

## IX.—Extirpación de la laringe

La ablación de la laringe ó laringotomía puede ser total ó parcial. La ablación parcial consiste ordinariamente en la escisión de la mitad lateral del órgano.

En 1829, Albers estudió en los perros la posibilidad de la extirpación de la laringe. En 1866, Watson practicó por primera vez

el ideal del cirujano, al practicar esta operación, consiste en *llegar pronto á la abertura de la tráquea sin provocar, al contrario, evitando de paso los accidentes posibles*. Por lo tanto, el mejor procedimiento será el que con mayor facilidad realice este ideal. Todos los hasta ahora ideados satisfacen cumplidamente una ú otra de estas condiciones; pero todas reunidas, ninguno. Llegar al interior de la tráquea no ha de ser en general cosa difícil; porque existen para esto puntos de referencia muy precisos, como son: la parte más saliente ó media del cricoides y las extremidades superior é inferior del tiroides; pero ya sabemos que hay que atravesar el plexo venoso subtiroideo, y que no sólo la hemorragia puede ser abundante, sino que la sangre, penetrando en la tráquea y cayendo á los bronquios, puede fácilmente completar la asfixia del enfermo. La dificultad principal consiste, pues, en evitar esta hemorragia. El autor lleva también indicados los recursos á que se puede apelar; pero creo conveniente dejar consignados otros dos, de reciente aplicación y de ventajas universalmente reconocidas son: la *forcipresión* y el *termocauterio*.

Según hemos visto (tomo I, pág. 99), se puede dar al extremo prensor de las pinzas hemostáticas la forma de una T, que será la más á propósito para este caso. Sanné las ha hecho construir expresamente en esta disposición y muy pequeñas para que no causen estorbo en el restante curso de la operación.

El empleo del termocauterio en la traqueotomía no es más que un procedimiento del método térmico y se comprende que, habiéndose ensayado el bisturí incandescente y el gálvano-cauterio, y conocidas las ventajas del aparato de Paquelin sobre estos últimos, se tratase de aprovecharlas para este caso. En efecto, desde que lo aplicó el doctor Poinsoy, en 1876, en el hospital de Burdeos, hasta la fecha, se ha repetido ya esta operación gran número de veces, y en la generalidad de los casos con resultado satisfactorio.

Sin duda que se han atribuido á este procedimiento inconvenientes, como son: la producción de extensas escaras, el mayor dolor, la necrosis condroidea y la estrechez traqueal; pero observaciones y experimentos ulteriores han demostrado que estos accidentes no son imputables al procedimiento sino resultado de su mala aplicación. En efecto, si se atiende á las dos condiciones esenciales de buen éxito del termocauterio, que son: *calentarlo al rojo cereza y proceder por pequeños y rápidos cortes ó punciones sucesivas* (v. tomo I, pág. 69), la hemostasia es segura (Boekel añade absolutamente segura), y no hay motivo especial para la producción de éste ni ninguno de los demás accidentes; porque así obrando, es nulo ó poco menos el calor irradiado por el termocauterio, como así lo prueban los numerosos casos de rápida cicatrización de la herida.

La termotraqueotomía se ha practicado de diferentes modos: unos empiezan y terminan la operación con el cauterio, otros lo sustituyen por el bisturí en el acto de abrir la tráquea, y otros, en fin, dividen la piel y la tráquea con

esta operación en un enfermo que tenía graves lesiones sifilíticas en la laringe. El operado murió tres semanas después y Watson no publicó su observación. En 1870, Czerny estudió experimentalmente la práctica de esta operación, y en 1873 Billroth practicó por primera vez la extirpación de una laringe cancerosa; la enfermedad se reprodujo al cuarto mes y el enfermo murió al sexto. A partir de esta época, esta operación se ha repetido casi en todos los pueblos de Europa (1).

1.º EXTIRPACIÓN TOTAL.—En vez de describir por separado cada uno de los procedimientos empleados por determinados cirujanos, creo preferible describir sucesivamente los diferentes tiempos de la operación.

