

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.

El esófago se sonda en los casos de estrechez, de cuerpos extraños, ó para hacer llegar al estómago alimentos líquidos. Podríamos igualmente dirigir por este conducto instrumentos á propósito para coger y extraer cuerpos extraños detenidos en el estómago, como, por ejemplo, las pinzas de Hunter y las de tres ramas de la litotricia. El ser rectos estos instrumentos no sería un obstáculo para su uso; todos hemos visto titiriteros que se introducen hasta el estómago instrumentos rectos de un calibre más que regular; basta para ello volver la cabeza hacia atrás, hasta que el arco dentario superior se coloque en línea recta con el esófago.

Por último, Dupuytren indicó otro caso en el cual pudiera ser útil esta operación: cuando el médico es llamado para un envenenamiento muy reciente, después de haber introducido en el estómago la sonda esofágica, por medio de una jeringa ó de un cuerpo de bomba que se adaptase exactamente á esta sonda, podríamos inyectar primero lo que fuese necesario para diluir ó neutralizar el veneno, y aspirarlo después todo haciendo el vacío en la jeringa ó cuerpo de bomba.

II. — Estrecheces del esófago

Hanse puesto en práctica ó propuesto contra las estrecheces del esófago, la dilatación, la cauterización, las sondas permanentes, en fin, casi todos los medios que describiremos como aplicables al tratamiento de las estrecheces de la uretra. No cabe la menor duda de que con la sonda exploradora podremos reconocer el sitio y extensión de la estrechez, pero su naturaleza no, y basta recordar que pudiera estar formada por una degeneración escirrosa ó cancerosa, para hacerse bien cargo de las consecuencias que pudieran tener tentativas terapéuticas enérgicas. La dilatación progresiva por medio del cateterismo repetido con frecuencia, y, en caso necesario, la dilatación permanente, son en todos los casos los medios más prudentes, y cuando haya lugar á dudas, los únicos que el cirujano puede ensayar.

1.º *Dilatación progresiva.*—Cuando la estrechez está situada muy cerca de la faringe pueden introducirse candelillas uretrales ordinarias, y cuando se encuentre á mayor profundidad, se emplearán instrumentos especiales. Velpeau se servía de una varilla de ballena que tiene de trecho en trecho dilataciones cuyo volumen iba creciendo gradualmente. Trousseau recurría á una esponja sujeta en la extremidad de una varilla de ballena, y á la cual con unas tijeras daba la forma cónica. Muchas veces se utiliza una

varilla de ballena en cuyo extremo se atornillan sucesivamente bolitas de marfil de volumen creciente. Verneuil conduce la oliva dilatatriz que al efecto tiene un conducto central sobre una varilla previamente introducida en la estrechez. Bouchard emplea sondas de goma elástica terminadas con punta adelgazada á fin de que penetren más fácilmente.

Las bolas olivares que comunmente se emplean, ni son convenientes, ni muchas veces es posible su uso, cuando se trata de emplearlas algo voluminosas. Al nivel de la laringe, no es posible introducir en el esófago cuerpos voluminosos, sino á condición de desviarlos hacia un lado, pues que la laringe puede avanzar muy poco hacia adelante. Conviene, pues, sustituir las olivas por bolas de marfil que se aproximan á la forma de un disco de bordes redondeados, y las más voluminosas deben tener, además, siguiendo el eje de la varilla, una ligera excavación en el punto correspondiente á la cara posterior de la laringe.

Por lo demás, al principio del tratamiento podemos repetir la introducción de las sondas, de la esponja ó de las bolas de marfil hasta dos veces al día; pero después se deja entre cada operación un intervalo de uno, dos, tres días y aún más; y finalmente, cuando parece ya curada la estrechez, será útil que el enfermo guarde consigo una sonda para pasarla por el esófago cada quince días, cada mes y últimamente cada dos meses, como medida preventiva contra las recidivas.

