

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

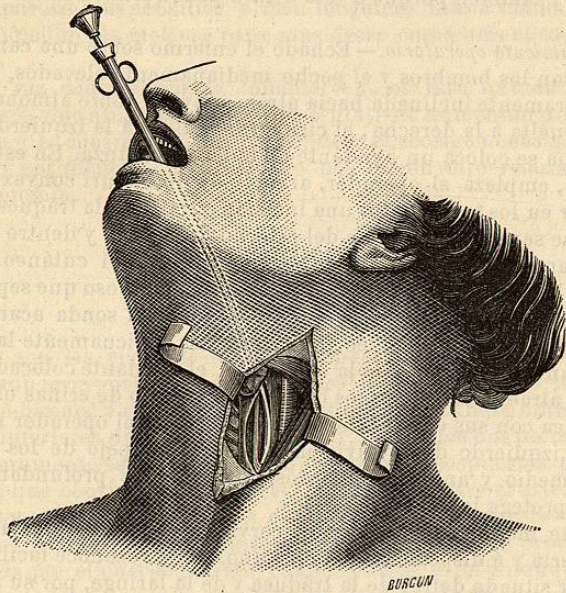


FIG. 571

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 extirpase 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.

Aparte del tratamiento médico, del cual no nos hemos de ocupar, puede decirse que el bocio se ataca por dos métodos: el uno tiene por objeto atrofiarlo y el otro destruirlo.

PRIMER MÉTODO.—Comprende el *sedal*, la *cauterización*, la *trituration subcutánea*, las *inyecciones intersticiales*, la *electrolisis*, la *ligadura de las arterias tiroideas* y la *ligadura subcutánea del tumor*.

1.º El *sedal*, empleado por Monró y Heister, se ha dicho que dió buenos resultados en manos de Dupuytren, que ha tenido varios imitadores. Se atraviesa el tumor con uno ó más sedales. Hoy día Lennox Browne es casi el único que lo aconseja; Magnier, Lucke y Duplay han demostrado que puede ser causa de accidentes graves: flemones del cuello, hemorragias, gangrena y piohemia.

2.º La *cauterización* puede ser superficial ó profunda. En este último caso se echa mano de las flechas cáusticas. La encontraremos más adelante al hablar del bocio oculto.

3.º La *trituration subcutánea* ha sido empleada con éxito por Gaillet (de Reims); pero Billroth, que la ha empleado también, considera este medio ineficaz y peligroso.

4.º *Inyecciones intersticiales*.—Han puesto en práctica este método Erichsen, Alquié (de Montpellier), Thomas y Luton (de Reims), que empleaba el percloruro de hierro. Velpeau y Bouchacourt fueron los primeros que aplicaron la tintura de yodo, método que Luton contribuyó á vulgarizar. Léveque, Luton, Bosselin y Billroth aconsejaron la tintura pura inyectada profundamente á la dosis máxima de 5 gramos.

Schwalbe y Stork recurrieron con buen resultado al alcohol. Por mi parte he obtenido un magnífico éxito en caso grave no con el alcohol, como dice Boursier en su trabajo, sino con una solución concentrada de sulfato de zinc, fuertemente adicionada de alcohol.

Los cirujanos italianos han ensayado con éxito, por consejo de Parossa, el agua mineral clorurada de Salzo-Maggiore. Pepper en América y Coghill en Inglaterra recurrieron á las inyecciones de ergotina (1).

(1) Posteriormente se han publicado nuevas estadísticas de las inyecciones intersticiales de yodo. El doctor Browne ha conseguido 6 curaciones consecutivas y rápidas, y Morell-Mackensie ha reunido 73 observaciones con los siguientes resultados: 59 curaciones, 7 mejorías, 3 casos sin resultado y los 2 restantes de resultado desconocido.

Starck encuentra contraindicada la inyección de yodo en los bocios aneurismáticos, siendo el parenquimatoso con infiltración coloidea y, en opinión de Luke, el folicular, los que más se prestan á ese género de tratamiento.

5.º *Electro y galvanopuntura*.—La electropuntura la ensayó Jobert en 1853; la galvanopuntura la hemos empleado Gherini, Althaus, Chvostek (de Viena) y yo. Chvostek ha publicado 30 observaciones de bocios mejorados por este procedimiento; por mi parte he de decir que no me han satisfecho los resultados obtenidos.

