

Año 1914.

Núm. 2839.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
TUBERCULOSIS LARINGEA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO L. ERRECART

Ex-practicante externo del Hospital de Niños, por concurso
1911

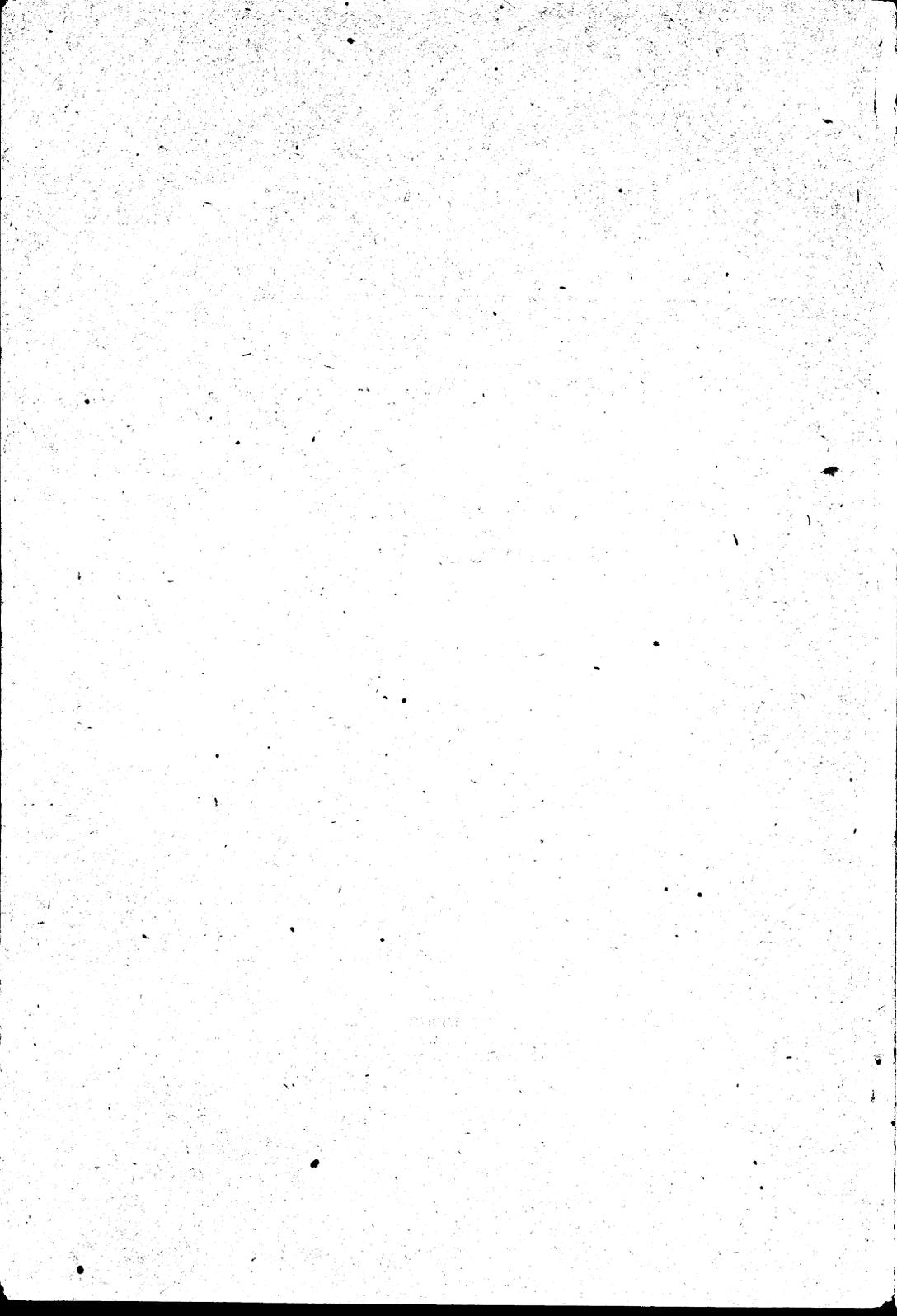
Ex-practicante mayor y menor de la (casa central) de la A. Pública
1911 - 12 - 13 - 14.

Ex-practicante mayor y menor interno del Hospital N. de Clínicas, por concurso
1912 - 13 - 14.

"LAS CIENCIAS"

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES





TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

TUBERCULOSIS LARINGEA



Año 1914.

Núm. 2839.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
TUBERCULOSIS LARINGEA

=

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO L. ERRECART

Ex-practicante externo del Hospital de Niños, por concurso
1911

Ex-practicante mayor y menor de la (casa central) de la A. Pública
1911 - 12 - 13 - 14.

Ex-practicante mayor y menor interno del Hospital N. de Clínicas, por concurso
1912 - 13 - 14.

=

"LAS CIENCIAS"