2.º *Dilatación inmediata progresiva. Procedimiento de Leon Le Fort.*—En 1878, tuve ocasión de tratar un joven que padecía de estrechez de la parte superior del esófago de tal manera apretada, que con gran dificultad pude introducir en ella una fina candelilla uretral. Ocurrióseme atornillar sobre una candelilla armada una de las sondas metálicas cónicas de que me sirvo para la dilatación de las estrecheces de la uretra, practicando así un cateterismo dilatador. Así conseguí dilatar bastante la estrechez para permitir la alimentación que había llegado á ser imposible, y en pocos meses obtuve una dilatación suficiente sirviéndome del procedimiento siguiente, enteramente análogo al de que me sirvo para la uretra.

La instrumentación se compone de cuatro candelillas de volumen graduado, de las cuales la más delgada corresponde al número 18 de la escala de Charrière para la uretra. Estas candelillas de goma elástica llevan en su interior un vástago de plomo que les da cierto grado de rigidez. En su extremidad libre, la candelilla termina por una pieza metálica cónica y el vértice de este cono no tiene más que 3 milímetros de diámetro; termina por una rosca á la cual se atornilla una candelilla conductriz cónica larga de 8

á 10 centímetros. Luego que ésta ha penetrado en la estrechez, sin temor ninguno se puede empujar la candelilla dilatatriz más pequeña, y después siguen las de mayor calibre. Jouin, uno de mis antiguos internos, ha publicado sobre este particular un trabajo en el que consigna un número bastante crecido de curaciones. En 1881, pude dilatar una estrechez cicatricial tan apretada, que el enfermo en cinco días no había podido tragar una gota de líquido, por lo cual me había sido mandado para practicarle la gastrotomía.

3.º *Dilatación prolongada. Procedimiento de Switzer.*—Trátase de colocar y dejar á permanencia dentro de la estrechez bolas ovoides muy prolongadas que tienen un surco circular en su parte media. Cada bola tiene, en el sentido de su longitud, un conducto central de 2 milímetros de diámetro, que da paso á un cordón de seda, en cuyo extremo inferior se ha hecho un nudo doble en el que se apoya la bola. En el extremo superior del conducto central existe una especie de mortaja de unos 10 milímetros de profundidad por 4 de diámetro, destinada á recibir la extremidad de una larga varilla de ballena. Las bolas de asta ó marfil, varían en longitud de 3 y $\frac{1}{2}$ á 5 centímetros, y en diámetro de 9 á 23 milímetros. Se las coloca del modo siguiente:

Introducida la varilla de ballena en la mortaja de la bola, se la fija en ella por una ó dos vueltas del cordón de seda dadas alrededor de la varilla; armado así el instrumento, el cirujano lo coge con la mano derecha y lo introduce en el esófago hasta la estrechez, en la cual penetrará la bola con sólo ejercer una ligera presión con la varilla; se desarrolla entonces el cordón que sujetaba la varilla y se retira ésta, dejando la bola introducida en la estrechez, y únicamente asegurada por el cordón de seda, que sirve para retirarla cuando se trata de sustituirla por otra mayor.

4.º *Dilatación permanente.*—El cateterismo repetido en casos de estrecheces cancerosas no está exento de inconvenientes y peligros. La idea de dejar colocada para siempre una sonda que permita alimentar al enfermo pertenece á Boyer, que en 1799 colocó una sonda permanente sin retirarla por espacio de ciento cincuenta días.

Procedimiento de Boyer.—Empezó por introducir por una de las aberturas nasales la sonda de Bellocq; cuando el resorte hubo aparecido en la boca, ató en él uno de los cabos de un hilo encerado en muchos dobles, y lo hizo salir por una de las aberturas nasales. Entonces introdujo en el esófago por la boca, hasta más allá de la estrechez, una sonda de goma; fijó en su extremo superior el cabo

del hilo que salía por la boca; introdujo la sonda más profundamente hasta que su extremo superior llegó á la faringe, y tirando del cabo del hilo que salía por la nariz, atrajo por esta vía la extremidad de la sonda y los hilos sirvieron para asegurarla al exterior.

Este método lo rehabilitó en Francia Krishaber en 1881. Su ejemplo ha sido imitado por Durham, Croft, James, Berry, Charters, Symonds y Kirmisson. Dos procedimientos son los que generalmente se emplean: Symond se sirve de tubos bastante cortos terminados en su parte superior por una abertura más ancha, á la cual se atan dos hilos. Introducida la sonda hasta la estrechez, queda permanente pasando cada uno de los hilos por una abertura distinta de la nariz y anudándose debajo del tabique intermedio.