*Traqueotomía preliminar.*—Este tiempo es indispensable, pero puede practicarse en el acto de la operación ó con mayor ó menor anterioridad. Este último método es el que más comunmente se pone en práctica y en dos casos distintos: en el primero se habrá practicado la traqueotomía para combatir una asfixia inminente, y dos ó tres semanas después, se decide practicar la extirpación; y en el segundo, el cirujano trata de asegurarse, antes de la extirpación de la laringe, de que la respiración se efectuará bien por la

el bisturí, y el termocauterio sirve tan sólo para atravesar la capa vascular. Este último proceder parece el más racional y conveniente.

Como que el plexo subtiroideo está poco desarrollado en el niño, y, al contrario, lo está mucho en el adulto, el termocauterio es especialmente aplicable á esta edad; en el niño, por ahora continuará operándose por el procedimiento clásico, ó sea con el bisturí.

(1) La primera operación de este género que se ha practicado en España la llevó á cabo, el 11 de Mayo de 1878, uno de los profesores que más honran la cirugía española, el laborioso cuanto inteligente cirujano de Madrid, doctor Rubio.

En los siguientes preceptos determina el autor la marcha de esta operación: 1.º No hacer más que una sola incisión en la línea media; 2.º Dividir por la línea media la intersección de los bordes internos de los músculos externo-hioideos y externo-tiroideos; 3.º Dividir con el termocauterio perpendicularmente y por el centro la glándula tiroides y separar cada mitad á su lado correspondiente, practicando una dilatada disección sobre la cara externa del cricoides y los primeros anillos de la tráquea; 4.º Desde el cricoides ir diseccionando hacia la parte superior para aislar los cartílagos tiroides sin separarse de dichos órganos; 5.º Dividir luego la tráquea entre dos anillos, lo suficiente para poder introducir un tubo de goma que asegure la respiración, terminando después la sección circular de la tráquea sin traspasar la circunferencia de dicho conducto; 6.º Levantar con un gancho la extremidad inferior de la laringe, ya dividida inferiormente, y despegarla por disección de los músculos faríngeos; 7.º Desprender los cartílagos tiroides de los músculos tirohioideos y membrana hioideoidea, así como del ligamento epiglótico, siguiendo las inflexiones del borde superior de los tiroides y sus astas sin separar jamás el bisturí de esta superficie.

cánula traqueal. En el primer caso, se practica la traqueotomía del modo ordinario; en el segundo, puede empezarse la operación por la sección transversal de la tráquea, en la cual se introduce directamente la cánula.

Me parece preferible la traqueotomía preliminar practicada dos ó tres semanas antes de la extirpación. Se efectúa á diferente altura; la que se practica inmediatamente debajo del cartílago cricoides se llama *traqueotomía superior*, y la que se practica mucho más abajo se llama *traqueotomía inferior*. Cada una tiene sus ventajas é inconvenientes. La *inferior* separa las dos heridas resultantes de las dos operaciones y ocasiona menos estorbo para la extirpación; pero tiene el inconveniente de exigir más adelante una cánula de rama laríngea muy larga; la *superior* causa estorbo en el momento de la operación, pero, y esto es muy importante, más adelante es menos molesta para el enfermo.

Es de la mayor importancia que la sangre, durante la operación, no pueda caer en las vías aéreas; de aquí el empleo de las cánulas obturadoras, como la de Trendelenburg, cuyo saco elástico contiene agua en vez de aire, ó la de F. Semon, en la cual el tubo que conduce el aire al manguito obturador está colocado en el interior de la cánula.

*Anestesia.*—Los vapores anestésicos llegan al árbol aéreo por la cánula; á este fin puede servir el insuflador del aparato de Junker (v. tomo I, pág. 15), ó bastará empapar simplemente en cloroformo una compresa ó una esponja que se mantienen á corta distancia por delante de la abertura de la cánula.

*Operación.*—La naturaleza de la incisión ha debido naturalmente variar en las distintas operaciones. Podemos limitarnos á una incisión vertical que, empezando un poco por encima del hioides, termine por debajo del cricoides; pero será preferible una incisión en L y mejor aún en T, practicando al nivel del hioides y del cricoides dos incisiones transversales. Ante todo y en interés del propio enfermo, el cirujano debe procurar facilitar la operación para obrar con mayor seguridad, y una incisión más ó menos en la piel no ha de aumentar la gravedad de la operación.

