédillot afirma, sin embargo, haber obtenido un resultado bastante satisfactorio, porque cauterizaciones sucesivas hicieron completa la obliteración.

Los progresos realizados de veinte años á esta parte en la estafilografía y uranoplastia permiten esperar la curación de anchas perforaciones por el refrescamiento y la sutura. Debe entonces practicarse una operación análoga á la uranoplastia, es decir, abriendo las incisiones laterales liberatrices de Dieffenbach.

#### VI.—De las perforaciones de la bóveda palatina, uranoplastia

Estas perforaciones tienen muchas veces un origen sifilítico; pero otras veces son residuo de una división congénita de la bóveda, cuya obliteración completa no ha sido posible obtener. Para cerrarlas, es preciso sacar siempre los colgajos de la mucosa palatina; ya he indicado, al hablar del procedimiento de Mason Warren, cuán dificultosa es la disección con el bisturí. Roux ha observado, por el contrario, tanto en el cadáver como en el vivo, que esta mucosa se despega fácilmente de los huesos subyacentes con el mango de un escalpelo, particularmente en sujetos jóvenes; con lo cual se obtienen, además, colgajos resistentes y flexibles.

Algunos cirujanos se han limitado á despegar la mucosa por cada lado, á fin de poder atraer sus bordes hacia la línea media. Sédillot ensayó una vez este proceder, y si bien durante los primeros días el éxito pareció completo, no tardaron en separarse los bordes de la herida y por lo tanto en reaparecer la perforación.

Parece que Krimer fué el primero que tomó de la mucosa colgajos laterales; los dejaba adheridos por su base, que era posterior, y les daba una forma puntiaguda en la parte anterior; después los reunía en la línea media por una sutura especial. Esta operación fué seguida de buen éxito, aplicada contra una división congénita

de la bóveda, y, al contrario, se frustró contra una perforación sifilítica.

También Velpeau ensayó el cortar dos colgajos triangulares, uno de base posterior y otro de base anterior; pero procura hacer notar que la mucosa, por su poca elasticidad y escasa vascularización, es poco á propósito para formar con ella anchos colgajos, de manera que, si le damos de 12 á 13 milímetros de longitud, casi inevitablemente se gangrena en mayor ó menor extensión.

Por último, Roux, gracias á su manera de desprender la mucosa, llegó á obtener colgajos anchos, gruesos y bien provistos de vasos; para alcanzar esta última circunstancia, recomienda, dicho cirujano, que se deje su base adherente en la parte posterior, que es por donde se reciben más directamente las ramificaciones de la arteria palatina.

No nos entretendremos en describir estos procedimientos, porque hoy día se prefiere á todos ellos el procedimiento por inclinación lateral, que consiste en desprender de los lados de la perforación refrescada dos colgajos en forma de puente, es decir, adherentes por sus extremos y comprendiendo toda la mucosa, colgajos que después se los aproxima uno contra otro. En Francia, reclama la prioridad de este proceder Baizeau, en Inglaterra Pollock y en América Warren; sin embargo, pertenece indudablemente á Alemania; porque respecto del procedimiento en puente, la prioridad pertenece á Dieffenbach y se remonta á 1834; si bien es verdad que, con esto sólo, no se alcanza el resultado apetecido, y se debe á Langenbeck la idea de comprender en los colgajos de esta forma mucosa y periostio, que es lo que generalmente se practica hoy día.

*Procedimiento de Langenbeck.*—Se rodea la perforación por dos incisiones que se reúnen por delante y por detrás, circunscribiendo un pequeño colgajo elíptico, que luego se reseca. Hecho esto, se practica, por cada lado cerca del borde alveolar, una incisión curva paralela á este borde y de variable longitud según la inclinación que hayan de sufrir los colgajos; estas incisiones deben profundizar hasta el hueso. Tómase entonces una legra acodada por el plano ú otra especial redondeada por su extremidad cortante, plana en la parte que debe apoyarse en el hueso, y convexa en la cara que debe corresponder á la mucosa. Conducida con precaución esta legra, desprende los colgajos del hueso en toda su extensión, de manera que, introducido el instrumento cerca del borde alveolar viene á salir al nivel de la perforación. Se ha procurado respetar la integridad de la palatina posterior desprendiéndola del canal en que se aloja; pero es inútil semejante precaución,

porque, hágase lo que se quiera, esta arteria será dividida siempre que sea necesario prolongar mucho hacia atrás la incisión; por otra parte, la palatina anterior es más que suficiente para mantener la nutrición de los colgajos. Este tiempo de la operación va siempre acompañado de alguna hemorragia, pero que se detiene aplicando una esponja sobre la incisión lateral. Cuando ya no sale sangre, para lo cual se necesita algún tiempo, se procede á la coaptación y sutura de los colgajos. Langenbeck, para pasar los hilos, se sirve de una aguja en la cual coloca un hilo metálico terminado en un ganchito para volver el hilo de sutura de atrás á delante aun cuando se puncione de delante atrás; esta aguja, por ser demasiado gruesa y de incierto y difícil manejo en la práctica, me ha