Kirmisson se sirve de la candelilla conductriz de Verneuil sobre la que se desliza una sonda abierta por sus dos extremos y la extremidad superior pasada por una de las aberturas de la nariz sirve para las inyecciones alimenticias.

5.º *Escarificación del esófago ó esofagotomía interna.*—A imitación de lo que se practica en la uretra, se ha practicado también la sección lineal de las estrecheces esofágicas. La operación consiste en introducir por la boca hasta la estrechez un instrumento destinado á operar la sección. Así han procedido Maisonneuve, Trélat y Lannelongue (de Burdeos), Ledentu, etc. El esofagotomo de Maisonneuve está construído bajo los mismos principios que su uretrotomo, es decir, que la hoja que sobresale de la varilla conductriz es obtusa en su porción más prominente y divide de delante atrás, pero no puede cortar sino las partes que no se dejan dilatar por los bordes redondeados de la hoja.

El esofagotomo de Trélat opera la sección de abajo arriba;

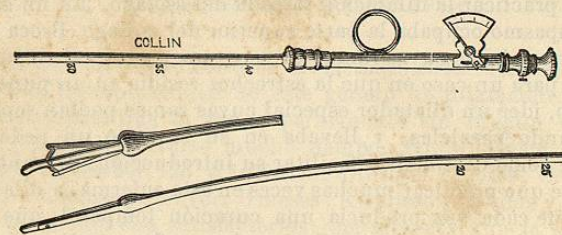


Fig. 568

Esofagotomo de Trélat

cuando el instrumento ha pasado la estrechez, salen de su interior dos hojas, hasta entonces ocultas, y la sección tiene lugar al retirar el instrumento (fig. 568).

6.º *Gastrostomía*.—Es un recurso de última hora, del cual estudiaré más adelante el modo de ejecución y las indicaciones.

7.º *Estrechez espasmódica. Dilatación brusca*.—Casos hay en que la estrechez del esófago es simplemente espasmódica. En ciertos momentos los alimentos salidos pasan sin dificultad, al paso que en otros ni siquiera pueden pasar las bebidas; á veces una sonda esofágica de grueso calibre recorre el esófago en toda su extensión, é inmediatamente después del cateterismo no puede pasar una pequeña cantidad de agua. El paso de los alimentos determina contracciones dolorosas del esófago, muy comparables á las del esfínter anal en los casos de fisura. Esta analogía nos ha inducido á Broca

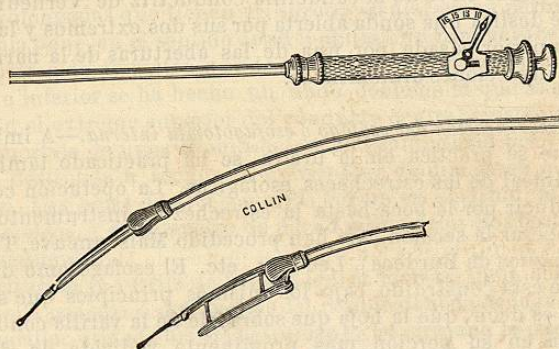


FIG. 569

Dilatador esofágico de Collin

y á mí á practicar la dilatación forzada del esófago. En un caso en que el espasmo ocupaba la parte superior del esófago, Broca se sirvió de unas pinzas cuyas ramas al separarse conservaban su paralelismo; para un caso en que la estrechez residía en un punto más profundo, ideé un dilatador especial cuyas ramas podían separarse continuando paralelas, y llevaba en su extremo un pedazo de sonda de goma destinada á facilitar su introducción. Durante tres años tuve que practicar muchas veces en esta enferma la dilatación brusca que cada vez producía una curación temporal, que al fin fué ó pareció ser permanente. Será casi superfluo añadir que en las estrecheces de naturaleza orgánica la dilatación brusca y forzada podría ser peligrosa, y de ningún modo puede aconsejarse.

Apreciación.—Conviene distinguir las estrecheces cicatriciales de las cancerosas. Para las primeras especialmente, se ha propuesto la escarificación ó sea la esofagotomía interna.