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

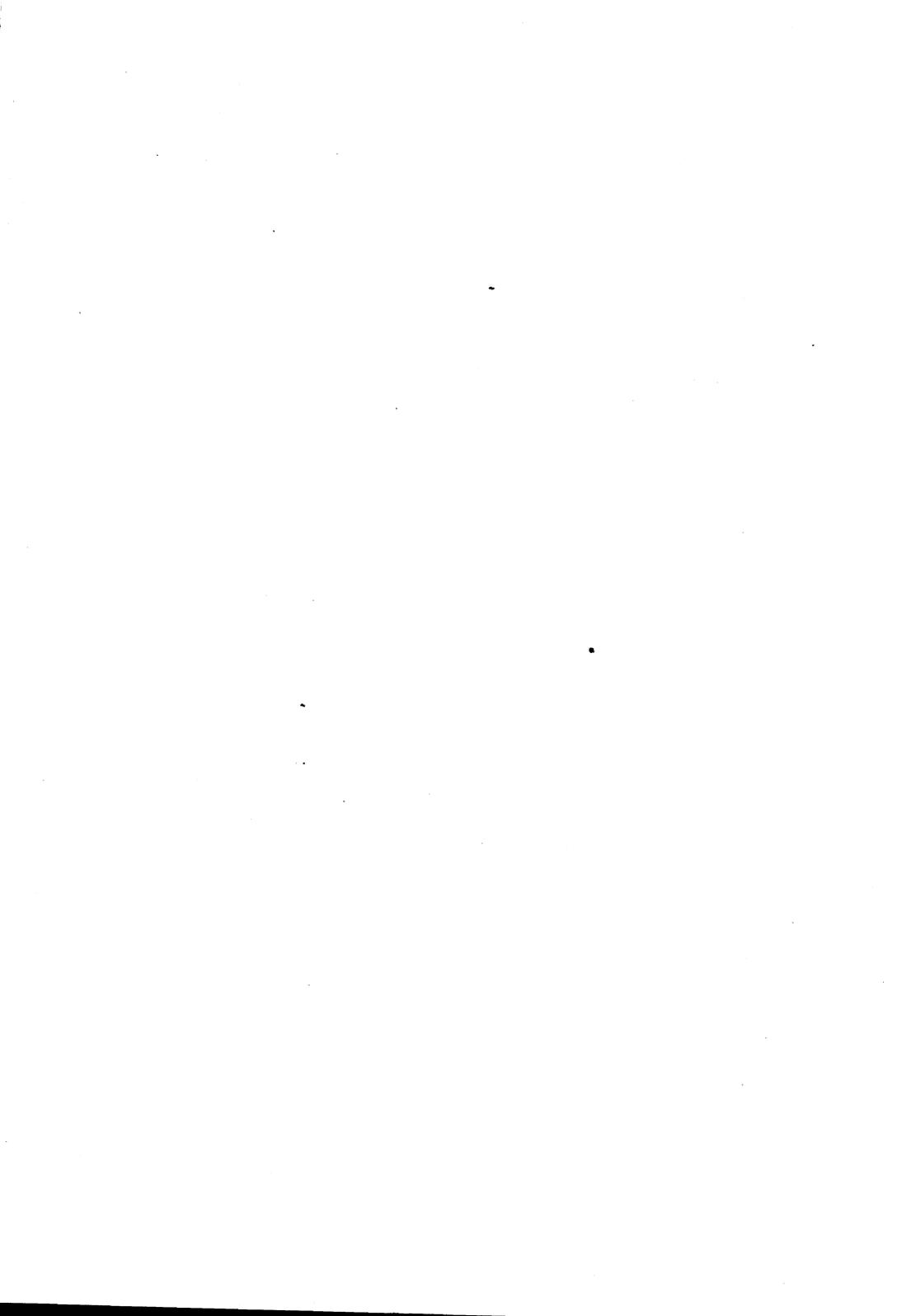
1976

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

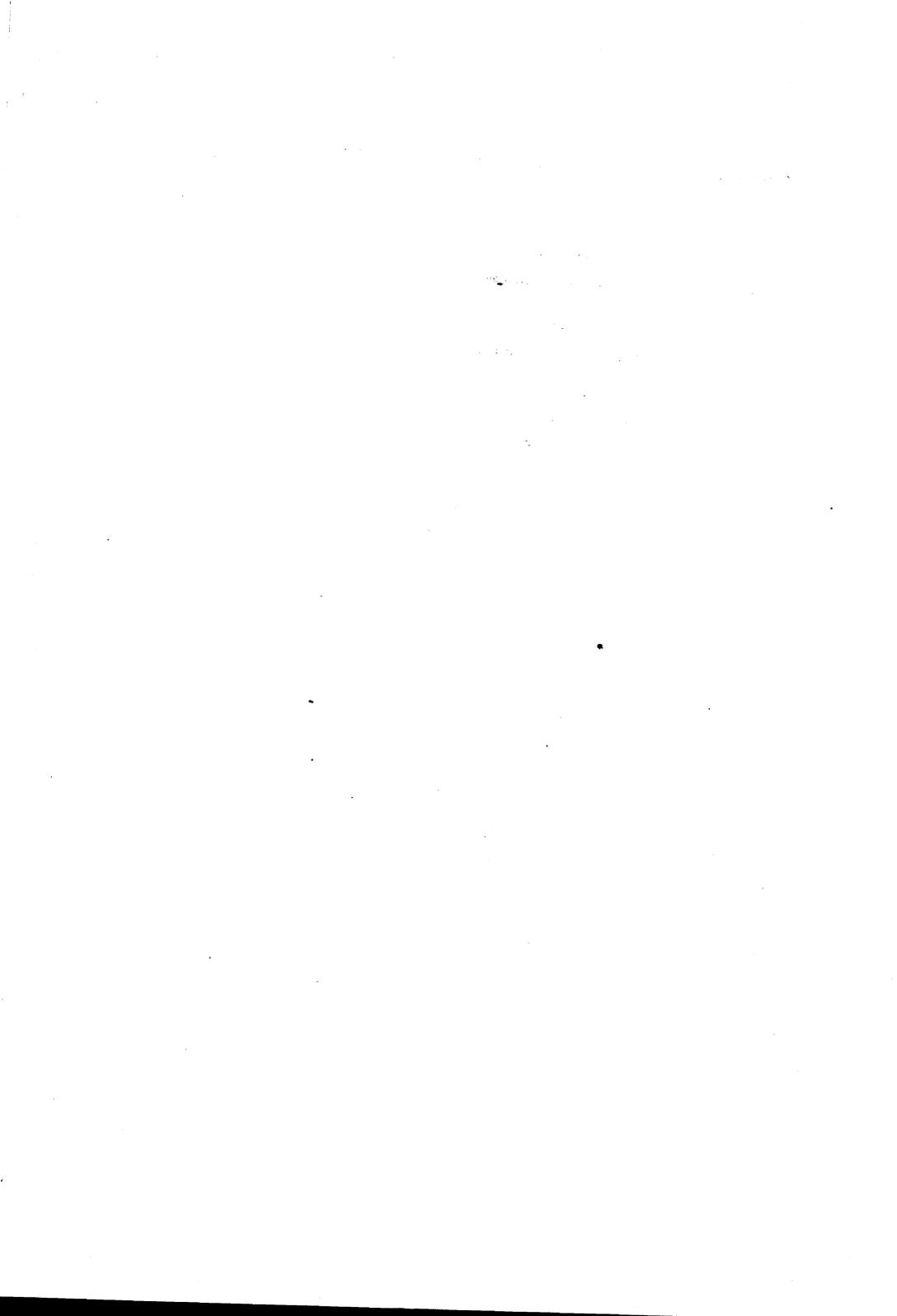
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con U.º.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELEMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. DOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



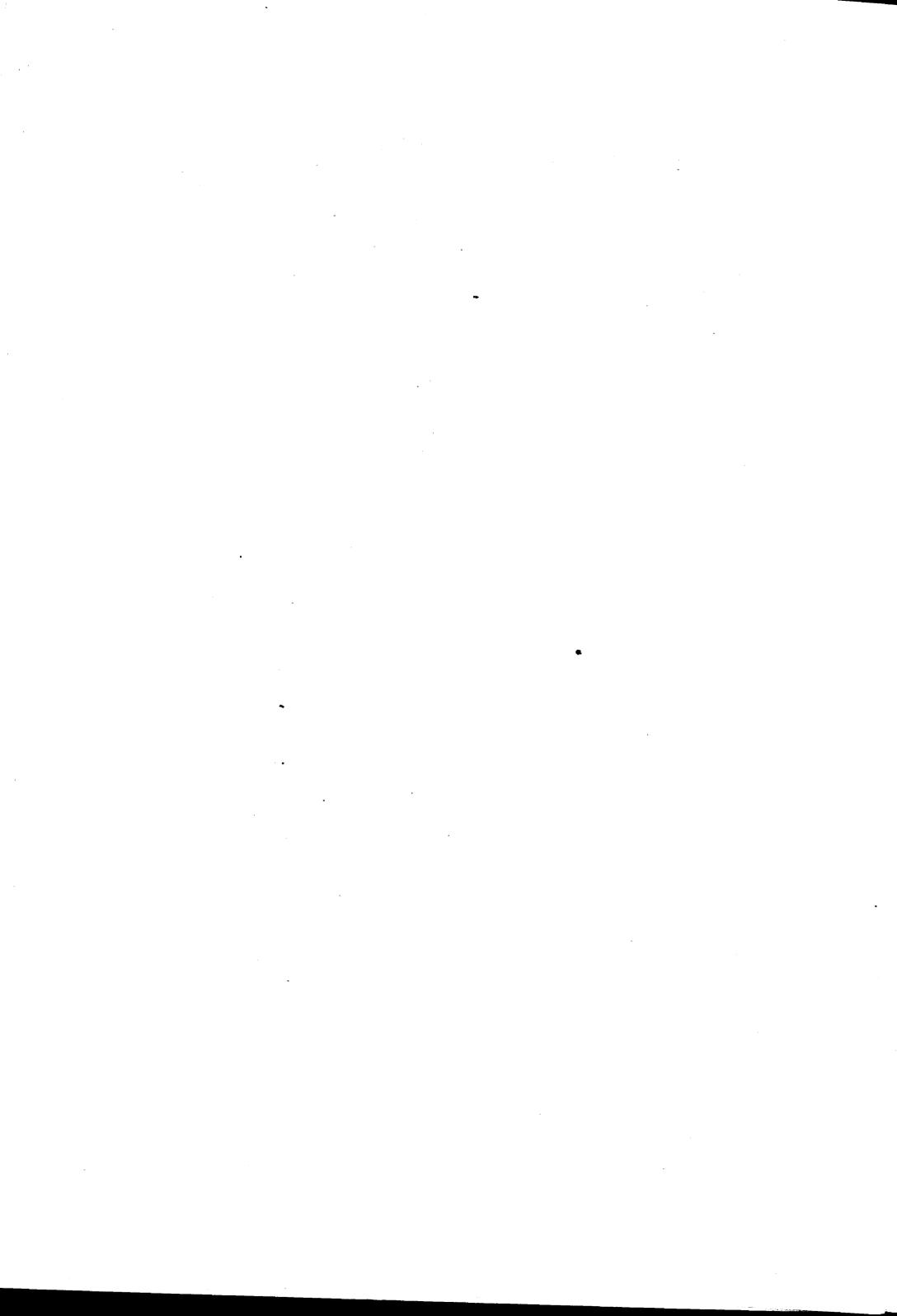
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WEINICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. GAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

