

CLINICA EXTERNA.

Algunas consideraciones sobre la resección del maxilar superior.

A resección del maxilar superior ha sido una operación imponente por la pérdida de sangre que ocasiona, el peligro de asfixia al cual expone, por los instrumentos poderosos que necesita para separar el hueso de sus conexiones huesosas y por la mutilación que deja á su consecuencia.

Desde que Gensoul, en 1827, enseñó á los cirujanos que era posible extirpar el maxilar entero, la operación se ha repetido centenares de veces y cada operador ha perfeccionado la técnica en relación con el objeto especial que se proponía ó con la porción de hueso que debía sacrificar.

La sangre que fluye durante la operación puede caer en la laringe y causar la muerte por asfixia. Es posible evitar este peligro manteniendo sentado al enfermo mientras dura la operación, pero se le priva del beneficio de la anestesia en una intervención tan dolorosa; ó bien se hace la mayor parte de la operación bajo la influencia del cloroformo, se deja disipar éste y se penetra en la cavidad bucal cuando el enfermo despierto ya puede incorporarse y escupir la sangre.

Rose, en Alemania, para sostener la anestesia hasta el fin de la operación aconsejó colocar al paciente con la cabeza colgando afuera de la mesa de operación é inclinada aquella de manera que la sangre escurra toda fuera de la boca.

Por último Nussbaun y otros operadores para tener más completa seguridad practican la traqueotomía previa; taponan el fondo de la faringe y hacen la respiración por la abertura de la tráquea. Trendelembourg ha inventado una cánula que sirve de tapón á la tráquea y por el centro de él hace llegar el cloroformo.

Como el peligro proviene de que la sangre penetra á la laringe por la fosa nasal correspondiente ó en el momento en que se dividen las mucosas bucal ó palatina, se concibe la posibilidad de cerrar artificialmente aquella ventana durante la operación y de no interesar las mucosas que forman el revestimiento de la cavidad bucal.

Si estas dos precauciones son posibles ya puede emprenderse la operación entera bajo la acción del cloroformo y sin peligro de asfixia; y á proponer la manera de conseguirlo tiende este pequeño estudio.

* * *

Todos los cirujanos nos presentan al maxilar superior como un hueso muy duro y lo es realmente en sus apófisis, ascendente, malar, pero sobre todo palatino y alveolar; por contraste las paredes que limitan el seno maxilar son delgadas, tenues, quebradizas y accesibles y es bajo este segundo aspecto como deseo presentarlo á la Academia: La cara anterior se puede alcanzar fácilmente y destruirla con un cuchillo fuerte, con un osteotomo, con cincel en caso de que un padecimiento la hubiera engrosado, etc. Por la cavidad del seno, ya abierta, se puede destruir la pared interna que corresponde á la fosa nasal, la que forma la cara inferior de la órbita, la cara externa y aun la parte posterior.

Si el tumor que obliga á operar ocupa la pared anterior solamente, bastará extirparla con él; si ocupare el seno mismo se toma con tenazas y se le extrae; si su volumen ó conexiones no lo permitieren se fracciona— como se hace ahora con tumores del útero y otros— y se extrae en pedazos.

Ya desocupada la cavidad se puede explorar cómodamente con el tacto y aun con la vista el interior del antro y según las circunstancias y, sobre todo si el tumor no es maligno, se pueden raspar las paredes con una cucharilla de Volkmann; si fuere dudosa la malignidad se podría llevar allí el termo-cauterio. Si una de las paredes está interesada y el periostio sano es posible arrancar aquella con una espátula de resección y conservar éste.

Como al hacer la perforación de la pared anterior se tiene cuidado de cortar el nervio sub-orbitario, el despegamiento de la pared de la órbita es muy fácil.

En suma: como en tumores del seno mismo se interesan más temprano sus paredes que las apófisis del maxilar, una intervención prematura podría permitir la extirpación del tumor y de las paredes huesosas que forman el antro de Higmore.

De la manera de atacar las apófisis me ocuparé después para estudiar desde luego la manera de impedir que la sangre pueda caer en la laringe durante la operación y para evitar más tarde que los productos que bañan

la herida operatoria sean aspirados por el aire en el momento de la inspiración y vayan á producir — como muchas veces se ha observado — una neumonía infecciosa que cause la muerte del enfermo.

Para realizar la idea que me propongo he utilizado el consejo dado por Maissonneuve y Verneuil, de poner—antes de comenzar la operación y después de hecha la desinfección de la cavidad nasal correspondiente— un tapón en la fosa nasal posterior, que impide que por ese camino la sangre pueda llegar á la laringe. Para evitar que llegue por la cavidad bucal el recurso que propongo es no abrir esa cavidad en ningún momento de la operación.

La única condición que se necesita para ejecutar este propósito es que la mucosa que tapiza la boca esté sana, y una condición secundaria, pero muy útil, es que falten los dientes correspondientes al maxilar que se trata de quitar, y que la encía esté ya cicatrizada al nivel de los alveolos. Se procede de la manera siguiente: La incisión de Langenbeck evita el canal de Stenon, la mayor parte de las ramas del facial y, en dos veces que la he practicado he tenido la fortuna de no tocar ni la vena, ni la arteria faciales.

