

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

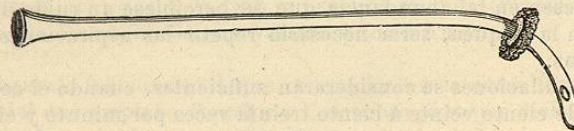


FIG. 549

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

posterior; 2.º apretando fuertemente los labios por cada lado de la cánula con el pulgar é índice de cada mano, mientras que los dos medios elevados sirven para tapar la nariz comprimiendo sus ventanas. Se aspiran entonces las mucosidades que obstruyen los bronquios por medio de la succión ejercida en el otro extremo del tubo. Después se practica la insuflación con la boca, imitando los tiempos regulares de la respiración. Pueden hacerse diez, doce y hasta quince insuflaciones por minuto; después de cada una de ellas se deja libre la abertura exterior del tubo, y se simula el movimiento natural de espiración por presiones ejercidas convenientemente con la mano abierta aplicada sobre el pecho.

Es necesario continuar estas insuflaciones á lo menos durante un cuarto de hora, algunas veces es necesaria una hora y aún hora y media. En este caso será menester retirar el tubo una ó muchas veces para limpiarlo de las mucosidades que lo obstruyen, y si éstas fuesen en tal abundancia que se percibiese un ruido de gorgoteo en la tráquea, sería necesario repetir las aspiraciones para extraerlas.

Las insuflaciones se considerarán suficientes, cuando el corazón lata ya de ciento veinte á ciento treinta veces por minuto y el niño haga en este mismo espacio de tiempo cinco ó seis inspiraciones espontáneas, que se aproximen cada vez más. Mientras no se haya obtenido este resultado, sólo podrá contarse con haber resucitado al niño por cortos momentos. Sin embargo, si después de haberse reanimado los latidos del corazón y obtenidas algunas inspiraciones espontáneas se viera que estos fenómenos tienden á decrecer, á pesar de la continuación de las insuflaciones, podríamos abandonar al niño pasados diez ó doce minutos; en caso tal, jamás ha visto Depaul que se pudiera alcanzar resultado alguno.

2.º *Cateterismo en el niño y en el adulto.*—Podemos servirnos de un tubo análogo al que acabamos de describir, para practicar la insuflación en un ahogado ó asfixiado, ó para dejarlo á permanencia en ciertos casos de edema de la glotis, caries de los cartílagos de la laringe y hasta de crup á fin de mantener la respiración. Bouchut se servía de él para colocar en la laringe una cánula que debía también quedar permanente. Otros cirujanos, en lugar de un tubo, usan una bujía encorvada de ballena, provista de una esponja para conducir los cáusticos sobre las partes afectas, etc.

No debo entrar en el examen del valor de estas indicaciones; me bastará decir dos palabras acerca del procedimiento operatorio.

Desault introducía por la nariz una gruesa sonda de goma elástica, que debía dejar á permanencia en la laringe; este procedimiento está desde antiguo abandonado.

La boca es la mejor vía de introducción de los instrumentos, y

como se hace en el recién nacido, es preciso que les sirva de guía el índice izquierdo. Sólo que, en sujetos de poca firmeza de ánimo, y especialmente en niños, hay peligro de que el dedo sufra alguna mordedura; pero esto podrá evitarse cubriéndolo con un dedo metálico bastante resistente para contrarrestar la potencia de los músculos masticadores.

TUBAJE DE LA LARINGE

En 1858, Bouchut propuso y practicó el cateterismo permanente, que denominó *tubaje de la glotis*, destinado á sustituir la traqueotomía en el crup. Este procedimiento fué abandonado por inútil y peligroso por casi todo el cuerpo médico francés. En 1881 O'Dwyer (de Nueva-York), repitió esta operación modificando el aparato instrumental; á partir de 1885 se practicó frecuentemente en Alemania, en Rusia, en Bélgica y sobre todo en América.

El aparato instrumental que se emplea en la actualidad es distinto del que emplaba Bouchut. Los tubos, ó mejor dicho virolas de Bouchut, tenían aproximadamente la forma de un dedal de coser, su longitud era de 1 centímetro y medio á 2 centímetros, y su diámetro de 6 á 10 milímetros. Los tubos de O'Dwyer son de plata dorada y su longitud varía desde 4 centímetros (para niños de menos de un año), hasta 6 centímetros y medio (para niños de ocho á doce años). Con ellos se hace, pues, una verdadera canalización de la laringe.