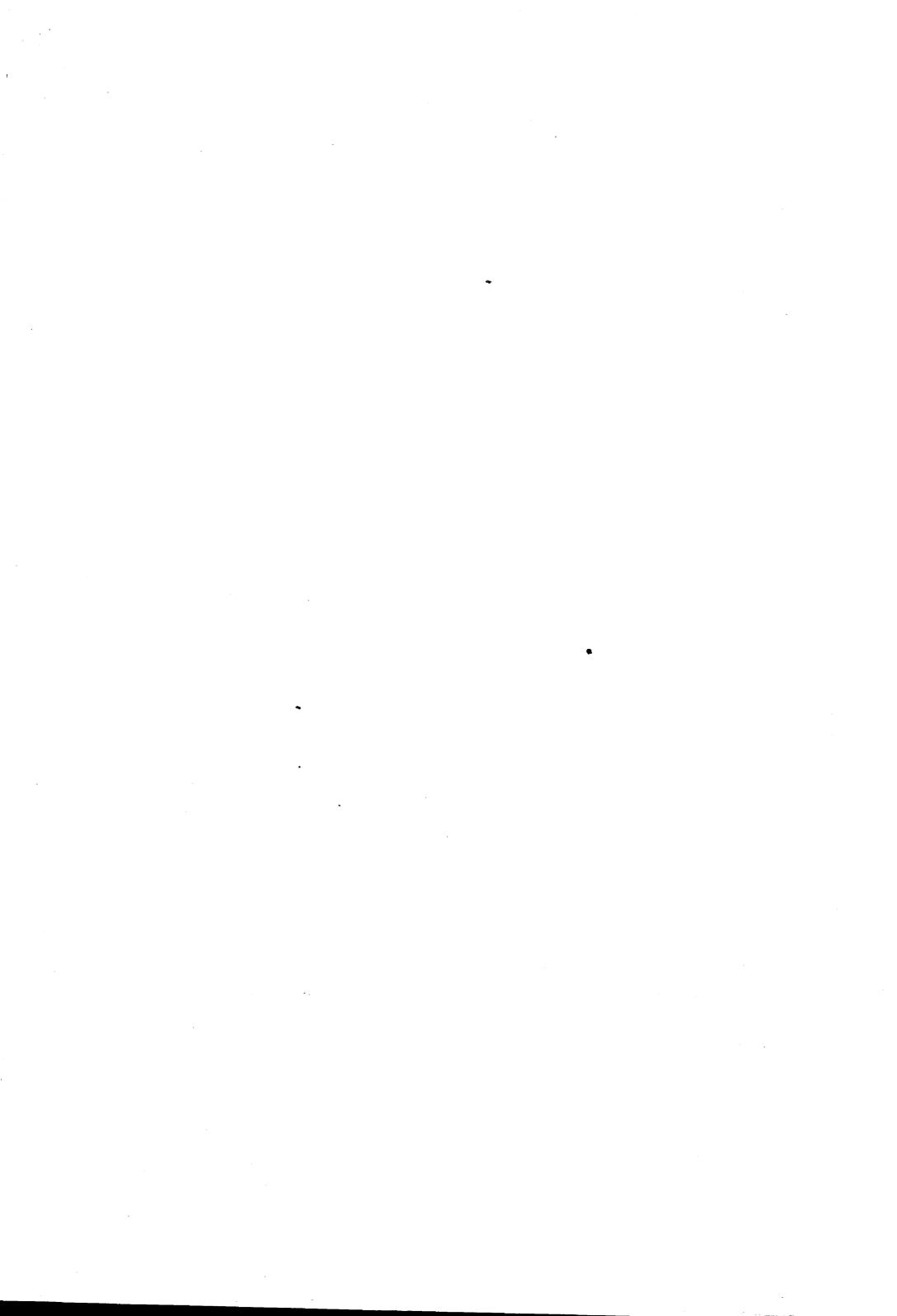
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	.. LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	.. JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	.. ENRIQUE ZARATE (en ejere)
Clinica Neurológica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Quirúrgica.....	.. MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	.. BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	.. JOSÉ T. BORDA
	.. ANTONIO F. PIÑERO
	.. FRANCISCO LLOBET
	.. RICARDO COLON
	.. ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU (en ejerc.)
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ROBERTO SOLÉ
Anat. Topográfica.....	" CARLOS R. CIRIO
	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Anat. Patológica.....	" JOSE MORENO
Materia Médica y Terapéutica.....	" PEDRO CHUTRO
Medicina Operatoria.....	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	" NICOLÁS V. GRECO
» Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
	" JOAQUÍN XIN POSADAS
Clínica Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
Clínica Oftalmológica.....	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
Clínica Oto-rino-laringológica.....	" MARCELINO HERRERA VEG. S.
	" JOSÉ ARCE (en ejerc.)
* Quirúrgica.....	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSE MA. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSE VITÓN
	" PABLO MORSALINE
Clínica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clínica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	" A. PERALTA RAMOS (en ejerc.)
Clínica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal.....	" V. JOAQUIN GNECO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Asignatura

Farmacognosia.....

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
» OSCAR MIALOCK (interino)
» JULIO J. GATTI

» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

» FRANCISCO P. LAVALLE

» RICARDO SCHATZ

Catedrático Extraordinario

SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Catedráticos sustitutos

SR. PASCUAL CORTI
,, RICARDO ROCCATAGLIATA
,, OSCAR MIALOCK (en ejere.)
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
DR. JUAN A. SANCHEZ
,, ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ » J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