Practicadas las incisiones, se desprenden los músculos que cubren la laringe, se ligan los vasos á medida que se presentan y se pone al descubierto el órgano por delante y por los lados. A partir de este momento y para desprender la laringe, pueden seguirse dos procedimientos, según que se la extirpe de arriba abajo ó de abajo arriba. El segundo procedimiento es el más generalmente empleado, porque es el más fácil y el que da mayor seguridad.

Después de haber seccionado la tráquea inmediatamente por debajo del cartílago cricoides, se desprende la laringe de la parte inferior, procediendo con lentitud y precaución, á fin de no interesar el esófago. El dedo meñique ó un gancho introducido en la laringe tira del órgano hacia adelante y permite separarlo fácilmente del esófago en la mayor parte de su altura.

Al llegar á la parte superior del cartílago tiroides, se secciona el asta mayor, y después de haber aislado y ligado la arteria laríngea superior, se divide la membrana tirohioidea. Se repite la misma sección en el otro lado, después se separa la epiglotis, extirpándola en seguida, si está alterada, y luego se acaba de separar la laringe del esófago. Si se prefiere operar de arriba abajo, se empieza por separar de la misma manera la laringe de sus conexiones superiores.

Una vez extirpada la laringe, queda en la parte superior del cuello una ancha herida abierta en comunicación con la boca, la faringe y la primera porción del esófago, y entonces se ha de introducir hasta el estómago una sonda esofágica, cuya extremidad superior se puede hacer salir por la herida misma ó por la abertura nasal. Tiene por objeto servir de vía para la alimentación artificial del enfermo durante un período que varía entre ocho días y un mes.

La parte superior de la herida puede reunirse por algunos puntos de sutura, pero se evitará suturar el esófago.

La cánula tapón debe conservarse durante las primeras semanas hasta que la herida esté en buen camino de cicatrización y al abrigo de las hemorragias; luego se la sustituye por una cánula ordinaria, que después será reemplazada por la laringe artificial.

2.º EXTIRPACIÓN PARCIAL.—Ha variado naturalmente según la parte sobre la cual se ha debido operar. Si la operación ha de ser unilateral, que es el caso más común, después de las operaciones preliminares necesarias en todos los casos para asegurar la respiración, se practica una incisión en L, cuya rama larga sigue la línea media; se pone la laringe al descubierto; se seccionan el cricoides y el tiroides sobre la línea media; se examina el interior de la laringe y si se cree suficiente la ablación unilateral, se opera en este lado de la manera que acabo de indicar para la ablación total.

*Laringe artificial.*—Czerny propuso y Gussenbauer hizo construir antes que nadie un aparato artificial destinado á sustituir hasta cierto punto la falta de laringe, aparato que se aplicó al primer operado por Billroth. En lo sucesivo, se han construido otros aparatos análogos, que creo inútil describir detalladamente. En gene-

ral, se componen de una cánula traqueal, dentro de la cual se coloca otra cánula, que constituye el aparato vocal y consiste esencialmente en un estrangul vibrante.

En el sitio donde existía la laringe, se introduce un tubo superior que tiene igualmente la forma de una cánula. Este tubo termina á veces por arriba en una pequeña válvula que desempeña el papel de epiglotis, y que se ranversa por la acción de la base de la lengua para evitar el paso de los alimentos.

Este aparato es muy ingenioso, pero la mayoría de los operados que lo han usado le han encontrado tan pocas ventajas que al poco tiempo lo han abandonado, conservando tan sólo la cánula