La forma exterior del tubo está en relación con la de la cavidad laríngea; es aplanada lateralmente en su parte superior, se dilata paulatinamente en su parte media hasta hacerse cilíndrico para aplanarse nuevamente en su parte inferior. La extremidad superior se ensancha formando una cabeza triangular, que bordea el tubo algunos milímetros hacia atrás y por los lados. En la parte lateral izquierda, esta extremidad lleva un agujero por el cual pasa el hilo que sirve para retirar el tubo, si en el momento de la introducción se le coloca equivocadamente en el esófago, lo cual sucede algunas veces. Si la cánula queda bien colocada en la laringe, se retira el hilo.

El conducto interior del tubo es elíptico y su diámetro mayor es ánteroposterior.

Dentro de esta cánula se coloca un mandril que sobresale por abajo. Su cabeza redondeada tiene una rosca por la cual se sujeta al portatubos. Este consiste en una varilla acodada que termina por un tornillo que encaja con el mandril, el cual desde este momento forma cuerpo con el portatubos. Cerca de esta extremidad el

portatubos tiene dos pequeñas aletas laterales en forma de gancho, que agarran el borde superior de la cánula para fijarla al mandril. Estos garfios sueltan la cánula cuando se comprime el pedal, que á este fin tiene el mango del portatubos.

Para proceder á la introducción de la cánula se atornilla al portatubos el mandril con la cánula correspondiente á la edad del niño. Con un separador de las mandíbulas se mantiene la boca abierta, y luego se introduce el índice izquierdo hasta el fondo de las fauces para levantar la epiglotis y reconocer la abertura supe-

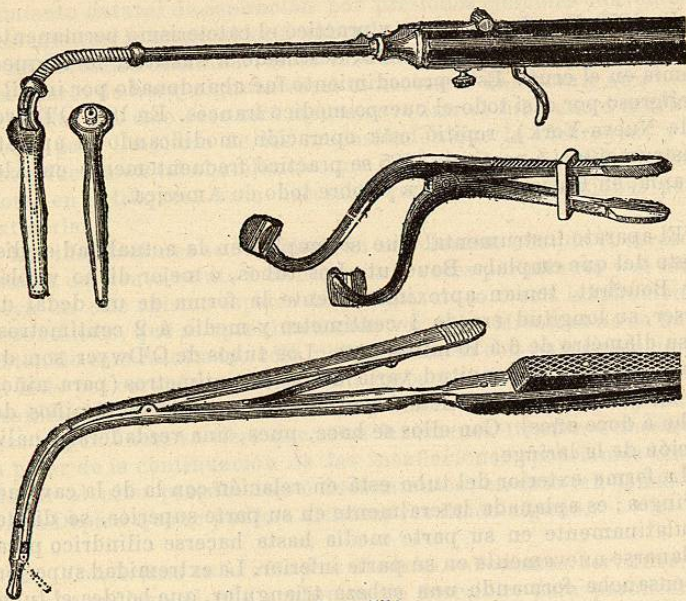


FIG. 550

INSTRUMENTOS PARA EL TUBAJE

Portacánula y cánula.—Separador de las mandíbulas.—Pinzas para retirar la cánula

rior de la laringe; este dedo sirve de guía para la aplicación de la cánula. Cuando se considera que ésta ha penetrado en la laringe, se comprime el pedal, el cual, por el intermedio de un resorte en espiral, hace que los garfios laterales que sujetan la cánula la suelten, y ésta, abandonando el mandril y el portatubos, queda dentro de la laringe. El índice izquierdo que ha servido de guía se apoya ligeramente sobre la base de la cánula para asegurarse de que ha penetrado suficientemente en la laringe. Si la cánula se

halla dentro de la cavidad laríngea, la respiración es fácil, y la tos, convirtiéndose en sonora, toma un timbre metálico característico. Al contrario, si la cánula ha quedado en el esófago, la disnea en vez de disminuir aumenta, y en este caso, por medio del sobredicho hilo, se retira la cánula y se repite la operación.