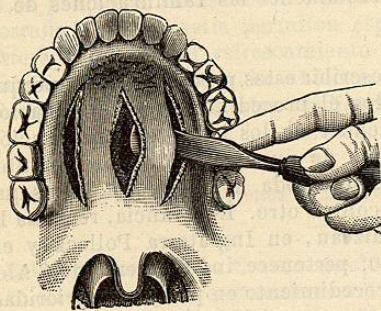


FIG. 547

Uranoplastia.—Disección de los colgajos

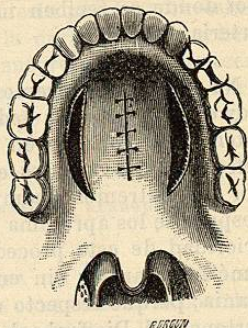


FIG. 548

Sutura de los colgajos

parecido enteramente inútil. Los hilos deben colocarse y cerrarse como hemos dicho ya para la estafilorrafia.

Temiendo que por causa de la forma ojival de la bóveda palatina y de la dirección rectilínea que los colgajos han de tomar por efecto de la tracción que sufren, no se aplicasen exactamente al hueso al nivel de la perforación, en una operación de esta clase, hice pasar primero los hilos de la sutura por un trozo de sonda colocado en la abertura nasal; pero bien pronto renuncié á esta complicación por haberme parecido inútil, toda vez que posteriormente he alcanzado resultados excelentes prescindiendo de ella.

Dudon (de Burdeos), en vez de hacer la sutura, pasa por las incisiones laterales y coloca así, entre la mucosa despegada y la bóveda ósea, una ó dos cintas, que anuda simplemente en la boca. Además, en lugar de hacer el refrescamiento en los bordes, lo prolonga oblicuamente á la cara mucosa. Este procedimiento tiene el incon-

veniente de hacer más ojival aún la bóveda cerrada por los colgajos, de separar demasiado las hendiduras laterales y de interponer un cuerpo extraño entre el hueso y la fibromucosa. A pesar de cinco casos bastante satisfactorios, encontramos este procedimiento muy inferior al ordinario y no podemos aceptarlo.

¿El periostio que tapiza la cara profunda del colgajo reproducirá el hueso como, según Ollier, lo esperaba Langenbeck? Hoy día nadie confía ya en esta reproducción ósea, aceptada con excesiva ligereza después de algunos experimentos practicados en animales; por lo demás, esto no tiene gran trascendencia práctica, ya que los resultados que de esta operación se obtienen son por lo general excelentes.

Ya llevamos anteriormente descrita la uranoplastia osteoidea de Simon (v. pág. 268).

#### VII.—Adherencia del velo del paladar á la faringe

«He tenido ocasión de ver, dice Malgaigne, un caso de esta lesión, por demás curiosa, que impide toda comunicación entre la cámara posterior de la boca y las fosas nasales, quita el olfato y en gran parte el gusto, y obliga al sujeto á respirar exclusivamente por la boca. Resuelto á destruir estas adherencias, me había propuesto hacer las incisiones de manera que quedase el velo del paladar en su forma ordinaria; pero desde el primer golpe de bisturí apareció una lluvia de sangre tal, que amenazaba asfixiar al enfermo, y me obligó á comprimir la incisión con el dedo para detenerla. Como la hemorragia reapareciese cada vez que levantaba el dedo, creí que el único recurso consistiría en facilitar la respiración por la nariz; me apresuré por consiguiente á dividir las adherencias posteriores y laterales, pero sin recortar el velo como me lo había propuesto, con lo cual cesó inmediatamente la pérdida de sangre. Quedó con esto restablecida la comunicación entre ambas cavidades, reapareció el olfato y la respiración quedó libre; pero á medida que la cicatrización de la herida adelantaba, se reprodujeron las adherencias con tanta firmeza como tenían antes, y cuanto pude imaginar para mantener el velo separado de la faringe fué completamente inútil. Si mal no recuerdo, Robert encontró un caso análogo, del cual tampoco alcanzó un éxito más lisonjero.»