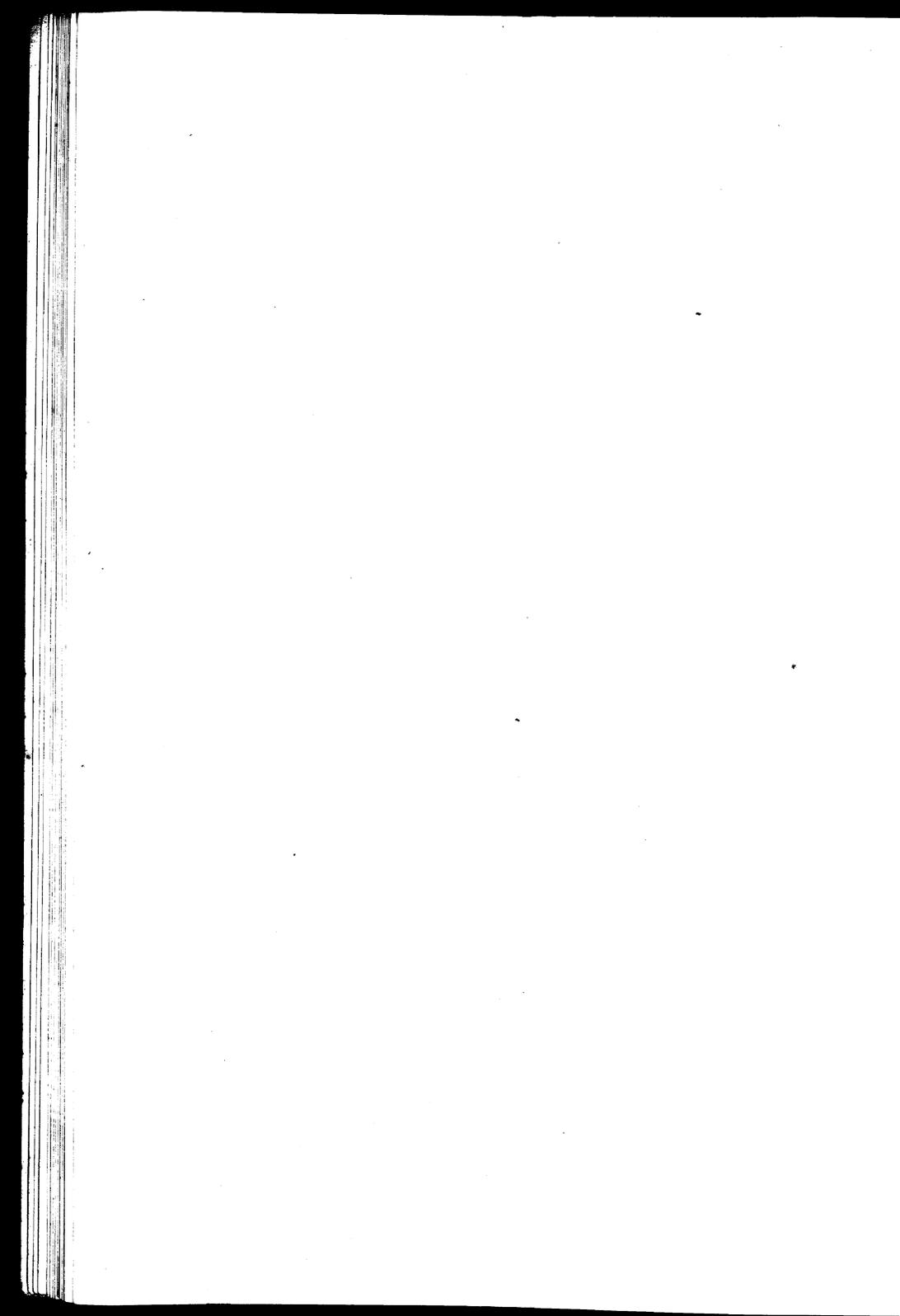
Padrino de Tesis :

Dr. EDUARDO OBEJERO

Consejero y Profesor titular de oto-rino-laringología

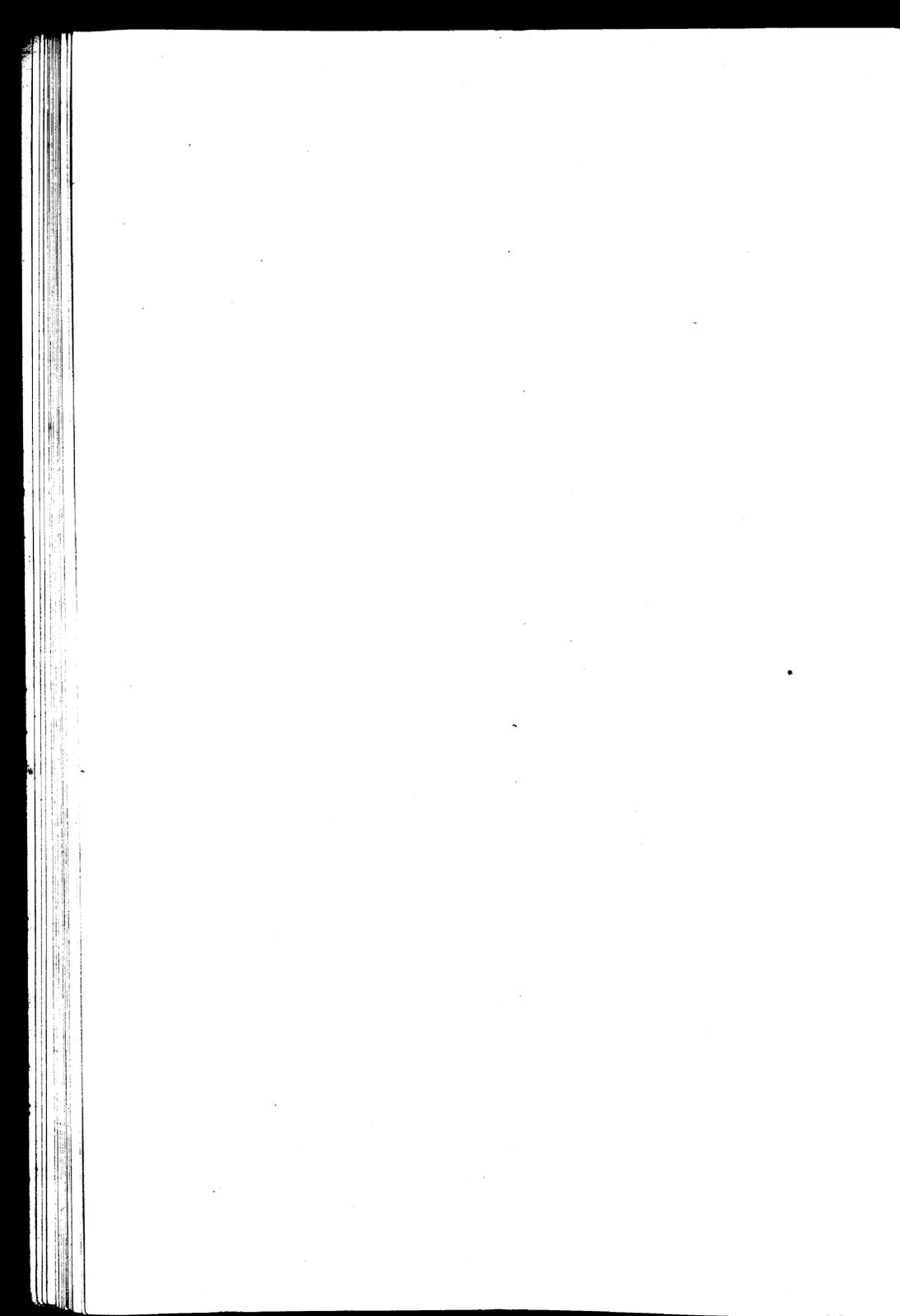


A LOS MIOS



A mi distinguido é ilustrado maestro :

PROF. DR. EDUARDO OBEJERO.



Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Señores Académicos :

No juzguéis con riguroso criterio este modesto trabajo presentado como tesis optando al título de Doctor en Medicina, pues no es nada más que la resultante de la bibliografía consultada, de las enseñanzas recibidas en la Escuela y en las Clínicas. No pretendo presentaros un trabajo original, no ; lejos de mí semejante pretensión ; sólo quiero al retirarme de las aulas demostraros que he sabido aprovechar, dentro de lo posible, vuestras lecciones y consejos y vaya ésta como ejemplo de disciplina en el estudio y como criterio en la observación personal.