He dicho ya que una vez colocada la cánula debe retirarse el hilo de seguridad. Cuando después de un número de días necesariamente variable, se cree poder retirar la cánula, se hace con unas pinzas curvas análogas á las que sirven para extraer cuerpos extraños, con la única diferencia de que el pedal en vez de aproximar los bocados los separa. Cuando se comprende que la pinza ha penetrado dentro de la cánula, se comprime el pedal y se atrae ésta al exterior.

Apreciación.—Es bastante difícil formar juicio exacto acerca del valor del tubaje laríngeo, sobre todo teniendo en cuenta que no debemos juzgarlo en términos absolutos, sino que se trata de averiguar si puede ó debe sustituir á la traqueotomía. Veamos, pues, ante todo, cuáles son las ventajas y los inconvenientes de este método, y luego examinaremos cuáles han sido hasta ahora sus resultados.

La dificultad de introducir la cánula no es en general mucha, pero por poco que se vacile, por poco que se tantee, es muy posible determinar un ataque de disnea, siempre temible en las condiciones en que se opera. También puede suceder que el tubo despegue una falsa membrana, la arrastre delante de sí y hundiéndose impida absolutamente el paso del aire, grave accidente que á veces ha obligado al operador á practicar en seguida la traqueotomía. Asimismo puede suceder que, colocada y bien colocada la cánula, pueda después encontrarse obstruída por mucosidades, por restos de falsas membranas, y si en aquel momento no se halla cerca del enfermo una persona bastante competente para retirar en seguida la cánula, una asfixia rápida puede acabar con la vida del enfermo. También es posible que los alimentos se introduzcan en las vías aéreas por la cánula, lo cual es, no obstante, un accidente raro. Lo que sí es más frecuente que la cánula sea expulsada en un acceso de tos, se introduzca en el esófago y caiga en el estómago, lo cual no tiene gran gravedad; pero lo que sí agrava considerablemente la situación, es que la ausencia de la cánula permite nuevamente la obstrucción de la laringe y la reaparición de accesos formidables de ortófnia.

Es indudable que algunos de estos accidentes pueden producirse también en la traqueotomía, pero también es evidente que es mucho más fácil retirar, limpiar y volver á colocar la cánula que se halla dentro de la cánula traqueal de la traqueotomía, que no

retirar de la laringe la cánula que sirve para el tubaje, pues esta extracción es bastante delicada y á veces difícil hasta para el mismo cirujano.

Pasemos ahora á examinar los resultados que hasta el presente ha dado esta operación. Podemos juzgar de ello examinando la estadística que en 1887 presentó el doctor Stein en el Congreso de Washington, suman: 957 operaciones de tubaje practicadas en América por 75 operadores. Me pesa que los límites de esta obra no me permitan la enumeración de estos casos; me limitaré á citar á O'Dwyer, que ha practicado 137 veces el tubaje con 27 curaciones, y Waxham, que la ha practicado 131 veces con 34 curaciones. De estas 957 operaciones resultaron 252 curados y 705 muertos, lo cual arroja una mortalidad de 73 y $\frac{6}{10}$ por 100, ó sea las $\frac{3}{4}$ partes de los operados. Si comparamos estos resultados con los de la traqueotomía, tomando por término de comparación la estadística del hospital de Santa Eugenia de 1860 á 1867 publicada por Bourdillot, vemos que, de 853 operaciones, resultaron 216 curados y 637 muertos, ó sea una mortalidad de 74 y $\frac{6}{10}$ por 100, cifra á corta diferencia igual y aún un poco más elevada que la de la mortalidad por el tubaje.

Pero aun así es preciso observar, que si bien la estadística americana contiene la estadística integral de algunos cirujanos, se compone sobre todo de observaciones sueltas publicadas en diferentes puntos, y es de creer que muchos de los casos desgraciados no habrán merecido los honores de la publicidad. Lo contrario sucede respecto de la estadística de Santa Eugenia, que es una estadística integral, la del doctor Jacques, referente á tubajes practicados en el hospital de Marsella por el método de O'Dwyer: de 13 casos resultaron 11 muertos y 2 curaciones ó sea una mortalidad de 84 por 100.