6.º La ligadura de las arterias tiroideas, aconsejada por Langes y Jones en 1807, la empleó primero Blizard, muriendo el enfermo de gangrena nosocomial. Esta operación la practicaron Walther, Coates, Earle, Green, Larrey, Langenbeck, Chelim, Porta, etc. He podido reunir (v. tomo I) 31 casos. Los resultados han sido diversos: la operación es laboriosa, hasta difícil, en general poco eficaz y tiende á ser abandonada.

7.º *La ligadura subcutánea del tumor*.—La practicaron Ballard y Rigal, que dividieron el bocio en tres partes cogidas entre tres ligaduras pasadas por un aprietanudos en forma de rosario. La mejoría fué notable. No creo conveniente describir con más detalles este procedimiento con justicia abandonado.

SEGUNDO MÉTODO.—Comprende la *ligadura en masa* y la *extirpación*.

1.º La *ligadura en masa* la aplicó con éxito Mayor. Se disea el tumor en la base, lo más lejos posible, sin abrir los vasos, y se comprende todo el tumor entre tres ó cuatro ligaduras.

2.º *Extirpación ó tiroidectomía*.—Practicada con éxito por Desault (1792), esta operación la habían intentado Hedenne padre (1770), de Græfe y Grooch. Dupuytren siguió el ejemplo de Desault,

La tintura de yodo pura ha sido la forma más comunmente empleada. Seguramente que la cantidad inyectada variará según el volumen del tumor y la susceptibilidad del enfermo. Gosselin inyecta media jeringuilla de Pravaz. Billroth ha llegado á inyectar hasta 5 gramos.

En general, la inyección puede practicarse cada cuatro ó cinco días; pero la mejor regla consiste en no repetirla hasta que se han desvanecido por completo los fenómenos flogísticos provocados por la anterior.

Del examen histológico practicado por Andre en porciones de bocio sobre las cuales había recaído la inyección yodada, resulta que la acción de medicamento sobre los elementos histológicos no es modificatriz sino destructiva.

Hanse empleado también las inyecciones intersticiales de alcohol, aplicación que desapruaba Billroth.

La ergotina en inyecciones subcutáneas lo más cerca posible del tumor ha sido empleada por Coghill contra un bocio fibrovascular. Practicáronse 16 inyecciones, las 4 primeras diarias y las restantes cada dos días. A los dos meses era completa la curación.

pero sus dos enfermos murieron de hemorragia. Este indujo á Rigal y á Ballard á ensayar la ligadura en masa. Nélaton, Blandin y Voisin (de Limoges) pusieron en práctica la tiroidectomía de 1835 á 1850; la Academia la rechazó y cayó en desuso en Francia. En Inglaterra la repitieron Voos, Parson, Wood; en América Smith; en Alemania Billroth, Lücke, Emmert; en Suiza Köcher, y en 1871 la tiroidectomía entró de nuevo en la cirugía francesa; pero sucedió en este caso, como en muchos, que bien pronto se pasó del uso al abuso; todos quisieron poner en práctica esta operación, que se había juzgado inaceptable, y si bien yo fui uno de los primeros en practicar una tiroidectomía parcial por un tumor de la glándula, he de decir con sentimiento que muchas veces he visto practicar esta operación en casos en que no estaba bien justificada y mucho menos era necesaria. La *incisión* de la piel unas veces tiene la forma de una H, otras es un colgajo rectangular de base adherente superior, y otras, en fin, un colgajo de convexidad inferior (Rose). La *enucleación* es el tiempo más importante y difícil; será prudente sustituir la acción del bisturí por la sonda acanalada ó los dedos, y ligar en dos puntos los vasos que se presenten, dividiéndolos siempre entre las dos ligaduras.

Köcher y Rossander han aconsejado incindir la cápsula y prescindir de ella haciendo una verdadera enucleación para evitar las dificultades que resultan de la adherencia de su cara externa á las partes inmediatas. Cuando es de creer que la tráquea esté alterada, Rose cree conveniente practicar la traqueotomía preliminar. Waren Green y Heron Watson han aconsejado la ligadura previa de las tiroideas. Entre los accidentes que pueden resultar de esta operación, citaré la afonía, que puede depender de la sección de los nervios laríngeos ó del recurrente. Krishaber ha observado en la visita de Tillaux un operado que quedó afónico por esta causa. También son de notar las hemorragias secundarias y los abscesos profundos del cuello.