Richet y Verneuil no han sido más afortunados que Malgaigne y Robert. En cambio Szymanowski y O. Weber han obtenido una abertura parcial suturando sobre el labio anterior de la incisión las mucosas nasal y palatina. Ried afirma haber alcanzado el objeto diferentes veces manteniendo un tapón de hilas en la aber-

tura artificial. Sería, á mi entender, mucho más fácil, hacer pasar desde la boca por cada abertura nasal, con el auxilio de la sonda de Bellocq, los dos cabos de una asa de hilo metálico, que podría colocarse por cada lado entre el canino y los incisivos laterales de la mandíbula superior, mientras que los extremos del hilo se anudarían sobre un trozo de sonda ó rollo de diaquilón colocado al nivel del subtabique de la nariz. De esta manera, el velo se inclinaría hacia adelante, y podrían dejarse los hilos colocados hasta que se hubiese obtenido la cicatrización aislada de los dos labios de la incisión practicada en el velo del paladar al nivel de las adherencias que hubiese contraído con la mucosa faríngea.

## CAPITULO V

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL CUELLO

Aparte de la ablación de ciertos tumores que pueden desarrollarse lo mismo en el cuello que en cualquiera otra región, y que por lo tanto no exigen reglas especiales, las operaciones que se practican en el cuello pueden dividirse en dos capítulos, según que interesen las vías aéreas ó el esófago; dedicaremos además un artículo especial á los tumores que se desarrollan en la glándula tiroides.

### ARTÍCULO PRIMERO

#### VÍAS AÉREAS

##### I.—Cateterismo de las vías aéreas

Este cateterismo se practica en el recién nacido para insuflar los pulmones en caso de asfixia; y en las demás edades para llenar indicaciones muy diversas.

1.º *Cateterismo en el recién nacido.*—El instrumento que sirve para estos casos es un tubo cónico de plata ó cobre, dilatado en su pabellón, estrechado en su extremidad menor, y ofreciendo á 3 centímetros de ésta una corvadura redondeada, en donde se encuentra

colocada transversalmente una rodaja provista de un disco de agárico ó piel de búfalo. Hé aquí cómo Depaul describe el procedimiento.

Mientras que se sostiene el calor en el niño por medio de paños calientes renovados á menudo, debe estar colocado de manera que el pecho esté mucho más elevado que la pelvis y que la cabeza esté sin embargo algo inclinada hacia atrás á fin de que sobresalga la parte anterior de cuello. Se empieza por dejar la boca y la faringe completamente limpias de las mucosidades que contienen, y después se conduce el índice ó el meñique izquierdos hasta la epiglotis, deslizándolo por la parte media de la lengua. En este momento, cogiendo el tubo laríngeo con la mano derecha como una pluma de escribir, se conduce su extremidad menor á lo largo del dedo previamente introducido, y cuando haya llegado al nivel de

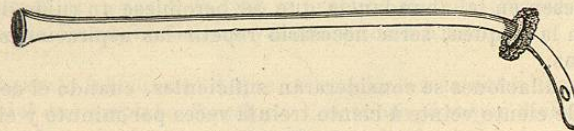


FIG. 549

Tubo laríngeo de Depaul

la entrada de la laringe, se le inclina hacia la comisura labial izquierda, y á beneficio de algunos ligeros movimientos se procura levantar la epiglotis, lo que en general no es difícil; basta entonces enderezar el instrumento y llevarlo hasta la línea media para que su extremidad se introduzca en la glotis. El cirujano se asegura de que el instrumento está bien colocado, aplicando el dedo sobre la laringe y la tráquea. Por lo demás, los resultados de la insuflación serán más tarde suficientes para indicar si hubo ó no error: cuando el aire penetra á lo largo del esófago, eleva la región epigástrica por delante del pecho; pero cuando penetra en la tráquea, el pecho es el que primero se dilata y el vientre no se eleva consecutivamente por efecto del descenso del diafragma.

Quando el cirujano está bien seguro de que el tubo está colocado en la laringe, lo introduce algo más, hasta que el disco de piel ó agárico se aplica sobre la abertura. Esta precaución tiene por objeto evitar el reflujó del aire que se va á insuflar; en caso de no ser esta medida suficiente, podremos recurrir á otras aconsejadas por Depaul. Podremos cerrar exactamente la entrada de la laringe con el índice llevado al fondo de la boca; ó bien podremos impedir la salida del aire, 1.º haciendo con el mismo instrumento una moderada presión para aplicar la pared anterior del esófago contra la