Añádase también que el tubaje es una operación que se decide más fácilmente que la traqueotomía, y sin exageración pudiéramos creer que á muchos enfermos de los que han sufrido el tubaje con éxito, en Francia no se les hubiera practicado la traqueotomía y la curación hubiera tenido lugar sin ninguna operación. En rigor á la estadística de Bourdillot deben añadirse 158 casos de crup, en los cuales no se practicó la traqueotomía y sin embargo dieron 94 curaciones.

Es preciso trazar con mayor precisión los límites del problema tomando en cuenta la influencia de la edad. Es sabido que en los niños menores de dos años la traqueotomía da resultados deplorables, porque la estadística de Bourdillot no arroja en esta edad más que el 3 por 100 de curaciones. Las investigaciones de Bourdillot se refieren á 13,000 casos de traqueotomía; Stein reunió 519 casos y su estudio comparativo arroja los resultados siguientes con relación á la cifra de curaciones por cada 100 operados.

Edad	Curados con el tubaje	Curados con la traqueotomía
Menos de dos años.	245	3
Entre dos y dos y medio años.	245	12
Entre dos años y medio y tres años y medio.	239	17
Entre tres años y medio y cuatro años y medio.	337	30
Entre cuatro años y medio y cinco años y medio.	283	35
Después de cinco años y medio.	373	395

De esta comparación resulta que antes de los dos años el tubaje es muy superior á la traqueotomía, que esta diferencia disminuye en los años siguientes, y que después de los cinco años la traqueotomía lleva ventaja al tubaje.

¿Debemos decir, pues, que la verdad está de parte de los americanos, como hubiera estado de parte de Malgaigne, que fué el único que defendió el tubaje que proscibieron sus colegas de la Academia? Esta cuestión no puede darse todavía por resuelta, pero hemos de convenir en que esta operación no merece el desdén con que se la ha mirado. Antes de los dos años, y aun de los tres, tengo por indudable la superioridad del tubaje; si después de esta edad la traqueotomía resulta preferible, no por esto debe dejar de considerarse la intubación un precioso recurso en los tan numerosos casos de la práctica civil en que los padres rehusan la traqueotomía ó la aceptan demasiado tarde cuando ven á su hijo en la agonía. Es de creer que estos mismos aceptarían el tubaje, que en nada se parece al terrorífico espectáculo de la incisión traqueal.

II.—Edema de la laringe

ESCARIFICACIONES

Es de la mayor importancia recordar que, en esta enfermedad, la lesión no ocupa las cuerdas vocales ó la glotis propiamente dicha, sino los repliegues mucosos de la glotis superior, y sobre todo los que recubren los ligamentos ariteno-epiglóticos. Podemos obrar con el bisturí contra estos últimos puntos sin gran inconveniente; mientras que, si cortásemos las cuerdas vocales, la voz quedaría ronca por lo menos y tal vez se perdería por completo.

En algunos casos Malgaigne ha conseguido resolver en pocos segundos un edema de la laringe introduciendo á alguna profundidad el índice, y comprimiendo y maxalando las partes edematosas para expulsar el líquido. Bien se comprende que en caso de necesidad estas presiones serían mucho más provechosas después

de haber practicado algunas escarificaciones sobre el edema tal como lo indicó Lisfranc.

Procedimiento de Lisfranc.—Sirve para esta operación un bisturí ligeramente curvo, de hoja estrecha, larga, fija en un mango y envuelta en una compresa hasta 2 milímetros de su punta. Separadas todo lo posible las mandíbulas ó mantenidas en esta posición por una cuña de corcho, el operador introduce los dedos índice y medio izquierdos hasta más allá del istmo de las fauces y llega hasta el rodete formado por el edema; luego, cogido el bisturí como una pluma de escribir, lo desliza de plano por encima de los dos dedos que sirven de guía, y al llegar sobre la laringe, se vuelve el filo hacia adelante y arriba y con la punta se practican dos ó tres escarificaciones, que serán suficientes para dar paso á la serosidad expulsada por presiones sucesivas.