Esta operación la considero peligrosa cuando es profunda; inútil si es superficial, y por otra parte no exime de recurrir á la dilatación. Los argumentos que podría referir son de la misma naturaleza que los que se aplican á la uretrotomía interna y á las diversas especies de dilatación. Los beneficios obtenidos por Jouin y por mí á beneficio de la dilatación progresiva, no me permiten poner en duda que éste es el método á que se debe recurrir.

Quando la quemadura es reciente y es de temer una estrechez ulterior, como aconseja Gersuny, podría recurrirse á la dilatación por la sonda permanente.

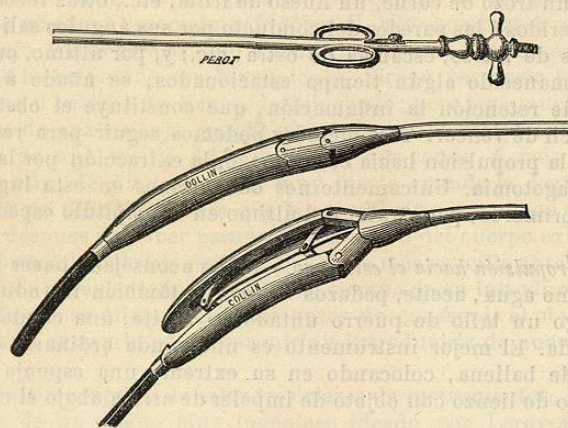


FIG. 570

Dilatador esofágico de León Le Fort

En las estrecheces cancerosas, numerosas observaciones parecen demostrar la superioridad de este género de dilatación; cuando menos prueban que la sonda permanente sin ningún inconveniente puede conservarse mucho tiempo. Boyer la dejó colocada 150 días; Krishaber 126 y 167 días; Durham 4 meses; Croft 108 y 149 días; Leyden y Renverz 6 meses; Kirmisson 55 días y 3 meses. Estos resultados son satisfactorios; ciertamente que la sonda no puede impedir que el cáncer continúe su marcha; pero sí permite alimentar al enfermo, lo cual es indispensable para sostener sus fuerzas y prolongar su vida.

III. — Cuerpos extraños del esófago

Por lo común, estos cuerpos extraños se detienen en el orificio superior del esófago, ó por lo menos en su porción cervical. Unas veces, aunque redondeados y nada angulosos, se detienen en este punto ó en otro por un espasmo súbito del esófago, ocasionado las más de las veces por una emoción repentina, tales son: un bocado de pan, un trozo de carne, un hueso de fruta, etc.; otras veces quedan adheridos á las paredes del conducto por sus ángulos salientes, esquirlas de hueso, escamas de ostra, etc.; y, por último, cuando han permanecido algún tiempo estacionados, se añade á estas causas de retención la inflamación, que constituye el obstáculo más difícil de vencer. Tres métodos podemos seguir para resolver el caso: la propulsión hacia el estómago, la extracción por la boca y la esofagotomía. Únicamente nos ocuparemos en este lugar de los dos primeros, para tratar del último en un capítulo especial.

1.º *Propulsión hacia el estómago.*—Se ha aconsejado hacer tragar al enfermo agua, aceite, pedazos de pan, y también introducir en el esófago un tallo de puerro untado en aceite, una candelilla ó una sonda. El mejor instrumento es una sonda ordinaria ó una varilla de ballena, colocando en su extremo una esponja ó un taponcito de lienzo con objeto de impeler de arriba abajo el cuerpo extraño.

2.º *Extracción por la boca.*—Cuando el cuerpo extraño se encuentra detenido en la faringe, podemos á veces extraerlo con el dedo, pero si se encuentra en un punto mucho más profundo, debemos primero provocar el vómito, ya por medio de los eméticos, ya introduciendo los dedos en las fauces. Este medio es muchas veces inútil, y entonces el cirujano deberá recurrir á los instrumentos, que los hay de diversas formas, pero que podemos reunirlos en tres clases.

Con los unos se coge el cuerpo extraño por su parte superior y se le extrae por tracción; tales son las pinzas ordinarias, las curvas de pólipos, las de Hunter, pinzas de múltiples ramas y de diversas formas, etc.