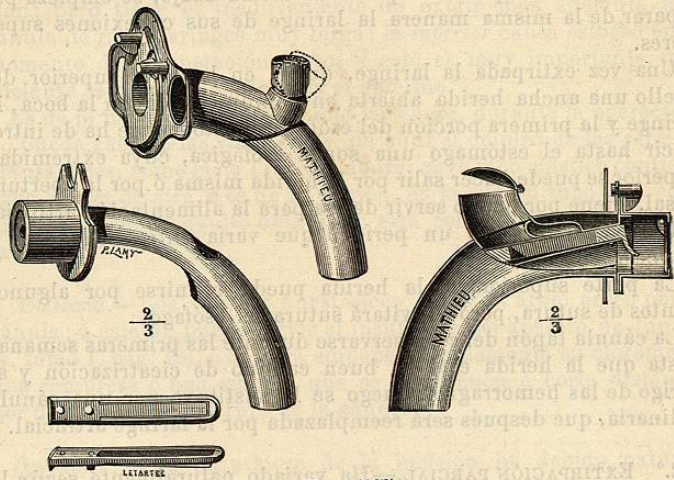


FIG. 567

Laringe artificial de Mathieu

simple con chimenea laríngea sin ningún aparato vocal. Por lo demás, y esto parece á primera vista extraño, la experiencia demuestra que hasta sin laringe, *hasta sin que el aire de los pulmones pase por la boca*, el enfermo puede articular sonidos. Esto es lo que se observaba en el presidiario Leblanc, citado por Raynaud, y esto mismo se notaba en el enfermo en quien en 1867 practiqué yo la laringotomía, por una obliteración completa de la laringe por encima de una herida transversal de la parte inferior de la misma. Este sujeto expulsaba poco á poco el aire que había reunido en la faringe por el juego de los carrillos, y aproximando el oído se distinguían claramente las palabras que pronunciaba y articulaba por el juego del velo del paladar, de la lengua y de los labios.

Sea como fuere, la laringe artificial es un aparato que puede prestar y ha prestado verdaderos servicios, y por consiguiente siempre será útil ensayar su aplicación.

*Apreciación.*—En la octava edición de este libro, después de haber citado algunas de las operaciones que se practican en esta época, decía: «por mi parte, hasta ahora no veo en estos hechos más que uno de los muchos síntomas de la crisis por que atraviesa actualmente la cirugía extranjera, que la inducen á sustituir por maniobras operatorias la sana observación de las indicaciones y contraindicaciones clínicas.» ¿Tenía ó no razón en aquella época? Esto lo veremos estudiando las observaciones publicadas. Reuniendo las estadísticas de Halm y de Schwartz y mis observaciones personales, he encontrado 110 observaciones de extirpación total de la laringe. ¿Qué resultados se han obtenido?

No todas las extirpaciones de la laringe se han practicado por cáncer. Gussenbauer la operó en un joven de veinticuatro años por una tuberculosis laríngea, como si fuese suficiente quitar una laringe tuberculosa para curar una afección diatésica! En efecto, dos meses después el enfermo murió tísico. Watson extirpó este órgano por lesiones sífilíticas de la laringe; el enfermo murió de la operación. Rubio la practicó por una necrosis del cartílago tiroideos y el operado murió al quinto día. Ruggi, por pólipos de la laringe en un niño de diez años, no se limitó á quitar los pólipos sino que separó la misma laringe; éste al menos fué más afortunado y curó. Hasta aquí tenemos tres casos de muerte en cuatro operados, y en casos en que la operación no estaba bien justificada.

Nos restan 98 enfermos que sufrieron la extirpación total de la laringe por cánceres ó sarcomas, ¿qué suerte les cupo? 39 murieron directamente de la operación, y la fecha de la muerte se distribuyó de la manera siguiente: al *segundo* día: Holmes (Londres), Tilanus (Amsterdam); al *tercero*: Bottini (Turín), Macewen (Glasgow), Lagenbach, Billroth (Viena), Durante (Roma); al *cuarto*: Billroth, Schmidt (Francfort), Schönborn (Königsberg), Hahn (Berlín), Toro (Cádiz), Bergmann (Berlín), Mayld (Viena), Vogt (Greisswald); al *quinto*: Gerdes, Reyher (Dorpat), Pick (Londres), Multanowski (Petersburgo), Mayld, Mac-Leod (Calcuta); al *sexto*: Lioyd; al *séptimo*: Watson (Edimburgo), Reyher, Thiersch (Leipzig). Los operados de Billroth, Albert (Viena), Maas (Breslau), Reyher (2 casos), Labbé (París), Watson, murieron á la segunda semana; el de Bircher (Aarau), á la tercera; los de Billroth, Novaro, Hahn (2 casos), Winiwarter (Liege), de la cuarta á la novena, un operado de Labbé sucumbió de una pulmonía tres meses después de la operación y antes de hallarse curado de ésta. Con esto tenemos ya una mortalidad de 40 por 100; y hemos de convenir en que en realidad es