III. — Cuerpos extraños en la laringe y vías aéreas

Las operaciones practicables contra los cuerpos extraños introducidos en la laringe son inseparables de las que se practican para los que ocupan la tráquea. Estos cuerpos pueden ser líquidos ó sólidos. Por lo común, los cuerpos líquidos no determinan más que accesos de tos, ó, si son muy irritantes; un espasmo glótico violento: no obstante, la abertura de un absceso en las vías aéreas, la evacuación de un foco purulento por los bronquios y tráquea, podría llegar á exigir la traqueotomía inmediata si fuese inminente la asfixia.

Los cuerpos extraños sólidos cuando proceden del pulmón ó se han desarrollado en las vías aéreas, pueden ser expulsados por la laringe; ejemplos de esta naturaleza los citan: Louis, Pigray y Tulpius.

Las más de las veces se trata de cuerpos extraños que penetraron por las vías naturales, es decir, por el orificio glótico: son comunemente huesos de fruta, judías, piedrecitas, y más frecuentemente aún, monedas. El tratamiento tiene por objeto, ó bien provocar la expulsión del cuerpo extraño por las vías naturales, ó abrirle una vía artificial.

Puede suceder que el cuerpo extraño se haya quedado en la abertura superior de la laringe, y en este caso con el dedo ó el laringoscopio podremos cerciorarnos de su presencia y extraerlo directamente. Pero puede suceder también que esté alojado en la cavidad de la laringe, que haya llegado á la tráquea y hasta á los bronquios mayores, y estos son los casos en los cuales las dificulta-

des son á veces infinitas. Digamos desde luego que, cuando tal acontece, los vomitivos, que aún algunos se empeñan en administrar, son, por lo menos, inútiles. La *percusión* sobre el tórax y especialmente sobre el dorso, medio puramente empírico, algunas veces ha dado resultados, dislocando el cuerpo extraño y procurando su expulsión por una violenta sacudida de tos.

También la *posición* declive estando el enfermo echado sobre el vientre, con la cabeza baja ó por lo menos muy declive, ha proporcionado algunas curaciones, como lo atestiguan los casos de Lenoir, Duncan, Beneys, etc.; pero es provechosa sobre todo cuando se la combina con la percusión. Así operó Brodie con buen éxito en el tan célebre caso de nuestro compatriota Brunel, el que ideó el túnel bajo el Támesis, cuando la traqueotomía había sido insuficiente para permitir la extracción de una moneda que había descendido hasta el bronquio. Hansford, en seis casos en los cuales ha empleado este proceder, ha alcanzado su objeto constantemente.

¿Si no ha sido posible conseguir la expulsión del cuerpo extraño, será preciso practicar alguna operación? ¿Será necesario practicar la laringotomía, la laringo-traqueotomía ó la traqueotomía propiamente dicha? Creo que para todos los casos merece la preferencia la traqueotomía. Si, como se creyera, el cuerpo extraño se encontrase en la cavidad de la laringe, podríamos extraerlo simplemente con unas pinzas introducidas de abajo arriba por la herida traqueal, y no dejaría de ser ventajosa también esta operación en el caso en que el cirujano se hubiese engañado respecto del sitio en que se encontrase el cuerpo extraño. Marjolin y Armstrong practicaron la laringotomía por cuerpos extraños que, creyéndolos situados en la laringe, habían descendido hasta uno de los bronquios. Es de regla en tales casos abrir el conducto traqueal en el punto más bajo posible, porque si la abertura corresponde por debajo del cuerpo extraño, á lo menos se libra al enfermo de una asfixia inminente, mientras que no así cuando equivocadamente se abre el árbol aéreo por encima del punto en que dicho cuerpo se halla detenido.

IV. — Pólipos de la laringe

La invención del laringoscopio, al permitir el reconocimiento en el vivo de los pólipos de la laringe, debió motivar la invención de procedimientos operatorios aplicables á su curación. Podemos llegar á destruir estos pólipos, cuya frecuencia es preciso no exagerar como indudablemente se hace hoy día, llegando hasta ellos por una vía artificial ó por la natural.

La creación de una vía artificial comprende gran número de procedimientos, cuyo manual operatorio estudiaremos más adelante.