Hay otra clase de instrumentos destinados á pasar más abajo del cuerpo extraño, y obran empujándolo de abajo arriba. Son unas veces ganchos metálicos que, ó forman un gancho simple de una sola rama (Rivière), ó un gancho terminado por un botón (Stedman),

ó un gancho de asa formado con un hilo de plata recocido, arrollado en espiral en el eje, y encorvado en el asa como el elevador palpebral de Pellier (J. L. Petit); mientras que otras veces son asas completas como un asa de bramante (Maréchal), ó anillos metálicos fijados en manajo, pero disfrutando de movilidad en una varilla cualquiera (J. L. Petit). Finalmente, Baudens propuso una especie de paraguas, que se introduce cerrado en el esófago y se abre cuando ha llegado á colocarse por debajo del cuerpo extraño.

Los instrumentos de la tercera clase arrastran también el cuerpo extraño de abajo arriba; pero se diferencian de los precedentes en que no obran especialmente sobre él, sino que barren el esófago de abajo arriba arrastrando cuanto existe por encima del punto en que ha empezado ese movimiento. Sirven para esto hebras de cáñamo ó retazos de lienzo deshilachado; pero será mucho mejor valerse de una esponja pasada al otro lado del cuerpo extraño por medio de una varilla de ballena, de una sonda, ó, más sencillamente aún, de un hilo doble muy fuerte cuando la deglución se efectúa sin dificultad. Para que la esponja no aumente de volumen hasta después de haber pasado al otro lado del cuerpo extraño, se ha aconsejado cubrirla con algo; pero es más sencillo apretarla con un hilo y abreviar todo lo posible el tiempo de su introducción. En caso de que se dilate demasiado antes de conseguir el objeto, será necesario extraerla para exprimirla é introducirla de nuevo.

Por último, aparte de estas tres clases de instrumentos, debemos hablar de un medio muy ingenioso ideado por Leroy-Anthony, para extraer un anzuelo que estaba clavado en el esófago y continuaba aún atado al hilo que salía al exterior. Cortó el hilo á uno ó dos pies de la boca, deslizó por éste una bala de fusil previamente agujereada en su centro, que de este modo descendió hasta el anzuelo; pasó en seguida por el mismo hilo un tubo de caña y lo introdujo hasta la bala, y empujando ligeramente la caña, el anzuelo se desprendió, con lo cual pudo sacar al exterior caña, bala y anzuelo á la vez.

Baud (de Lovain) vió aplicar á un cirujano de aldea un procedimiento análogo, pero mucho más sencillo; pues limitóse á coger una bala cuyo diámetro fuese el doble del del gancho, la untó con grasa, la deslizó á lo largo del hilo, y su solo peso fué suficiente para desprender el gancho, cuya punta se clavó en el plomo, no ofreciendo por lo tanto dificultad alguna su extracción.

Apreciación.—La simple exposición de estos medios demuestra que es imposible escoger uno para aplicarlo de un modo exclusivo. Cuando el espasmo del esófago es la causa única del accidente, es

tan fácil empujar el cuerpo extraño al estómago, como extraerlo por la boca; pero cuando este cuerpo está enclavado por sus ángulos en los tejidos, sólo la casualidad, por decirlo así, coronará con éxito los esfuerzos del cirujano.

Podemos, pues, valernos de todos los medios indicados, empezando por los más sencillos y que tengamos más á mano, sin que existan poderosos motivos para considerar como más eficaces á los demás.

Una vez desarrollada la inflamación, es raro que se alcance resultado alguno; al contrario, las tentativas aumentan á la vez la flogosis y la contracción de los tejidos; el esófago acaba por ulcerarse, y por último se perfora; no nos queda otro recurso que la esofagotomía.

IV. — Esofagotomía.

Tres son las vías que se han propuesto para llegar al esófago. Guattani aconsejaba pasar por entre la tráquea y los músculos esterno-hioideo y esterno-tiroideo izquierdos; Eckholt, entre los dos haces inferiores del esterno-mastoideo; pero estos dos procedimientos, puramente teóricos, han sido justamente postpuestos por el de Boyer, que consiste en practicar la incisión entre el esterno-mastoideo y el esterno-hioideo. A este método se refieren tres procedimientos: el de Boyer, que consiste en incidir sobre la prominencia formada por el cuerpo extraño cuando existe; el de Giraud, seguido por Vacca-Berlinghieri, que consiste en introducir una sonda de plata ordinaria ó un instrumento más complicado para hacer sobresalir el esófago, y finalmente Begin ha practicado la operación con buen éxito guiándose únicamente por las relaciones anatómicas.