aún más elevada, porque se puede afirmar (y respecto de algunos casos pudiera probarlo) que muchas de las operaciones seguidas de muerte no se han publicado.

Por elevada que fuese la cifra de la mortalidad por la operación, no constituiría por sí sola una contraindicación formal siempre que se tratase de una enfermedad que conduce fatalmente á la muerte, si los operados que han salvado los peligros de la operación encontrasen al menos en una prolongada curación una relativa compensación á los terribles peligros que la curación les ha hecho correr. Desgraciadamente vamos á ver que la recidiva es una regla que tiene muy pocas excepciones.

Si de 98 operados 39 murieron de la operación, ¿qué suerte les cupo á los 59 restantes? Un operado por Mickuliez, no pudiendo tragar por causa de la estrechez del esófago consecutiva á la retracción de la herida operatoria, murió de inanición algunos meses después. Un operado por Iversen encontráse en el mismo caso, y el cirujano le practicó una operación que había de dilatar la faringe, pero el enfermo murió de esta operación.

Un operado por Mac-Leod y otro de Foulis, murieron tísicos el uno cuatro meses y el otro diez y siete meses después. ¿No se trataría quizás del cáncer generalizado? Este punto no fué dudoso en un operado de Kocher, puesto que sucumbió dos años después de un cáncer abdominal. Un operado de Novaro murió súbitamente al octavo mes, por haberle caído en la tráquea una pluma de ave que servía para limpiar la cánula. Un operado de Leinsrich murió de pulmonía al cuarto mes, y es conocida la frecuencia con que la pulmonía se desarrolla después de esta operación. Con esto tenemos que los sobrevivientes quedan reducidos á 51, ¿y éstos al menos sobrevivieron? No, y se ha podido comprobar que para muchos de ellos la operación fué inútil y murieron de la recidiva de su primitivo mal. La fecha de la muerte tuvo lugar en los distintos casos en el espacio de tiempo siguiente: á los *dos* meses: Multanowski; á los *tres* meses: Maas, Multanowski, Margary; á los *cuatro* meses: Langenbeck, Holmes, Thierz, Burow; á los *cinco* meses: Czerny, Woelker; á los *seis* Heine, y á éstos hay que añadir un operado de Schede que curó de la operación, pero se suicidó al observar la recidiva de su cáncer; á los *siete* meses: Billroth, Kocher, Novaro, Holmes, Bergmann, Lenge, Winiwarer; á los *ocho* meses: Bruns; á los *nueve* meses: Reyher, Kozinski; á los *diez* meses: Czerny, Halm; algunos meses: Halm, Labbé (2 casos), Pean; á los *quince* meses: Czerny, y por último un operado de Thiersch, que murió dos años y medio después. Obsérvese además que no coincidiendo la muerte con la recidiva, la inmensa mayoría de estos enfermos apenas han disfrutado pocas semanas de salud y de esperanzas después de la operación. Con esto tenemos ya

31 muertos añadidos al martirologio de la operación, que contaba ya con 47, lo cual suma ya 78 casos de muerte en 98 operaciones. Continuemos analizando la muerte de los 20 restantes.