La *laringo-traqueotomía completa*, es decir, la sección de los cartílagos tiroideos y circoides, de la membrana tirohioidea y de algunos anillos de la tráquea, la practicó Ehrmann en 1844 contra un pólipo de la laringe que se insertaba en la cuerda vocal inferior izquierda; el enfermo curó, pero quedó afónico. Gordon Buck, Gibb y Buckel repitieron esta operación contra tumores de naturaleza maligna. Debrou, después de haber intentado la laringotomía infrahioidea, debió, para evitar la asfixia, seccionar el cartílago tiroideos y practicar en seguida la traqueotomía; el enfermo murió siete días después de la operación.

La *laringotomía tiroidea*, ó sección vertical del cartílago tiroideos, la practicó Brauers de (Lovaina) en 1833 para extirpar de la laringe tumores verrugosos epiteliales. El enfermo vivió aún más de veinte años después de la operación. Iguales curaciones obtuvieron Busch y Kœberlé, quienes en 1866 practicaron esta misma operación en casos análogos.

La *sección del cricoides y de la tráquea* permitió á Gilewsky escindir con las tijeras excrescencias poliposas de la laringe, que no habían podido ser extraídas por las vías naturales.

La *sección de la membrana hiotiroidea* permitió á Follin, en 1863, extraer una producción polipiforme formada de seis ú ocho lóbulos, que se insertaba en la base de los cartílagos aritenoides; el enfermo curó. Prat, en 1857, había intentado la misma operación; pero el enfermo, cuya afección parecía deber referirse á una tisis laríngea, sucumbió poco tiempo después de esta intervención tan poco racional.

La *extracción por las vías naturales* se practica con instrumentos de curvatura proporcionada á la forma de la región. Para introducirlos y maniobrar con ellos, el cirujano utiliza las ventajas del laringoscopio. Estos instrumentos son muy variados, porque se ha practicado el desmenuzamiento en el mismo sitio de la afección, y también el arrancamiento cogiendo el tumor entre los bocados de una pinza especial, la escisión por medio de polipotomos análogos al amigdalotomo, de agujas anchas y cortantes encerradas en una vaina protectora, del galvanocauterio, etc. Basta con examinar estos instrumentos para comprender su mecanismo (figuras 551, 552, 553).

*—Apreciación.—*La extracción por las vías naturales es evidentemente el método preferible; pero ni de mucho es siempre practicable, aun cuando el cirujano haya adquirido por el hábito la

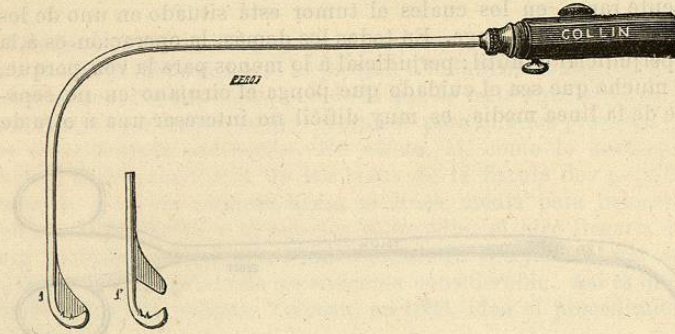


FIG. 551

Polipotomo laríngeo

suficiente habilidad en las exploraciones laringoscópicas, y aun cuando, tanto el cirujano como el enfermo, estén dotados de la gran dosis de paciencia que exige la necesidad de acostumar,

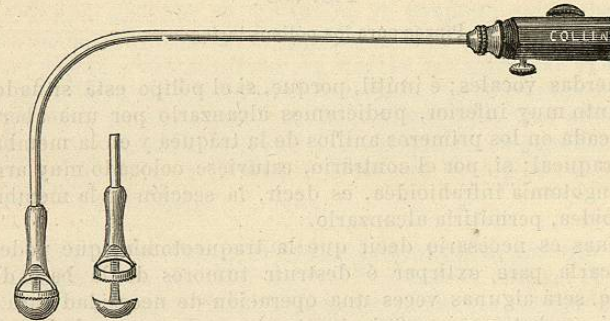


FIG. 552

Polipotomo circular

por ensayos frecuentes y por mucho tiempo repetidos, á la faringe y á la laringe del paciente al contacto de los instrumentos. El volumen del tumor, su friabilidad, su tendencia á las hemorragias, su implantación en la parte inferior de la laringe y la indocilidad del enfermo, harán frecuentemente imposible la extirpación por

las vías naturales. Será, pues, indispensable abrir paso á los instrumentos, practicar una vía artificial; y en este caso, ¿á cuál procedimiento deberemos recurrir? Desde luego podemos dejar á un lado la sección del cartílago tiroides, excepto en los casos, infinitamente raros, en los cuales el tumor esté situado en uno de los ventrículos de la laringe. En todos los demás, la operación es á la vez perjudicial é inútil: perjudicial á lo menos para la voz, porque, por mucho que sea el cuidado que ponga el cirujano en no separarse de la línea media, es muy difícil no interesar una ú otra de