Anatomía quirúrgica.—Dejando hacia adentro el sistema traqueal completo, es decir, la tráquea con sus músculos y el cuerpo tiroideo, se observa por cada lado un espacio triangular de vértice inferior, limitado hacia afuera por el esterno-mastoideo. En el área de este triángulo se encuentran: la piel, el cutáneo, la aponeurosis cervical, una segunda hoja de esta aponeurosis, que se desdobra para envolver el omóplato-hioideo, y finalmente la vaina celulosa que rodea á la carótida y á la yugular interna. Apartando esta vaina del sistema traqueal, se cae sobre el plano prevertebral de la columna cervical, y dirigiéndose de fuera á dentro, el primero y único haz muscular que se encuentra es el esófago. Como que este órgano se encuentra algo inclinado hacia la izquierda, será más fácil encontrarlo operando por este lado. Los nervios ó vasos

que se dividirán son ramúsculos insignificantes; no obstante, el cirujano deberá cuidar que la incisión no descienda más abajo de uno ó dos dedos por encima del esternón, porque de otro modo podría interesar la arteria tiroidea inferior, ni ascienda por encima del hioides, para no dividir el nervio laríngeo y las arterias lingual y facial, y también porque á esta altura penetraría en la faringe.

Procedimiento operatorio.—Echado el enfermo sobre una cama estrecha, con los hombros y el pecho medianamente elevados, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, apoyada sobre almohadas y la cara vuelta á la derecha, el cirujano se coloca á la izquierda, y á la derecha se coloca un ayudante de entera confianza. En esta disposición, empieza el operador, armado de un bisturí convexo, por practicar en los tegumentos una incisión paralela á la tráquea en el surco que separa este órgano del esterno-mastoideo y dentro de los límites arriba indicados. Divide sucesivamente el cutáneo y las hojas de la aponeurosis, penetra en el espacio celuloso que separa la tráquea de la carótida, y separa ó divide sobre la sonda acanalada el músculo omóplato-hioideo, que atraviesa oblicuamente la herida. Durante este tiempo de la operación, el ayudante colocado á la derecha atrae hacia sí con los dedos ó por medio de erinas obtusas la tráquea con sus dependencias, mientras que el operador separa el labio izquierdo de la división, y con el pulpejo de los dedos índice, medio y anular izquierdos, introducidos profundamente, cubre y protege los vasos y nervios.

De este modo toda la porción cervical del esófago queda libre, descubierta y á disposición del cirujano. Se le reconoce fácilmente por estar situado detrás de la tráquea y de la laringe, por su superficie redondeada y carnosa, y si quedase alguna duda, por sus contracciones y por la dureza que adquiere cuando el enfermo practica movimientos de deglución. Procede entonces penetrar la punta del bisturí en su borde izquierdo paralelamente á su eje. Una vez practicada una incisión de unos 12 milímetros, sale alguna mucosidad por la herida, y desde luego se deja ver la membrana mucosa; entonces con un bisturí de botón se dilata esta abertura hacia arriba y abajo, á fin de facilitar la introducción del dedo, de los instrumentos exploradores y de las tenacillas (fig. 571).

No es posible establecer reglas precisas para la extracción del cuerpo extraño; es preciso arreglar nuestra conducta á las circunstancias del momento. Las pinzas de pólipos curvas y de doble cruzamiento parecen ser las más á propósito.

En seguida se aproximan un poco los labios de la herida, y se aplica una curación simple sin intentar la reunión inmediata, á causa de la inflamación, supuración, á veces del estado verdaderamente gangrenoso de la porción del esófago en que estaba detenido

el cuerpo extraño, y además para dejar libre salida á los líquidos segregados.