Siéndome imposible callar, antes de entrar de lleno al estudio del presente trabajo, séame permitido agradecer todas las atenciones recibidas, en mis dos años de internado en el Hospital Nacional de Clínicas, de mi ilustrado maestro el profesor Obeje-

ro, de quien continuó siendo su discípulo y que en este momento me honra acompañándome como padrino de tesis.

Al doctor Ramón Cucullu, mi primer maestro, quien por espacio de varios años me dió toda una serie de conocimientos que han de serme de suma utilidad en la vida práctica, y en el ejercicio de la profesión, mi sincero reconocimiento.

A mis jefes de clínica. doctores : profesor Correa, Basavilbaso y Galiano, maestros y caballeros, mi sincero reconocimiento por las enseñanzas recibidas a diario y las muchas atenciones tenidas para con su practicante.

A los médicos de la sala XIII del Hospital de Clínicas, mi agradecimiento por las enseñanzas recibidas.

Un cariñoso recuerdo para los compañeros de internado. Mis afectos a los compañeros de guardia de la C. C. de A. Pública.

INTRODUCCIÓN

El estudio del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea es de actualidad y tiene una importancia capital, puesto que con él se han modificado en una forma radical las ideas que se tenían respecto al pronóstico de esta afección, por desgracia tan frecuente, y que es una de las que aporta mayor contingente de pacientes a las clínicas públicas y privadas.

Heryng su promotor provocó gran entusiasmo cuando publicó su libro en el año 1886; en él se citan cantidad de casos tratados con éxito favorable obtenidos por el método radical, idénticos resultados a los expuestos por este autor se encuentran en las literaturas alemana, francesa, italiana, etc. Como todo tratamiento nuevo, tuvo una serie de ardientes partidarios; sin embargo, no todos los laringólogos estaban de acuerdo, el método tenía enemigos.

que no le daban su justo valor, pero, a pesar de éstos, la mayoría se pronunciaba en su favor.

Las objeciones que se hacían al tratamiento quirúrgico eran múltiples; se acusaba a éste: de provocar el estallido de la infección general, es cierto, en algunos casos se ha observado esta coincidencia o accidente, pero, ¿quién puede negar que éste sea un mero accidente? ¿Acaso en las tuberculosis óseas que reclaman la mayoría de las veces, como único tratamiento el quirúrgico, no están expuestas al estallido de la infección aguda también? Y sin embargo, se tratan cruentamente con el mejor resultado; que siendo la tuberculosis laríngea una localización por lo general secundaria, es perfectamente inútil el ir a tratarla localmente desde el momento que el enfermo no curará; felizmente la curación en estos casos, de los focos mórbidos laríngeos, suele influir favorablemente sobre la marcha de las lesiones pulmonares, debemos además agregar, que no solamente el pulmón puede ser el asiento principal del bacilo, y que por lo que se refiere a laringitis tuberculosa primitiva no es tan rara como pretenden algunos; otros enemigos de este método se concretan a decir que es nocivo todo tratamiento, que jamás deben tocarse las lesiones bacilosas de la laringe, y apoyan su teoría en que existen casos de curación espontánea de úlceras tuberculosas.

Para nosotros la tuberculosis laríngea, es una afección perfectamente quirúrgica, pero no por ésto descuidamos el tratamiento médico general, no, fusionamos los dos y hacemos de ellos uno solo : el tratamiento de la tuberculosis laríngea.

Para llegar al estado actual del tratamiento quirúrgico, fué necesario que por medio de pruebas anatómicas e histológicas, se demostrara la curabilidad de la tuberculosis laríngea, puesto que de lo contrario, no había razón para que existiera este nuevo tratamiento, más aún, para que se martirizara a los pobres enfermos con él. Gracias a los trabajos e investigaciones de Heryng, Krause, Seiffert, Deltweiler, Heiller, etc., pudo demostrarse la curabilidad de la laringitis bacilosa, no sólo bajo el tratamiento médico o quirúrgico, sino que también en ausencia de toda medicación.

En la actualidad el tratamiento quirúrgico está en su apogeo ; pero muy a pesar de sus fervientes partidarios no logra convencer a todos ; ésto es debido única y exclusivamente a que no todos los enfermos pueden beneficiar del método, y a que existe un buen número de enfermos tratados en quienes no ha podido obtenerse una curación completa.

Es necesario, para poder obtener resultados satisfactorios, saber elegir los casos, saber precisar la oportunidad del tratamiento quirúrgico y muy es-

pecialmente en emplear el procedimiento más conveniente. Pero, sino en todos los casos puede obtenerse una curación radical, no por eso debe abandonarse el método, puesto que entonces debe emplearse con un fin puramente paliativo, y si se llega a conseguir modificar favorablemente la marcha de la afección se habrá aliviado al enfermo en gran parte en sus sufrimientos, y ésto representa, de por sí, todo un éxito, y demuestra la bondad de esta terapéutica y las esperanzas que en ella pueden cifrarse.

Debemos explicar lo que se entiende por curación de la laringitis tuberculosa. Decimos que la tuberculosis laríngea está curada : cuando terminado el proceso mórbido del órgano de la fonación, recupera éste sus funciones, y cuando los tejidos afectados han sido reemplazados por tejido normal o cicatricial. Podrá objetarse que en muchos casos los bacilos no desaparecen de los esputos, a ésto debemos agregar nosotros, que no sólo pasa ésto en muchos, sino que pasa en la mayoría de los enfermos, pero debemos recordar que estamos tratando de la laringe, que hablamos de curación de este órgano y no del pulmón u otro cualquiera ; en estos pacientes una vez curada su garganta, debe continuarse el tratamiento general, que, por otra parte, debe haberseles hecho contemporáneamente con el

local, para poder llegar en esa forma a una curación total. Es frecuente observar también, a pesar de la curación de la laringitis bacilosa y no habiendo habido recidivas, que los enfermos mueren por el progreso de las lesiones pulmonares.

Explicado en esta forma el concepto de curación, citaremos dos de los casos entre los muchos tratados en el servicio del profesor doctor Obejero :

OBSERVACION DEL DOCTOR RELLAN (1913)

N. N., 28 años, casado, italiano, empleado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual — En mayo del año próximo pasado, tuvo un fuerte resfrío, con mucha tos (que lo dejaba rendido), con abundante expectoración; a los veinte días de su resfrío comenzó a ponerse ronco, continuando su ronquera hasta la fecha; en los días húmedos se pone afónico. Los sudores eran intermitentes. No ha tenido fiebre. Lo asegura porque se colocaba el termómetro todas las tardes y noches.

En enero de este año tuvo varios accesos de tos muy fuertes, esgarrando mucho, algunos esputos con estrías sanguinolentas ; no tiene apetito ; se ha adelgazado mucho.

Estado actual — El 18 de marzo del corriente año viene a este servicio por su ronquera, fué examinado por el doctor Obejero, quien hace diagnóstico de gran infiltración con edema de los aritenoides.

Se encuentran bacilos de Koch en los esputos. Se le propone intervención laríngea ; aceptada por éste, fué suspendido al día siguiente previa las inyecciones de morfina escopolamina, se le practicó una prolija cocainización de la laringe.

El doctor Obejero le hizo unas ignipunturas en ambos aritenoides ; fué bien soportada la suspensión y la intervención ; no hubo secreción salivar.