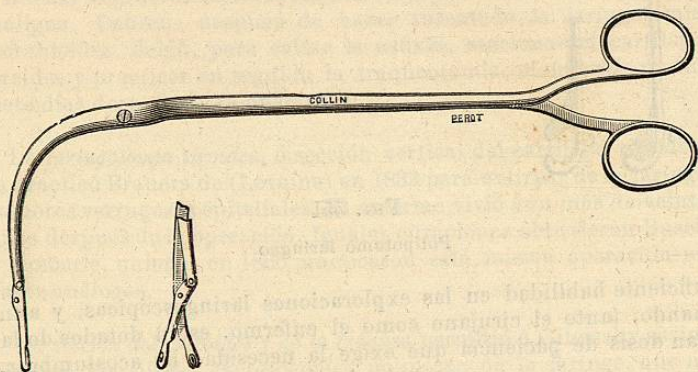


Fig. 553

Pinzas para los pólipos laríngeos

las cuerdas vocales; é inútil, porque, si el pólipo está situado en un punto muy inferior, pudiéramos alcanzarlo por una abertura practicada en los primeros anillos de la tráquea y en la membrana cricotraqueal; si, por el contrario, estuviese colocado muy arriba, la laringotomía infrahioidea, es decir, la sección de la membrana tirohioidea, permitiría alcanzarlo.

Apenas es necesario decir que la traqueotomía, que podemos practicarla para extirpar ó destruir tumores de la base de la laringe, será algunas veces una operación de necesidad para prevenir ó combatir una asfixia inminente; tal vez por haber cambiado de sitio el pólipo, ó por haber caído un fragmento de él, natural ó quirúrgicamente desprendido, accidentes que pueden determinar la asfixia por oclusión de la glotis.

V.—Fistulas de la laringe

Las fistulas de la laringe y de la tráquea, sea cual fuere la causa que las haya determinado, se prestan á idénticas consideraciones terapéuticas. Por supuesto, que de lo que se trata aquí es de cerrar la abertura, pero no es posible emplear para ello los procedimientos autoplásticos ordinarios. En efecto, si, como lo aconsejaba Larrey, se desprendiesen de los lados de la fistula dos pequeños colgajos, y se los atrajese hacia la línea media para colocarlos delante de la fistula y suturarlos sobre ella, el aire llegaría á la cara profunda del colgajo, é infiltrándose en el tejido celular subcutáneo, podría producir un enfisema considerable. Así es que, á fin de evitar este peligro, Velpeau, en 1833, ideó el procedimiento siguiente:

Procedimiento de Velpeau.—Se corta por delante de la laringe y por debajo de la fistula un colgajo de 3 centímetros de latitud por unos 5 de longitud, según las dimensiones del orificio que se trata de obliterar, y se le desprende por la parte inferior. Hecho esto, se refrescan los bordes de la fistula en la cual se introduce el colgajo enrollado sobre sí mismo, de manera que, quedando al exterior su cara profunda, cruenta, se encuentra en contacto con los bordes refrescados de la fistula. Si el eje mayor de ésta es horizontal, se dobla el colgajo sobre sí mismo, de manera que quede al exterior su cara profunda, se le insinúa en la fistula, y para mantenerlo en este sitio, se le atraviesa junto con la piel inmediata con alfileres. Si la fistula es vertical ó circular, se enrolla el colgajo sobre sí mismo, se le coloca en la fistula á manera de tapón y se le fija como en el caso anterior.