Es imposible conocerla en 11 de ellos, puesto que los datos se detienen en un período de *algunas* semanas en un operado de Mickuliez (1886); de *seis* semanas en los de Jones (1884) y de Bergmann (1885); de *tres* meses: Iversen (1884); de *cuatro* meses: Prætorius (1883), Foulis (1881); de *seis* meses: Gussenbauer (1883); de algunos meses: Kocher (1882). Podemos con razón sospechar que la suerte ha sido adversa á estos 11 enfermos; en primer lugar, porque no había transcurrido la época en que por lo común aparece la recidiva, y luego porque la fecha ya antigua de las operaciones ha dejado ya tiempo sobrado á los operadores para publicar la permanencia y confirmación de las curaciones, y por último, porque dadas las preocupaciones de la opinión en estos últimos años, es más que probable que si estos enfermos hubiesen sobrevivido no hubieran dejado de ser citados como ejemplos que imitar. No pudiendo considerar estos enfermos como curados y no queriendo sumarlos con los muertos, podríamos eliminarlos de la estadística, pero esto sería disminuir arbitrariamente la cifra de las curaciones posibles. Podemos cuando menos suponer que su suerte haya sido análoga á la de los 59 sobrevivientes y en la misma proporción. Como de estos 59 murieron 38, tendríamos que de estos 11 podríamos contar 7 muertos y 5 curados, de lo cual resulta: de 98 operados una cifra probable de 14 y una cifra cierta de 9 sobrevivientes solamente.

Pues bien, según vamos á ver, no tiene nada de extraño que en algunos de estos 9 sobrevivientes no haya habido recidiva, puesto que no padecían de cáncer propiamente dicho. Sobre este particular no cabe duda respecto del operado de Bottini, el cual, habiéndolo sido en 1875, vivía aún diez años después. Este sujeto contaba la edad de veinticuatro años, que no es la más propicia para el cáncer, y por otra parte la observación es muy explícita y se comprende que no se trataba de un verdadero cáncer sino de un sarcoma. Sucede absolutamente lo mismo con la mujer de diez y nueve años operada en 1879 por Azzio y la cual vivía aún dos años después. Probablemente era también un sarcoma la enfermedad del operado por Novaro. Este sujeto, que contaba la edad de cincuenta y dos años, sufrió un ataque de sofocación en 1882, se le practicó la traqueotomía de urgencia y después se le extirpó la laringe, la cual no contenía más que un nódulo del volumen de una avellana. Estos caracteres no corresponden á los de un tumor canceroso ó de un epiteloma. Viene en seguida el enfermo de Hahn, operado en 1880 y que vivía aún cuatro años después; esta historia merece ser referida. Este sujeto, desde la edad de veinte

años, venía padeciendo una afección laríngea que, según un certificado que lleva la fecha de 2 de Septiembre de 1874, le sirvió de exención del servicio militar. Así vivió hasta la edad de sesenta y ocho años. En esta época le sobrevinieron afonía y disnea, demostrando el laringoscopio la existencia de un pequeño tumor del volumen de una avellana sobre el ligamento ari-epiglótico izquierdo. En 10 de Octubre de 1880, se le practicó la traqueotomía, y según se refiere en la observación, la respiración se puso libre. Cualquiera cirujano se hubiera contentado con esto ó bien hubiera extirpado el tumor, ya por las vías naturales, ya por la laringotomía; pero para un operador era ésta una ocasión para extirpar una laringe, y tres días después estaba hecha la extirpación. Que el microscopio demostrase después que se trataba de un «*Carcinoma Queratodes*» esto poco importa; la clínica nos enseña que el cáncer no dura cuarenta y ocho años y por tanto no tiene nada de extraño que cuatro años después no hubiese tenido lugar aún la recidiva de un cáncer que no había existido jamás. Queda, por último, un operado de Winiwarter, que sobrevivía aún tres años y cuatro meses después; pero Schwatz, que cita este caso, pone en duda la existencia del cáncer.

De estos 98 operados quedan, pues, en definitiva 4 enfermos de cáncer que han sobrevivido: el de Maydl, operado en 1882, que vivía aún seis meses después; un hombre de cuarenta y ocho años, operado en 1881 por Gussenbauer, que vivía aún dos años después; otro de sesenta y dos años, operado en el mismo año por el mismo cirujano, que sobrevivía veintiún meses después, y por último, un enfermo de Thiersch, de cincuenta y dos años de edad operado en 1880 y que vivía aún el 8 de Noviembre de 1883. ¿Qué suerte les cupo después á estos operados? Lo ignoro, pero considero de mal augurio este silencio. Tal es el fúnebre balance de la extirpación total de la laringe. ¿Ha dado mejores resultados la extirpación parcial? Esto es lo que vamos á examinar.