Visto al día siguiente no había disfagia, ni dolor ; el edema había casi desaparecido, no había reacción inflamatoria ; a los dos días se va a su casa, vuelve al hospital a los ocho días muy tranquilo y contento con la voz más clara ; examinada su laringe, los aritenoides estaban casi normales, se le somete a un régimen de sobrealimentación y tónico, se le aconseja salga al campo, así lo hace yendo al Tandil.

Vuelve a este servicio el 27 de mayo, después de dos meses de ausencia, con su voz clara. Se constatan las cicatrices de las ignipunturas, los aritenoides normales, no encontrándose lesión alguna de su laringe. Vuelve en buen estado de nutrición, desapareció la tos y sudores, habiendo recuperado su peso, siendo su estado general bastante satisfactorio.

OBSERVACION PERSONAL (1913)

N. N., 32 años, casado, argentino, conductor. Este enfermo es enviado de un servicio de clínica médica para que se le examine su laringe y se le indique tratamiento. Viene con el diagnóstico de infiltración tuberculosa del vértice pulmonar izquierdo.

Al examen laringoscópico presenta su región aritenoidea infiltrada y una pequeña ulceración sobre el derecho.

Tiene tos con espectoración y está ronco. Hay regular cantidad de bacilos de Koch en sus esputos.

En vista de su buen estado general se resuelve intervenirlos dos días después, el 6 de agosto. Previa inyecciones de morfina escopolamina y de la cocaínización de su laringe, se le suspende con el aparato de Killian. El practicante mayor Errecart le

hace unas ignipunturas en ambos aritenoides y en la ulceración radicada en el derecho. El enfermo las soporta perfectamente; sólo acusa una ligera molestia causada por el aparato de suspensión.

Visto a los dos días no acusa dolor a la deglución ni espontáneo; la reacción inflamatoria es insignificante. A los ocho días se constatan las cicatrices de los puntos cauterizados; los aritenoides casi normales, la úlcera persiste, pero más reducida en su tamaño. En vista de la persistencia de ésta, se resuelve cauterizarla nuevamente, siguiendo el mismo procedimiento, el 21 de agosto. Quince días después se da de alta al enfermo por encontrar su laringe sin lesión visible, se le recomienda siga las prescripciones ordenadas en el otro servicio.

Visto nuevamente el enfermo el 30 de abril, se constata que sus aritenoides son aparentemente normales, no se le encuentra lesión laringea alguna, su voz es clara, su estado general bueno, ha disminuído la tos, su apetito ha aumentado; cambia de profesión y continúa el tratamiento general.

Para poder apreciar en su justo valor el tratamiento quirúrgico, vamos a dar a continuación los resultados prácticos obtenidos por algunos autores con la terapéutica radical:

Krause comunicó al 8º Congreso de Medicina.

reunido en 1888, que sobre 71 casos cureteados, obtuvo 43 mejorías.

Lubliner sobre 58 enfermos cureteados obtuvo : 4 curaciones y 1 mejoría.

Krieg ha obtenido 60 curaciones en 200 casos tratados.

Escat aprecia en un 5 por ciento las mejorías.

Siebenmann, en 66 casos tratados por el gálvano-cauterio, dice en su comunicación, perdió de vista al 23 por ciento, el 40 por ciento murió y quedaron bajo su control el 37 por ciento, es decir, 24 enfermos, de los cuales la mitad curaron sin recidivas.

Srelny obtiene sobre 53 casos observados y tratados, en diferentes años, con cureta y gálvano-cauterio, 32 curaciones radicales.

En la clínica de Bâle, W. Beni que la dirige, obtiene el resultado siguiente : sobre 65 casos, 35 siendo enfermos apiréticos fueron cauterizados y dieron 11 curaciones confirmadas, 5 recidivas y 11 muertes, los 15 restantes quedaron sin controlar ; sobre 32 casos piréticos, 1 curación confirmada, 15 muertes y 10 sin control. Vale decir que el resultado fué el siguiente : los enfermos febriles dieron el 3 por ciento de curaciones y los apiréticos el 33 por ciento.

CAPITULO I

CURABILIDAD DE LA TUBERCULOSIS LARINGEA

Hoy es un hecho sentado, tanto en patología general como en patología laringológica, que la tuberculosis laríngea es susceptible de curación, no sólo bajo la influencia del tratamiento local o general, sino también espontáneamente.

Hasta hace muy poco tiempo la acción del médico frente a esta afección, por desgracia tan frecuente, resultaba sencillamente ineficaz y sólo se concretaba éste a aliviar, dentro de lo posible, los horribles sufrimientos de estos desgraciados por tratamientos a base de narcóticos o anestésicos, sin ir a combatir directamente contra la fuente de tales males.

En la actualidad, ya no nos conformamos con tratar de aliviar a los enfermos con esta terapéutica

paliativa, no ; hacemos un tratamiento racional, yendo a atacar la afección en su foco de origen, tratando de destruirla por medios activos, enérgicos y muchas veces obtenemos resultados brillantes que nos entusiasman y que nos hacen perseverar en su estudio, para poder llegar de este modo a la perfección de la técnica a seguir.

Desde la invención del laringoscopio por el tenor español Manuel García, en el año 1885, los procesos tuberculosos de la laringe se conocieron y estudiaron mejor, el diagnóstico precoz de la laringitis bacilosa pudo hacerse y, por consiguiente, pudo instituirse el tratamiento en las mejores condiciones para poder obtener la curación. Los primeros en examinar por este método la laringe de los enfermos bacilosos fueron : Czermak, Türk y Lewin.

Con las nociones clínicas que dieron estos autores en sus obras, especialmente Türk en su tratado clínico de enfermedades de la laringe y faringe y en sus atlas, unidos a los trabajos anatómicos e histológicos de Virchow, Rokitansky, Rindfleisch, Wagner, Wahbler, Manl, Schötter, etc., se dió un gran paso hacia el conocimiento de la laringitis tuberculosa, que más tarde se fué perfeccionando con los estudios de Peter y Krishaber, y hoy día tenemos una preciosa descripción en la obra de Cornil

y Ranvier, en el capítulo correspondiente a esta afección.

Con todos los conicimientos que se tenían ya en el año 1880 y dada la facilidad de llegar al órgano enfermo por una vía de acceso tan amplia, como la cavidad bucal, es de imaginar que esta circunstancia fuera aprovechada por los autores, y en realidad así fué; de ahí pues, que nacieran diversos tratamientos locales que tuvieron más o menos aceptación y que algunos dieron buen resultado. Pero, en esta época, no sólo apareció la idea del tratamiento local sino que también apareció la noción de la curabilidad de la tuberculosis laríngea y Heryng, en su obra maestra, cita casos prácticos e indiscutibles de curaciones que hicieron modificar las ideas generales que se tenían acerca del pronóstico de esta enfermedad, e hizo, como consecuencia, evolucionar las nociones que se tenían en el campo de la terapéutica. Estas nuevas ideas y teorías venían a corroborar por completo a las que ya había enunciado Schmidt en el Congreso médico de Milán, reunido en el año 1880.

En realidad el primero que obtuvo la cicatrización de una úlcera laríngea de naturaleza tuberculosa, vale decir, su curación, fué Krause, y para corroborar semejante afirmación dió la prueba anatómica de la verdad del hecho en la Sociedad Mé-

dica de Berlín, el 14 de octubre de 1885. Heryng, hizo una serie de comunicaciones a la Academia de Paris y a la Sociedad Francesa de Laringología de observaciones de úlceras cicatrizadas por medio del curetaje que tanto preconiza; además, este mismo autor en la 59 Reunión de Médicos y Naturalistas Alemanes, aportó, al mismo tiempo que sus éxitos obtenidos por el tratamiento quirúrgico en las úlceras bacilosas, pruebas anatómicas irrefutables de lesiones ulcerosas de la misma naturaleza curadas espontáneamente.

