

TERAPÉUTICA QUIRURGICA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENEN EN CIRUGIA LAS INCISIONES EXPLORADORAS.

DISERTACIÓN PRESENTADA POR EL DR. D. EDUARDO VARGAS
PARA INGRESAR Á LA SECCIÓN DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS
DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Carcinoma desarrollado en la fosa nasal derecha y propagado al seno y hueso frontales, así como á la órbita del mismo lado.—Operación practicada en el Hospital de San Andrés el día 11 de Marzo del presente año.

José María Alanís, de sesenta y ocho años de edad, entró al servicio de Cirugía del Profesor R. Lavista, el día 6 del presente mes, en el que ocupó la cama núm. 1. Deseaba que se le curase de un tumor doloroso, que aparentemente invadía la región del saco lagrimal, la órbita y parte de la región frontal derecha. Este enfermo, de constitución deteriorada, y con una ateromasia muy acentuada, decía haber sido habitualmente sano durante su vida de labrador; su padre murió á una edad muy avanzada, y de una afección interna de marcha crónica que no pudo precisar bien nuestro enfermo; su madre vive aún y tiene ochenta y ocho años de edad.

La afección de nuestro enfermo empezó á revelarse seis meses antes de su entrada al hospital, por cierta dificultad para respirar con la nariz del lado derecho, dificultad que se acentuaba cada vez más, acompañándose de hemorragias más ó menos abundantes en los últimos meses, así como de dolores de carácter neurálgico que se hacían sentir en los dos lados de la cabeza al nivel de las regiones frontales y parietales. Poco tiempo después, el enfermo, como las personas que lo observaban, veían aproximarse á la ventana de la nariz derecha una neoformación de carácter vegetante, que sangraba con mucha facilidad; más tarde apareció un hinchamiento al nivel de la raíz de la nariz, propagándose con rapidez á la región frontal y órbita ya mencionadas, hasta presentárenos después de seis meses, durante los cuales se había venido desarrollando con los caracteres siguientes: hinchamiento manifiestamente lobulado, con ptosis y quimosis subconjuntival intensa, dejando, sin embargo, la córnea transparente; el hinchamiento y rubicundez de las regiones frontal y orbitaria, tenían un carácter flegmonoso muy acentuado; á la palpación se tenía tal sensación de fluctuación que casi podía asegurarse se trataba de una colección líquida, probablemente purulenta; la ulceración del párpado mencionado era inminente.

Valorizando los diversos signos obtenidos por el conmemorativo, marcha de la afección y los suministrados por el examen directo del enfermo, se pudo fundar el diagnóstico de: «un tumor de carácter esencialmente maligno, habiendo

tenido su origen probable en la fosa nasal derecha, propagándose profundamente ó invadiendo casi con seguridad el seno frontal y parte del hueso frontal, quizá en todo su espesor, así como probablemente alguno de los huesos que, como el etmoides y esfenoides, contribuyen á formar la base del cráneo.»

Este enfermo daba lugar á consideraciones prácticas de mucha importancia á propósito de la conducta que debe seguir el cirujano en casos tan difíciles como el que nos ocupa, y que, á juicio nuestro, deben tenerse presentes para decidir si la Cirugía debe ó no intervenir y cómo debe hacerlo.

En efecto, «que la extirpación del cáncer debe ser completa» es una cuestión enteramente resuelta por todos los cirujanos; si la Cirugía debe intervenir, es necesario quitar todo, absolutamente todo lo dañado, pues que haciendo una operación á medias ó incompleta, se perjudica formalmente á los enfermos en vez de procurarles alguna mejoría, como es de nuestro deber, y se perjudicarían obrando de este modo, tanto por los accidentes inmediatos, hemorragias, infección séptica, etc., á los que se les expone, como por la fustigación que se hace al cáncer, desenvolviéndose entonces con fatal rapidez, como la observación lo ha demostrado. Por consiguiente, es indispensable para poder intervenir con la seguridad necesaria «hacer un diagnóstico preciso del sitio y extensión de la afección cancerosa.»

En casos como el nuestro, este diagnóstico estaba rodeado de muchas dificultades, siendo la principal la de no poder saber con seguridad si la neoplasia había hecho irrupción dentro de la cavidad craneana, y en este caso cuáles pudieran ser las alteraciones producidas en las meninges y aun en el cerebro mismo: bien sabido es que esta dificultad depende esencialmente de la tolerancia que tienen órganos tan delicados como el encéfalo para con las neoplasias y otras afecciones de marcha esencialmente crónica, tolerancia que en muchas ocasiones puede llegar á un grado tal que no se puede apreciar perturbación sensible en ninguna de las funciones que le son propias.

¿Qué hacer con un enfermo de la edad y condiciones del nuestro, afectado de un cáncer indudable que ha pasado rápidamente del período de limitación, invadiendo el seno frontal y hueso del mismo nombre, y en la incertidumbre de si su neoplasma habría ó no propagádose al interior del cráneo? Tres caminos están delante en casos como éste: dos extremos y uno intermedio; en uno de los dos extremos se abandonaría al enfermo á su propia suerte, y en consecuencia á la muerte inevitable; en el otro extremo, la urgente intervención operando desde luego, y siguiendo el más adecuado de los métodos clásicos con el fin de hacer la extirpación completa si ésta fuere posible; ó incompleta en caso contrario.