Para juzgar esta cuestión disponemos de 28 observaciones de resección parcial de la laringe. Cinco fueron motivadas por afecciones no cancerosas. Heine (1874) practicó esta operación por una encondro-periostitis y el enfermo murió de pulmonía once meses después; Foulis (1878) la practicó por una inflamación crónica; el enfermo murió dos meses después, si bien es verdad que, según consta en la observación, ocasionó la muerte un flemón de la pierna. El mismo cirujano, y en el mismo año, extirpó una laringe extremadamente estrechada y el enfermo murió por agotamiento dos meses y medio después. Halm operó dos enfermos, el uno por una estrechez sífilítica, y el otro por una estrechez consecutiva á una herida; ambos curaron. El número de operaciones practicadas por cáncer ó sarcoma es de 23. Los dos tercios de los

operados murieron unos de la operación y otros de la recidiva. Nueve enfermos sucumbieron de la operación, al *segundo* día: los casos de Caselli, Azzio; al *cuarto*: el de Halm; al *duodécimo*: el de Wagner; dos operados de Billroth murieron á la quinta semana, y del de Pean no consta la fecha. Por último, dos enfermos de Halm y de Socin, después de la recidiva, fueron operados segunda vez, uno de ellos diez y siete meses y el otro un mes después, ambos sucumbieron á la segunda operación. Un operado de Billroth murió de recidiva al sexto mes.

En cuatro enfermos la fecha de la muerte se desconoce, pero se conoce la fecha de la recidiva. Esta sobrevino un mes después en el caso de Billroth; tres meses en el de Skliffassowski; cuatro meses en el de Kraske, y seis meses en otro de Kraske. Por último, un operado de Arpad Gester murió de pleuresia al décimo mes. Se ignora la suerte de cinco operados; el de Morris, cuya observación concluye al día siguiente de operado; el de Kuster, del cual no se sabe apenas nada; dos de Billroth, el uno visto un mes después y el otro tres meses; uno de Stork, visto algunos meses después. Con todo, se sabe que un operado de Winiwarter no había tenido recidiva después de once meses: uno de Reyher después de catorce meses; uno de Schede después de diez y ocho meses. Como se ve, los resultados de la extirpación parcial no llevan gran ventaja á los de la extirpación total.

La ablación de la laringe atacada de cáncer puede tener cierto atractivo para un operador que reduce la cirugía á intervenciones manuales; pero no puede ser aceptada por un cirujano que estudie atentamente las indicaciones, los peligros y las consecuencias de las operaciones y la utilidad que de ellas puede reportar *el enfermo*. He dicho ya, y no me cansaré de repetirlo, que una operación grave únicamente está justificada cuando los peligros inmediatos á que expone al operado están en relación con el beneficio durable que de ella puede reportar. Pues bien, de los cien enfermos que han sufrido la extirpación de la laringe, murieron á lo menos cuarenta por causa de la operación, de manera que si estos cuarenta enfermos no hubiesen sido operados, hubieran podido vivir aún muchos meses y algunos de ellos quizás muchos años. De los sesenta sobrevivientes, en su inmensa mayoría no ganaron con la operación más que algunos meses pasados entre el temor y más tarde con la desesperación de una recidiva, y con mucho trabajo se pueden citar tres ó cuatro ejemplos de curación durable tratándose del cáncer.

¿Cuál debe ser, pues, la conducta del cirujano ante un caso de cáncer de la laringe? ¿no se puede intentar nada para extirpar un mal que, sin esta extirpación, conducirá forzosamente al enfermo á la muerte en un espacio de tiempo relativamente corto? Si el

cáncer se encuentra aún en su principio, si está perfectamente limitado, lo que procede es practicar la laringotomía, abrir la laringe y extirpar las partes enfermas. ¿Esta operación puede, como no se ha tenido reparo en decir, asegurar la curación y la vida? De ningún modo, y en el célebre informe de los cirujanos del emperador Federico no se pudieron citar más que tres observaciones con resultado satisfactorio. Pero si bien esta operación, bajo toda probabilidad, no evitará desgraciadamente los progresos del mal, tiene cuando menos la ventaja de no ser por sí peligrosa. Esta es la operación que quiso hacer Gerardt al principio de la enfermedad en el sobredicho emperador y tenía fundados motivos para ello; es de lamentar que, siguiendo el consejo de Mackenzie, se la supiera por cauterizaciones siempre ineficaces y á la larga perniciosas.