Apreciación.—El sedal, la cauterización y la trituración son recursos que se deben abandonar. Las inyecciones intersticiales han procurado muchas curaciones y sobre todo muchas mejorías. Leveque, en su tesis (París 1872), en 48 casos encuentra 32 curaciones completas, 5 mejorías notables, 7 mejorías ligeras, 2 recidivas después de la curación y 2 casos sin resultado. Morell-Mackensie, en 71 observaciones cuenta 59 curaciones, 5 mejorías y 3 casos sin resultado. Stöck considera este método peligroso en los bocios vasculares.

La galvanopuntura no tiene el valor de las inyecciones, pero es un método inocente al cual podrá recurrirse con ventaja en los bocios vasculares. La tiroidectomía merece más particular aten-

ción. Ya he indicado con cuánto empeño se la practicaba en estos últimos años. Antes de 1851, se contaban 54 casos con 17 defunciones. Köcker ha reunido 240 operaciones de 1877 á 1883, entre las cuales se cuentan 28 casos de muerte, y ha llegado á la cifra verdaderamente extraordinaria, aunque se trate de la Suiza, de 300 operaciones personales.

Pero después de esta época se ha operado una verdadera reacción. En 13 de Septiembre de 1882, J. Revertin (de Ginebra) y en Abril de 1883, Köcher (de Berna), señalaron una grave consecuencia de la extirpación total del cuerpo tiroides. Esta consecuencia consiste en unos accidentes que Köcher ha denominado *Caquezia strumipriva* y Reverdin *Mixodema operatorio*. Estos accidentes, que aparecen algún tiempo después de la operación, están caracterizados por tumefacción de los tegumentos, palidez de la cara y de las extremidades, trastornos tróficos y una gran pereza intelectual. Los casos citados por Reverdin son en número de 36 correspondientes: á Köcher (18), Julliard (2), Baumgärtner (4), Bruns (3), König (1), Gussembauer (3), Reverdin (5). Estos fenómenos adquieren á veces gran intensidad: se caen los cabellos, disminuye ó se pierde el gusto, se debilitan la vista y el oído, aparecen fenómenos nerviosos graves y la muerte es la consecuencia de la marcha progresiva de la enfermedad.

Estas complicaciones imponen el deber de no practicar la tiroidectomía más que en los casos extremadamente graves. Antes que esta operación, deben ensayarse las inyecciones intersticiales y la galvanopuntura. De ningún modo estará suficientemente motivada cuando se trate de corregir una ligera deformidad por el aumento de volumen del cuello. Los accidentes señalados por Reverdin y Köcher únicamente aparecen después de la extirpación *total*; por lo tanto, puede establecerse como regla general que únicamente debe practicarse la extirpación *parcial*. Por lo demás, excepto en los casos de cáncer extendido á toda la glándula, lo cual es muy raro, la extirpación parcial será casi siempre suficiente.

II. — Quistes del cuerpo tiroides

El bocio está formado á veces por un quiste desarrollado en el cuerpo tiroides, es generalmente único y forma una sola bolsa; no obstante, es también á veces multilocular ó coexiste con otros quistes independientes. Contiene, por lo regular, un líquido claro ó turbio, á veces sangre líquida; y en ciertos casos, cuando se ha abierto el quiste, después de haber salido el líquido ordinario, empieza á derramarse una serosidad sanguinolenta y á veces sangre pura.

La *punción simple*, empleada casi siempre como medio paliativo, ha proporcionado algunas curaciones: Lannelongue (de Burdeos), Ollier y Gosselin han observado casos de esta naturaleza.

Las *inyecciones irritantes* se han empleado también muchas veces. Mannoir (de Ginebra) empleaba el vino como en el hidrocele; Velpeau preconizó la tintura de yodo; Gosselin aconseja el empleo del trocar de hidrocele y no de la aguja aspiratriz para que puedan fácilmente salir los grumos que se forman en la bolsa. La tintura de yodo debe emplearse al tercio y aun á la quinta parte. Th. Anger ha empleado el cloruro de zinc, y Morell Mackensie emplea el percloruro de hierro en solución del 4 al 8 por 100. Deja la cánula colocada para que se produzca la supuración y el pus salga fácilmente por la misma cánula. En 59 casos se cuentan 58 curaciones y 1 caso de muerte por entrada del aire en las venas.