Poco tiempo después que Krause y Heryng hicieran conocer estos resultados tan elocuentes, Seifert dió a conocer los suyos, no menos favorables, robusteciendo sus afirmaciones, a la par de aquellos, con pruebas anatómicas que no dejaban lugar a dudas.

Ahora bien, para llevar a nuestro espíritu el convencimiento más absoluto de que la curación de las lesiones bacilosas de la laringe es un hecho, tenemos aún más trabajos al respecto hechos por Brehoner y Deltweiler, y por las conclusiones a que llega Heitler basándose en la observación de 16.562 enfermos.

Sin embargo, a pesar de los innumerables trabajos que se han presentado a los congresos médicos, todos ellos tan elocuentes, de la publicación de los

métodos curativos y de sus resultados tan favorables, de estadísticas que entusiasman al par que asombran, los creyentes en el éxito del tratamiento y en la curabilidad de la laringitis tuberculosa son pocos, más, por el contrario, los incrédulos forman legión. Quizás no concluyan de convencerse por cuanto muchas veces en presencia de ciertos casos dejamos de instituir el tratamiento radical, o fracasamos una vez practicado éste, pero no debemos por ésto hacer caer en el descrédito el tratamiento y negar de hecho la curabilidad de la laringitis bacilosa.

Muchas veces el éxito lo descontamos con anterioridad en ciertos enfermos, puesto que cuando llegan a los laringólogos se presentan en un estado deplorable en cuanto se refiere a funcionamiento orgánico general, su estado pulmonar es avanzado ; claro está, que llegados en estas condiciones, el éxito que se podrá obtener será nulo o insignificante en cuanto se refiere a existencia ; no obstante, el tratamiento en estos casos es muy útil, pues muchas veces si no los curamos, los aliviarnos en gran parte de sus males, suprimiéndoles la disfagia por ejemplo, que los hace presa de horribles sufrimientos, les permitimos, una vez desaparecido el elemento dolor, que en los pocos días de vida que les restan se alimenten ; otras, debido a las enormes infiltraciones que asientan en la laringe, el enfermo está peligrando

su vida en todo instante ; en estos casos practicando a tiempo una traqueotomía, podemos prolongársela por un plazo perentorio si se quiere, pero seguramente no sucumbirá víctima de éstas a la asfixia ; en todos estos casos vamos al hacer el tratamiento local en ayuda del general, somos sus mejores colaboradores y al poder ser útiles en este sentido obtenemos de hecho todo un éxito.

Pero, de cualquier modo y a pesar de estos fracasos, no debemos desesperar y caer en el pesimismo de Espinger, que niega de una manera absoluta y categórica la posibilidad de la curabilidad de la tuberculosis laríngea, por el contrario, y siguiendo los consejos de Heryng, debemos familiarizarnos con los éxitos, «negándolo los médicos llevan un prejuicio contra la ciencia y la humanidad».

Pruebas anátomo-patológicas

Hemos dicho ya que Krause, Heryng y Seifert fueron los primeros que obtuvieron, cada uno de ellos por distinto método, la cicatrización de las ulceraciones tuberculosas de la laringe, comprobando la realidad del hecho con pruebas indiscutibles, tales son las pruebas anátomo-patológicas.

Ahora bien, los resultados de los exámenes microscópicos de estas pruebas daban lo siguiente : procesos de cicatrización completa típica, con regeneración de epitelio y acompañados de cicatrización de las cuerdas vocales.

Por lo general, las ulceraciones radicadas en las cuerdas vocales, de origen baciloso, adoptan una forma alargada en el sentido longitudinal, siguiendo la dirección de las fibras ; si se hace tratamiento local, sea cual fuere, en estas úlceras y si responden a éste, tendiendo a la curación, el epitelio comienza a regenerarse tanto en la parte superior como en la inferior, constituyendo un punto cicatricial.

En realidad, cualquiera que sea el sitio de localización de la lesión patológica, el sustratum histológico del proceso de cicatrización es el mismo ; consiste en la proliferación del tejido conjuntivo formando un tejido de granulaciones que más tarde se hace fibroso, al mismo tiempo que el epitelio, espesándose envía prolongamientos hacia los tejidos.

De todo ésto se deduce que, en la laringe como en cualquier otro órgano de la economía, asiento de la tuberculosis, al curarse lo hace mediante un proceso de esclerosis.

Wodd, describe la evolución de las lesiones tratadas por el gálvano-cauterio y dice que, durante el término de tres días se encuentra una zona mar-

cada de reacción inflamatoria que se extiende más allá del punto cauterizado, y que en esta zona, se forma una gran cantidad de tejido fibroso; que el desarrollo de éste ejerce una influencia considerable sobre la lesión tuberculosa impidiendo su marcha. La formación de vasos sanguíneos le lleva una nutrición suficiente a este tejido de neoformación, como para asegurar su vitalidad, mientras que la escara producida por el electrocauterio impide una reinoculación a la vez que oblitera los vasos, tanto sanguíneos como linfáticos.

Vemos, pues, que las descripciones de estos autores están en un todo de acuerdo, no sólo en el resultado final del tratamiento, sino también en las modificaciones que sufren los tejidos tratados para llegar a ese término.

CAPITULO II

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SUS INDICACIONES

Creemos necesario, antes de entrar de lleno a tratar las indicaciones del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis laringea, hacer una breve y rápida reseña de los diversos tratamientos que se emplean en la actualidad contra esta afección.

Desde largo tiempo atrás, preocupaba a los médicos, los medios que habían de emplear en la lucha contra la laringitis bacilosa, y a pesar de que la preocupación era general no había uniformidad de ideas. Sin embargo, con los métodos empleados en aquel entonces, algunos tenían casos curados, pero, por desgracia, no los daban a conocer porque espíritus timoratos unos, temían no convencer a todos de sus éxitos, otros, más ignorantes que aquellos, creyendo haber cometido errores en el diag-

gnóstico no divulgaban estos hechos, por otra parte, perfectamente disculpables por cuanto en aquella época existía una única creencia y esta era : que la laringitis tuberculosa era incurable. Preciso es llegar hasta fines del siglo pasado para, recién poder, encontrar quien echara por tierra esta vieja creencia marcando un nuevo jalón en la historia de la tuberculosis laríngea.

Recién, en el congreso médico reunido en Milán el año 1880, un médico, hasta entonces desconocido, hizo una comunicación afirmando que sobre 319 enfermos atacados de laringitis tuberculosa, había podido obtener 19 curaciones ; por primera vez se habló de curabilidad de esta afección. Tan grande era el convencimiento de lo contrario, que cuando más tarde el célebre Schmidt, tal era el nombre de este desconocido, hizo las publicaciones de sus observaciones para convencer a la bondad de su terapéutica, en los Arch. fur Klinische Medizin, Ziemssen que era redactor, exigió, en su calidad de tal, al autor que reemplazara la palabra « curación » por la de « tratamiento ».

Como tratamiento nuevo fué objeto de severa crítica, pero Schmidt no desmayó, más, por el contrario, siguió trabajando y luchando con mayor ahinco y al fin logró conquistarse innumerables partidarios que fueron luego sus colaboradores.

En general los especialistas, en cuanto concierne a tratamientos empleados para la curación de la laringitis tuberculosa, siguen dos métodos distintos; los conservadores y los radicales. Cada método tiene sus ventajas, pero en realidad cada uno, en sí, no vale lo que los dos reunidos.