«He aquí precisamente la condición funesta y sobre la que creemos deber insistir.» En efecto, en este supuesto, ó se llevaba á cabo una extirpación completa aun cuando para ello fuera necesario introducirse temerariamente á la cavidad craneana, en cuyo caso el cirujano muy probablemente terminaría su

operación en un cadáver, ó bien se hacía una operación incompleta en el supuesto de que existiese una propagación intracraneana del neoplasma con todas las malas consecuencias de que hemos hablado antes, las que no harían sino empeorar las condiciones del enfermo, abreviando el término de su existencia. Sólo queda el camino intermedio, aquel que la clínica y la experiencia nos enseñan como el más racional y el que nos conduce á obrar con el juicio y la prudencia que debe tener el cirujano; queremos hablar de *las incisiones exploradoras* hechas en el lugar indicado, ampliándolas ó modificándolas después, según lo exija el caso, con el objeto de poner á descubierto la neoplasia y de darse cuenta exacta de su situación, relaciones, difusión, etc. De este modo podremos saber con seguridad si la cirugía deberá ó no intervenir, y en este último caso, gracias á los beneficios de la antisepsia, volveríamos á cerrar las heridas hechas por nosotros y suturándolas convenientemente, dejaríamos al enfermo en las mismas condiciones que antes de la exploración, sin haber agravado en nada su situación; el cirujano se retiraría entonces con la conciencia de haber hecho cuanto estaba de su parte en beneficio de su enfermo, obsequiando el precepto de: *«melius non nocere.»*

Este método de exploración era el que convenía ciertamente aplicar á nuestro enfermo; el profesor se proponía en vista de sus resultados y en el caso en que éstos lo autorizasen, hacer la extirpación completa en la misma sesión, para lo cual se procedió del modo siguiente: cloroformizado el enfermo y hecho el lavado aséptico de la cara, se practicó una incisión horizontal inmediatamente arriba de la ceja, y como de 5 centímetros de longitud, la que dió salida á una considerable cantidad de pus flegmonoso, desapareciendo con su evacuación el hinchamiento de la región frontal derecha y del párpado superior del mismo lado; en el fondo de la herida sentíase con claridad el hueso frontal completamente descubierto, presentaba ostensiblemente los caracteres de la *cario-necrosis*, esta alteración se extendía á la bóveda orbitaria, deteniéndose sensiblemente al nivel de la inserción de la cápsula fibrosa de Tenon, cápsula que estaba intacta, así como el globo ocular contenido en su interior. Esta primera incisión dió á conocer los desórdenes flegmáticos consecutivos á la neoformación maligna, pero sin que esto último se hiciera aún aparente; prolongué la incisión horizontal hasta la línea media, lo que permitió darse cuenta de las ulceraciones huesosas consecutivas á la caries, encontrándose como á dos centímetros arriba y adentro del seno frontal, una pérdida de substancia de la referida tabla externa que daba salida á una prolongación de la neoplasia, prolongación que no dejaba duda de su carácter maligno. Con el fin de completar la exploración y de poder obtener los datos ciertos que de ella esperábamos, se practicó una segunda incisión vertical sobre el dorso de la nariz, haciéndola partir del ángulo interno de la primera y terminar cerca del lóbulo; esta segunda incisión se prolongó después hacia arriba cruzando la horizontal, con

el fin de facilitar la operación; con una cisalla incisiva se reseco fácilmente la porción alterada de la tabla externa del frontal, y entonces se pudo ver con toda claridad que la neoformación ocupaba el seno frontal, agrandado irregularmente por razón de la destrucción cancerosa de sus paredes, dejando la tabla interna del frontal perfectamente sana; se pudo igualmente reconocer que las partes blandas que revisten la base del cráneo en relación con las fosas nasales, empezaban á ser invadidas.

El resultado de esta exploración justificaba enteramente la intervención completa y radical, una vez que la cavidad craneana habia sido respetada, que la cápsula de Tenon habia servido como barrera infranqueable impidiendo su propagación al ojo, que la fosa nasal izquierda habia quedado libre, y que solo comenzaban á alterarse las partes blandas que revisten la base del cráneo.

Hemos creído deber fijar la atención sobre el modo con que se hizo la aplicación en este caso del método de exploración enunciado, pues fácilmente se comprende que si por rutina se hubiese practicado una cualquiera de las incisiones clásicas aplicables en algunos casos, como por ejemplo la de Pean, la de Genzoul, etc., no hubiera logrado el cirujano el fin que se proponía; pero obsequiando, como se hizo, la indicación particular que teníamos delante, se modificó felizmente el sitio de las *incisiones exploradoras*, consiguiendo con ellas el resultado deseado. La extirpación completa del neoplasma y de los tejidos invadidos se llevó á cabo con la mayor facilidad, sirviendo casi exclusivamente la legra y cucharas de Vollkman; también se usaron las tijeras curvas para hacer la limpia ó raspa de la cápsula de Tenon. El enfermo perdió muy poca sangre en el curso de la operación, no habiéndose escurrido casi nada á la faringe.

Terminada la operación, se hizo la hemostasis de la sangre que se producía en nata, por simple compresión con esponjas; después se barnizó la herida en toda su extensión, así como la fosa nasal derecha con el *éter yodoformado*, suturando por último los dos colgajos triangulares que resultaron de las dos incisiones: curación antiséptica, habiendo tenido la precaución de hacer el taponamiento aséptico de la fosa nasal derecha.

En la noche del mismo día de la operación el estado general del enfermo era muy satisfactorio; temperatura 37°6. Al siguiente, día 12, estado general bueno, temperatura 37°5. En la tarde de este mismo día, calofrío, malestar, 38 ½ ° de temperatura.

Día 13, estado general grave, postración, sudores, lengua seca, 39 ½ ° temperatura. Se hizo el diagnóstico de la complicación: *septicemia aguda*, debida probablemente á las malas condiciones higiénicas del Hospital: pronóstico muy grave.

Murió este enfermo el día 14, no habiéndose podido hacer la autopsia.

México, Abril 27 de 1888.

EDUARDO VARGAS.