La *cauterización* de las paredes se ha practicado por el sedal cáustico empapado de cloruro de zinc, ó cauterizando la piel y el quiste con aplicaciones repetidas de cloruro de zinc en la superficie del tumor como lo ha hecho Bonnet. Gaillet coloca un pedazo del cáustico dentro de la bolsa. Desgranges cauteriza la pared con tapones de hilas empapadas de percloruro de hierro.

La *incisión* puede practicarse con el bisturí ó el galvanocauterio, y puede combinarse con la cauterización.

La *escisión* de una porción más ó menos extensa de la bolsa la han practicado Billroth, Beck (de Friburgo), Fleury (de Clermont) y Tillaux.

Apreciación.—La tiroidectomía total no tiene razón de ser tratándose del bocio quístico, toda vez que puede ser suficiente la escisión de la bolsa. No obstante, esta operación trae consigo frecuentes accidentes, tales como hemorragias (4 casos de 7, Fleury), accidentes septicémicos (1 caso de 3, Beck) y supuraciones profundas. También ha sido seguido de accidentes el drenaje empleado por Ollier y Hecker, después de la cauterización del quiste en dos puntos opuestos; lo mismo podemos decir de la cauterización.

Bonnet en tres casos ha atacado toda la superficie interna del quiste con la pasta de cloruro de zinc; dos de sus operados han curado, y el otro cuando estaba en vías de curación sobrevinieron hemorragias sucesivas que en diez días le condujeron á la muerte; la autopsia demostró que estas hemorragias procedían de la arteria tiroidea superior.

Es preciso proceder con mucha prudencia en el tratamiento de

los bocios quísticos, especialmente si no exigen en absoluto una intervención quirúrgica, es decir, mientras se limiten á constituir una simple deformidad. Cuando el quiste es voluminoso, conviene en lo posible limitarse á simples punciones evacuantes. No puedo participar de la opinión de Malgaigne en cuanto á la inocuidad de las inyecciones yodadas, pues que las paredes de un quiste del cuerpo tiroides, paredes que exhalan sangre con extraordinaria facilidad, no pueden considerarse en las mismas condiciones que las de un quiste ordinario; tanto es así, que una inyección yodada en un bocio quístico puede desarrollar, y ha desarrollado algunas veces, la inflamación, supuración y accidentes tan graves que han ocasionado la muerte del sujeto.

III.— Del bocio sofocante

Así se denominan ciertos tumores que Bonnet ha colocado entre los bocios, á pesar de que quizá muchos sean independientes del cuerpo tiroides, tumores cuyo carácter esencial consiste en ocultarse durante la inspiración detrás del esternón ó de la clavícula y determinar por la presión que efectúan sobre la tráquea dificultad respiratoria. Cuando se los contiene con los dedos por encima del esternón, la disnea cesa, de lo cual se desprende la indicación de fijarlos permanentemente en este punto; Bonnet llega á este resultado de la manera siguiente.

Procedimiento de Bonnet.—Este cirujano operó un tumor del volumen de un huevo pequeño de gallina, que se ocultaba detrás del esternón. Procedió del modo siguiente: lo atrajo hacia arriba con los dedos; lo atravesó de abajo arriba y de delante atrás con cuatro gruesos alfileres, cuyas cabezas se apoyaban en el borde superior del esternón, y así colocado, lo atacó sucesivamente con la pasta de Viena y la pasta de zinc. La primera cauterización produjo escaras con las cuales cayeron los alfileres; pero determinó adherencias del tumor en su nueva posición.

Más tarde propuso Bonnet sustituir los alfileres por agujas curvas que atravesasen el tumor cerca de su cara posterior. Lo fijaba por encima del esternón, y colocaba en su base y por detrás de las agujas una ligadura fuertemente apretada, con lo cual lo hacía salir más hacia adelante y era mucho más fácil atacarlo con los cáusticos. Desgranges ha utilizado muchas veces ventajosamente la aplicación de estas agujas.