Recomienda ese cirujano, una incisión curva de convexidad inferior, que comenzando cerca del ángulo interno del ojo, baja hasta ser tangente á una línea transversa que se extiende de la ventana de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y sube á terminar en el hueso malar. Si el periostio está sano la incisión llegará hasta la cara anterior del maxilar, se despegará el periostio con la espátula de resección y al llegar al nervio sub-orbitario, se le corta á la manera ordinaria. Se abre la pared anterior del seno y se conduce la operación como antes se dijo.

Por la gran brecha que se ha abierto se atacan las apófisis con facilidad mayor que en ninguno de los otros procedimientos. En efecto el apófisis ascendente se puede atacar con el termo-cauterio, con la cucharilla cortante, con la gurvia ó con la cizalla de Liston, según el grado de alteración que presente.

El apófisis malar se puede destruir por los mismos instrumentos y por el cincel y el martillo.

Si el malar estuviese enfermo se resecaría con la sierra de cadena, con la de Langenbeck ó con el cincel. Si la incisión primitiva no diere facilidad, se agregaría al extremo externo de ella una incisión transversa externa (como lo hice en uno de los casos que he operado). El borde alveolar se despega con la sonda-legra ó el desprende-tendón, de Ollier, de la mu-

cosa correspondiente, cuidando de no perforarla, para lo cual se coloca el dedo indicador de la mano izquierda dentro de la boca. De la misma manera se despega el periostio—si no está alterado, se entiende—del apófisis palatino en sus caras superior é inferior. Como esta porción del hueso ha perdido sus conexiones con las caras externa, anterior ó interna, porque ya están destruídas, bastará tomarle con tenazas fuertes para separarle del apófisis palatino del otro maxilar después de haberlo luxado por medio de una palanca.

Si el apófisis posterior no hubiese cedido aún, se le toma con una tenaza y se le separa del apófisis pterigoideo luxándolo como se practica en todos los procedimientos.

Si durante estas maniobras la mucosa se ha perforado en algún punto se le obtura momentáneamente con algodón aséptico, á reserva de reunir la incisión después por medio de la sutura.

En una de las veces que practicamos esta operación, la abertura correspondiente á un molar fué tapada de ese modo y en la última operación la perforación se hizo al quitar los restos del tumor que le estaban adheridos.

Lo que llama la atención en este modo de proceder es la facilidad de atacar las poderosas apófisis del maxilar, en contraste con las dificultades que se presentan para dividir las cuando se extrae el maxilar entero con el tumor que reclama la operación: y se comprende dado el volumen que éste suele presentar.

* * *

Podrá objetarse que este procedimiento no es aplicable á todos los casos. Es verdad, pero, aparte de que ningún procedimiento operatorio puede serlo, yo lo presento como más ventajoso que los otros, en las condiciones especiales que antes señalé: integridad de las mucosas y como accesorio, falta de los dientes correspondientes al maxilar que se va á sacrificar.

Es superior al procedimiento en que se opera estando el enfermo sentado porque es una operación muy dolorosa y porque los cirujanos no tienen ya el hábito de los que ejercían antes del uso del cloroformo, de operar en medio de las quejas y de los movimientos que el enfermo hace para evitar la intervención.

El procedimiento de Rose es seguro para evitar la asfixia, no lo es para evitar la neumonía consecutiva; y la posición declive de la cabeza

exagera las hemorragias que llegan á ser *efrayantes*, según la expresión de Koenig que ha ejecutado este procedimiento y que se refiere además á otros muchos cirujanos que han publicado hechos semejantes.

El procedimiento de Trendelenbourg parece que daría una seguridad absoluta bajo los dos puntos de vista de la asfixia y de la neumonía consecutiva, pero no es así, pues el aparato destinado á permitir el paso del aire y de los vapores de cloroformo y á servir de obturador de la tráquea, suele no llenar esta última indicación y la sangre filtra entre el tapón y la tráquea y se necesita, ó vigilar continuamente al enfermo ó exponerlo á un peligro de muerte como le sucedió á Koenig que necesitó quitar la cánula y aspirar la sangre, sin lo cual habría perdido á su enfermo.

Por las razones expuestas presento esta modificación del procedimiento para aquellos casos en que la mucosa bucal está intacta y falten los dientes del lado correspondiente.

México, Febrero 15 de 1893.

E. LICÉAGA.

EL PALUDISMO EN MEXICO.

(CONTINÚA).

2º *Casos de paludismo en que no he ensayado ningún medicamento de fama vulgar.*

Cama núm. 17.—Observación núm. 1.—Mayo 6 de 1892.

Ignacio Ramírez, de México, soltero, de 30 años, jornalero, no tiene habitación. En su infancia padeció viruela.

Hace un año, Ramírez trabajaba en las obras de terracería del ferrocarril interoceánico, en un punto llamado Pacho Viejo (á dos leguas de Jalapa) donde bebía agua de un río. A los cuatro meses se enfermó en ese lugar, de calenturas intermitentes cotidianas, que le duraron cerca de cinco meses y de las que vino á curarse en la Sala de Medicina de hombres, del hospital "San Andrés," tomando quinina. Después fué á trabajar al ferrocarril del Sur y por espacio de siete meses estuvo en Tecomavaca, las Sedas, Tomellín, Cuicatlán, etc., sin volver á tener ningún acceso.

Regresó á esta capital y hace quince días tuvo calofrío poco intenso, de las 10 a. m. á las 3 p. m.; siguió después calentura muy fuerte, hasta