Este procedimiento es excelente para llegar hasta el esófago; pero reconocerlo con la simple inspección, colocarlo delante del

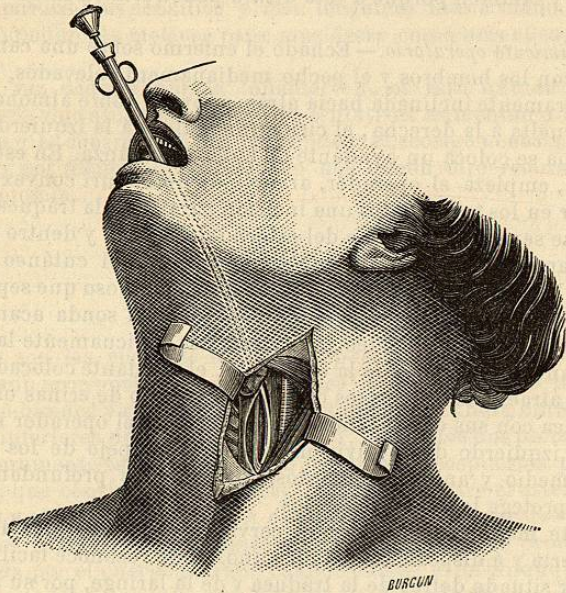


FIG. 571

ESOFAGOTOMÍA.—Sonda de Berlinghieri introducida en el esófago

histuri y pretender abrirlo con entera seguridad guiándose únicamente por las relaciones anatómicas, no pasa de ser una pueril vanidad; al contrario, desde que se percibe el esófago por detrás de la tráquea, es indispensable apresurarse á levantarlo y á impellerlo hacia afuera por medio de la sonda de Vacca ó de una sonda metálica ordinaria (1).

(1) Como se ve en la fig. 571, no es más que una sonda de suave curvatura, con una extensa abertura en la parte cóncava de su extremidad esofágica, en cuyo interior se encuentra un alambre flexible que por un extremo se apoya y está sujeto al fondo de saco de la sonda, y por el otro sobresale del extremo superior de ésta terminando en un botón. Aplicado éste contra el pabellón de aquélla, el cuerpo del alambre sale por la abertura longitudinal de la sonda, formando prominencia convexa á través de la pared lateral del borde.

Algunos cirujanos han practicado la esofagotomía en casos de estrechez, unas veces al nivel de la lesión misma para dilatarla; y otras por debajo, para abrir una vía artificial á los alimentos, recursos extremos que sin embargo no deberíamos desechar en absoluto.

ARTÍCULO III

TUMORES DEL CUERPO TIROIDES

Los tumores del cuerpo tiroides son de diversa naturaleza; cáncer, tubérculo y fibroma, los cuales deben extirparse con las precauciones ordinarias y aún mayores por la vascularización del órgano; pero bajo el punto de vista de la medicina operatoria especial, pueden agruparse en tres variedades, á saber: 1.º *bocio hipertrófico*; 2.º *quistes*, y 3.º *bocio sofocante*.

I.—Bocio hipertrófico

Cuando el cuerpo tiroides está hipertrofiado en el adulto, como que cuando se recurre á la medicina operatoria es que ha adquirido ya un volumen considerable, se comprende bien que las relaciones anatómicas normales deben variar según los casos. No obstante, la proximidad siempre inmediata de las carótidas, yugulares, troncos nerviosos y tráquea, el número considerable de vasos arteriales ó venosos que se distribuyen por la glándula tiroides, y cuyo volumen aumenta con el de la glándula y la proximidad del corazón, cuyas aspiraciones pueden atraer el aire á través de la herida de una vena, son circunstancias que dan cierta gravedad á las menores operaciones que en estos casos se emprendan.

Las arterias nacen de la carótida externa y de la subclavia. Las tiroideas dan ramas tan voluminosas y en tan gran número, que, según Liebermeister, el cuerpo tiroides recibe tanta sangre como el cerebro. En el interior de la glándula siguen los tabiques fibrosos y se dividen en ramas, que acaban por cubrir de una red de finas mallas la superficie de las vesículas. Las venas, más voluminosas aún que las arterias, forman en la superficie un intrincado vascular muy apretado. El cuerpo tiroides está envuelto por una cápsula análoga á la del hígado, la cual, bajo el punto de vista operatorio, tiene cierta importancia.