Pero cuando el tumor es lateral y se oculta debajo de la clavícula, las agujas no son suficientes para elevarlo lo conveniente;

para estos casos, Bonnet fija en un mango largo una aguja ligeramente curva formando lo que él llamaba su *tenedor*. Implantada la aguja en el tumor de abajo arriba y de delante atrás; inclina entonces el mango del instrumento contra el pecho, con lo cual hace bascular el tumor hacia arriba y adelante, y además coloca á veces en la parte superior del esternón una pequeña almohadilla, en la que se apoya el instrumento para bascular más ventajosamente; entonces se aplican los cáusticos.

Es excusado decir que después de la primera cauterización destinada á producir adherencias, podemos practicar otras, que tendrán por objeto la destrucción más ó menos completa del tumor.

De este modo Bonnet obtuvo en 9 casos 8 curaciones.

Terrillon ha repetido esta operación con buen resultado. Ollier no trata de levantar el tumor, sino que procura mantenerlo fijo en su posición por cauterizaciones practicadas en la parte superior, á fin de determinar en este punto adherencias con la piel. Este medio me parece menos eficaz que el procedimiento de Bonnet.

Cuando el bocio por su volumen y desarrollo dificulte notablemente la respiración, se ha procurado facilitar su desarrollo hacia el exterior seccionando los músculos y las aponeurosis del cuello. Bonnet, Liston, Billroth y Gosselin, siguiendo el ejemplo de Dupuytren, han seccionado el esterno-mastoideo ó los músculos infrahioideos. Gross ha propuesto el desbridamiento de las aponeurosis del cuello. Estas operaciones son poco aplicables al bocio oculto y tampoco son muy útiles en los bocios hipertróficos que ocasionan disnea. Esta complicación depende más del bocio mismo que no de la compresión que ejerce por la acción de los músculos que lo rodean.

Casos hay en los cuales se hace preciso intervenir con urgencia por la traqueotomía. Puédese seccionar el istmo entre dos ligaduras (Rose) ó con el estrangulador; pero el peligro y la dificultad de la operación, las tan frecuentes desviaciones de la tráquea en esta circunstancia, han de inducir á practicar por encima del bocio la laringotomía intercricotiroidea, como lo ha aconsejado y practicado dos veces Krishaber.

CAPÍTULO VI

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL TÓRAX

I.— De los tumores de la mama

La glándula mamaria descansa sobre el músculo pectoral mayor, y su mayor diámetro sigue de ordinario la dirección de las fibras inferiores de este músculo. El cáncer se encuentra también más veces prolongado en este sentido que en ningún otro, gracias á la degeneración consecutiva de las glándulas de la axila; de aquí el precepto de que el diámetro mayor de la sección cutánea lleve esta dirección.

Podemos atacar los tumores de la mama con el bisturí ó con los cáusticos.

1.º *Extirpación con el bisturí*.—Dos casos pueden presentarse aquí, que es preciso distinguir. Si se trata de un tumor benigno, de un fibroma ó de un adenoma, como sucede á veces en mujeres jóvenes y aún púberes, el cirujano se limita á extirpar el tumor; al contrario si se trata de un tumor que se puede suponer maligno: cáncer verdadero, sarcoma ó adenosarcoma, transformación quística, la indicación consiste en extirpar no tan sólo el tumor, como se ha hecho durante mucho tiempo, sino la mama en su totalidad; de aquí surgen dos operaciones distintas.

A. *Extirpación parcial*.—Echado el enfermo con la cabeza y pecho elevados, y el brazo separado del tronco de manera que pongan tirantes la piel y el pectoral mayor, el cirujano distiende la piel por debajo del tumor, y empieza practicando una incisión semielíptica de concavidad superior; practica después la incisión superior. Se procede así cuando, siendo el tumor muy voluminoso, es de temer que después de la operación quede una cantidad excesiva de tegumentos; pero, en el caso contrario, nos limitaremos á una simple incisión, haciendo lo posible por no interesar el mame-lón. Se coge entonces el tumor y poco á poco se le va desprendiendo, primero de la piel y después de las partes profundas. No me cansaré de recomendar la conveniencia de que se obre siempre sobre los límites del tumor, porque muchas veces éste se deja