Procedimiento de J. Roux.—Se cortan dos colgajos, uno por encima y otro por debajo de la fistula, se desprende la mucosa al nivel del orificio y se suturan las extremidades de los dos colgajos atraídos el uno hacia el otro como en el procedimiento de Larrey; pero, para evitar el enfisema, en un pliegue hecho con la piel de la parte lateral de la fistula, se introduce un bisturí que penetra hasta ésta, y por esta especie de conducto subcutáneo, se introduce una sonda, que servirá para conducir al exterior el aire que podría insinuarse por debajo de los colgajos. Unidos éstos, se quita la sonda.

Procedimiento de Nélaton.—Este cirujano cortaba de cada lado de la fistula un colgajo, que lo desprendía en toda su extensión ex-

cepto en sus extremos; y para que esta especie de puente pudiera deslizarse más fácilmente hasta delante de la fistula, las incisiones eran curvilíneas y la más interna empezaba y terminaba por encima y por debajo del orificio que se trataba de obliterar, pero se



FIG. 554

Fistula traqueal.—Refrescamiento

prolongaba hasta el lado opuesto. La incisión más interna rodeaba y comprendía una de las mitades de la circunferencia de la fistula. Hecho esto, refrescaba la piel de la semicircunferencia opuesta, y

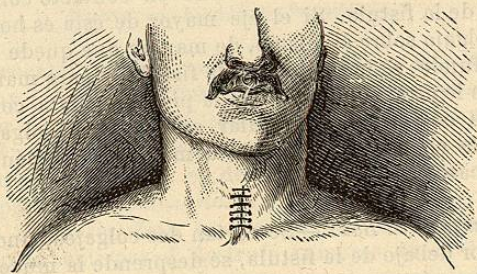


FIG. 555

Fistula traqueal.—Sutura

deslizándolo el colgajo, lo fijaba delante del orificio por algunos puntos de sutura.

Apreciación.—Los procedimientos de Larrey y de Nélaton exponen al enfisema. El de Roux expone á la misma complicación, á pesar de la presencia de la sonda, y en el caso en que este cirujano

lo empleó fueron necesarias cinco semanas para obtener la curación. El procedimiento de Velpeau tampoco pone en absoluto al abrigo del enfisema, porque por los lados el aire puede infiltrarse por debajo de la piel. Habiendo tenido ocasión de tratar en 1864 una de estas fistulas, imaginé el procedimiento siguiente, que es el único que pone enteramente al abrigo de esta complicación, y, por lo demás, me dió un resultado enteramente satisfactorio.

Procedimiento de León Le Fort.—Alrededor de la fistula y sobre su borde mismo, practiqué una incisión circular y la prolongué algo por arriba y por abajo para darle una forma elíptica. A 5 milímetros por fuera de ésta, practiqué una segunda incisión análoga y paralela á la primera. *Estas dos incisiones no interesaban más que las capas superficiales del dermis, y no llegaban siquiera á su capa profunda.* Separé entonces toda la cara superficial del dermis comprendida entre estas dos incisiones, y con esto me resultó una superficie elíptica refrescada todo alrededor del orificio. Entonces doblé la piel cogiéndola entre mis dedos, y puse en contacto los bordes izquierdo y derecho de la circunferencia (fig. 555). Viendo que las superficies se correspondían exactamente, apliqué cinco ó seis puntos de sutura, los cuales, después de cerrados, procuraron la obliteración completa de la fistula. Al sexto día los quité; pero como que el hilo central se aflojó, quedaba una pequeña fistula por la cual se podía introducir un estilete ordinario, mas bastaron algunas cauterizaciones con el nitrato de plata para obliterarla.

Este modo especial de autoplastia por la cara externa de la piel sería aplicable á las fistulas de todos los conductos y reservorios, en particular á las fistulas uretrales contra las cuales lo he empleado también.

VI.—Estrechez de la laringe

Las estrecheces de la laringe son, por lo común, consecutivas á una herida de la tráquea ó de la parte inferior de la laringe. Langenbeck, en un caso en el cual la herida estaba situada al nivel de la membrana cricotiroides, incindió la membrana que obturaba la laringe al nivel de la herida, é introdujo una candelilla que iba desde la boca á la fistula, aumentando gradualmente su volumen. Cuatro meses después, Langenbeck, creyendo improbable la recidiva de la estrechez, refrescó los bordes de la fistula y los reunió. En un caso análogo practiqué, en 1867, la laringotomía. (V. Laringotomía).