Quando la enfermedad ha adquirido ya gran desarrollo, no se puede confiar en salvar la vida del enfermo, y se debe recurrir al único medio de prolongarla, que es la traqueotomía. Esta operación no tiene únicamente por objeto evitar la asfixia, sino que obra también suprimiendo el paso del aire por la laringe, y suprimiendo esta poderosa causa de irritación, contribuye á hacer más lenta la marcha del mal. Será casi superfluo decir que después de la traqueotomía debe suprimirse toda exploración laringoscópica y toda acción directa sobre el cáncer. El doctor Schwartz, en su tesis de agregado (1886), ha resumido los resultados de 180 casos de traqueotomía practicada por cánceres de la laringe, habiendo averiguado que 25 operados sucumbieron antes de un mes después de la traqueotomía. Atribuyendo todos estos casos de muerte á la operación, la cifra de mortalidad no pasa de 23 por 100, al paso que la extirpación de la laringe llega á 40. Veinticuatro operados sobrevivieron de uno á seis meses; veintiocho de seis meses á un año; diez y ocho de uno á dos años; tres sobrevivieron tres años. De diez operados ignoramos la época de la muerte. Estos resultados son con mucho superiores á los de la ablación de la laringe. Ya llevo demostrado que esta última operación en casi la mitad de los casos va seguida de muerte, y en caso de curación va casi siempre seguida de una rápida recidiva. Por esto continúo rechazando una operación mortífera é ineficaz.

## ARTÍCULO II

## ESÓFAGO

## I.—Cateterismo del esófago

*Anatomía general.*—El esófago está situado detrás de la tráquea, casi en la línea media, pero inclinándose ligeramente á la izquierda á medida que desciende, de suerte que, cuando se introduce la sonda con alguna fuerza, será útil dirigir el instrumento muy ligeramente hacia ese lado. Pero es una noción de mayor importancia aún, saber que el esófago no empieza hasta el nivel de la unión del cartílago cricoides con el primer anillo de la tráquea, y es precisamente en este punto que el espasmo del orificio opone ordinariamente obstáculo á la introducción de los instrumentos, siendo á veces necesario un esfuerzo más que regular para forzar el paso.

Este cateterismo puede practicarse por la nariz y la boca.

1.º *Por la nariz.*—Estando el enfermo sentado con la cabeza inclinada hacia atrás, el cirujano coge como una pluma de escribir la sonda provista de un mandril encorvado con la concavidad mirando abajo, la introduce por una de las aberturas nasales y la conduce hasta el centro de la faringe. Al llegar á este punto, con una mano retira el mandril, mientras que con la otra empuja la sonda, para hacerla penetrar en la extremidad superior del esófago y tan lejos como sea necesario en el interior de este conducto.

En la mayoría de los casos, no es necesario el mandril. Son de regla únicamente dos precauciones: la primera consiste en encorvar un poco el pico de la sonda antes de introducirla; y la segunda en inclinar mucho la cabeza del enfermo hacia atrás, á fin de disminuir el ángulo que naturalmente forma el esófago con la dirección del meato inferior. Puede el cirujano además vigilar á simple vista ó con el dedo la dirección de la sonda, procurando que el enfermo abra mucho la boca; y en caso de que el instrumento penetrase en la laringe, lo indicarían los signos mencionados al hablar del cateterismo de las vías aéreas.

2.º *Por la boca.*—En este caso podemos servirnos de una sonda ordinaria, ó de una especial más larga y más gruesa, denominada *sonda esofágica*. En todos los casos, se deprime la lengua con el índice izquierdo, y se conduce la sonda hasta más allá del orificio faríngeo del esófago.