Los partidarios del método conservador se valen de una terapéutica a base de tópicos cáusticos y anestésicos, todos ellos emplean y abusan de la mayoría de los antisépticos: diodoformo, iodoformo, mentol, bromoformo, ortoformo, iodipina, perónina, fenol, etc., etc. Pero, de todos los tópicos cáusticos el que tiene mayor aceptación es el ácido láctico, introducido en la terapéutica laríngea por Krause, quien lo emplea en soluciones débiles al principio de tratamiento y que va posteriormente aumentando progresivamente el título de la solución hasta llegar a usarlo al 80 %. Otros autores tienen preferencia y aconsejan otros tópicos, así: Heryng aconseja y recomienda el permanganato de potasio en solución concentrada y el verde malaquita al 1 o 2 %, Castej el cloruro de zinc, Gleitzman el nitrato de plata puro en perla, etc.

Como sedativo de los fenómenos dolorosos y como anestésicos, debemos citar el ortoformo y sobre todo la anestésina, de data reciente, la cocaína y la novocaína asociadas o no a la adrenalina, etc.

Además de estos medios para luchar contra el electo dolor, mencionaremos las inyecciones de alcohol a 80° sobre la entrada de los nervios laríngeos superiores.

Woddon, Lavrand, Biggs, etc., conservadores, preconizan como tratamiento curativo las inyecciones de bovinina intralaríngeas, de tuberculina o de extracto acuoso de bacilos de Koch.

El radium y la helioterapia han entrado también en juego; la proyección de la luz solar por medio de un espejo fué imaginada por Stillmann y Schrötter, y Blegrad asegura haber obtenido resultados con el radium.

No hacemos clasificación de los que aconsejan guardar reposo absoluto del órgano enfermo, sin intervención quirúrgica, ni a los que indican climatoterapia, pues, tanto a los que siguen y observan el método radical como el conservador tienen en esas indicaciones una fuente de benéficos recursos, a donde acuden con toda frecuencia para afianzar el éxito de su terapéutica.

Como unión entre los dos métodos, es decir, radicales y conservadores, tenemos a los que practican inyecciones cáusticas profundas en pleno tejido enfermo, Schmidt, Krause, Heryng, etc., y a los que hacen electrólisis, Mermod, Heryng, Kuttner, Grünwald, etc.

Podemos incluir en estos últimos a los que practican la gálvano-castia ; Voltolini, ya en el año 1871, recomendaba el empleo del eléctrico-cauterio, pero el que ha demostrado en realidad su utilidad práctica, es Srelny en una publicación que hizo en 1893, en la que dió a conocer una serie de casos tratados por este procedimiento con resultados notables. Son partidarios del gálvano-cauterio : Escat, Fineman, Scheffer, Gouguenheim, Krieg, Günwald, Mermod, etc.

El gálvano-cauterio tiene un gran número de adversarios, éstos son los creadores y partidarios de la terapéutica quirúrgica, es decir, los radicales. A la cabeza de éstos marcha Heryng ; éste en 1888 describió sus curetas simples para las intervenciones endolaringeas, casi a continuación de esta apareció la doble cureta de Landgraff, a partir de esta época una nueva era comienza en el tratamiento de la tuberculosis laríngea, el gálvano-cauterio que hasta entonces gozaba de grandes prestigios es relegado a un segundo plano, la cureta entra en su apogeo en manos de Krause, Heryng, Landgraff, Gouguenheim, Kaast, Schech, Chiari, Roget, Balzer, Lacke, etc., etc. enfermo es una de las condiciones primordiales para la curación de la laringitis tuberculosa, Schmidt recomendaba, ya en el año 1887, la traqueotomía precoz como único medio de alcanzar en rigor esta con-

dición. Más tarde generalizó sus indicaciones y tuvo numerosos adeptos, entre ellos : Henrici, Kaimer, Grünwald, Castex, etc., etc.

Los partidarios del método radical cuando se ven imposibilitados para tratar los focos mórbidos por vía endolaríngea, practican la laringo-fisura con el objeto de tener un amplio campo que les permita efectuar sus maniobras quirúrgicas con toda comodidad. La primera tirotomía se hizo en 1870, a raíz de un error de diagnóstico, pero felizmente el enfermo curó de su tuberculosis vegetante, que era lo que tenía en realidad. Son partidarios de esta intervención : Chrepan, Hopponan, Küttaner, Lermoyez, etcétera.

En general todos los especialistas rechazan la laringectomía, y sólo Glück y alguno que otro la recomiendan.

Indicaciones generales

El tratamiento quirúrgico tiene sus indicaciones, y tiene capital importancia no privar de los beneficios que él aporta a todos los enfermos que están en condiciones de ser sometidos a la terapéutica radical. Pero, para que los enfermos puedan ser tratados por estos procedimientos, es necesario estable-

cer de antemano las indicaciones, y éstas nacen como resultantes de diversos factores que pueden ser intra-laríngeos o extra-laríngeos. En estos últimos se comprenden al estado general y al estado pulmonar del enfermo.

Tan es de gran importancia tomar en cuenta los factores extra-laríngeos, que si el estado pulmonar es muy extendido o muy avanzado, si su marcha es rápida, acompañada de fiebre, o bien, si el enfermo está en plena caquexia, la abstención es de rigor, y esta abstención es toda una indicación. Ahora bien, en presencia de un enfermo en estas condiciones deplorables puede surgir, no obstante su estado, una indicación de intervenir para evitar una traqueotomía cuando su laringe es asiento de una lesión vegetante que la estenosa; es evidente que en este caso, una cureta evita al enfermo de que su tráquea sea abierta. Este ejemplo es una excepción, y la regla es que todo enfermo en este estado no debe intervenir.

En lo que se refiere a laringe en sí, hay que tener muy en cuenta el período y la extensión de las lesiones mórbidas, y en especial en la forma que se presenta la enfermedad.

Cuando la afección es primitiva y única, existe la indicación formal de intervenir.



Si los pulmones están poco atacados, si el estado general del enfermo se conserva en buenas condiciones y si las lesiones laríngeas no son muy vastas, debe hacerse el tratamiento quirúrgico; dentro este mismo estado general si las lesiones laríngeas son extendidas, pero de marcha tórpida y con tejidos de aspecto anémico, Mermod dice que: «las tentativas por más audaces que sean son justificadas y que debe pretenderse sino una completa curación, por lo menos una mejoría muy acentuada».

En las formas difusas de la laringitis bacilosa, aun cuando no hayan llegado a un período úlcero-edematoso avanzado, las intervenciones son de un éxito muy dudoso, salvo que las lesiones sean muy tórpidas, siendo así confiar en el resultado.

En estas mismas lesiones difusas, el pronóstico varía completamente cuando la epiglotis está afectada, al punto que el tratamiento presenta grandes dificultades; a esta forma de laringitis Barwell las llama masivas.

Cuando las lesiones laríngeas han llegado al período de necrosis, ya no existe indicación quirúrgica; el momento oportuno ya pasó; sin llegar a este período, cuando las lesiones úlcero-edematosas son avanzadas, es preferible no intervenir, sin embargo, en este caso las opiniones están divididas.

De lo anteriormente expuesto se deduce que, para obtener éxito con el tratamiento quirúrgico, hay que precisar bien las indicaciones que corresponden a cada caso, la no observación de esta conducta trae aparejado el fracaso y como consecuencia el descrédito del tratamiento.

Una vez obtenido el resultado, debemos tenerlo en cuenta no sólo en el momento, como término de tratamiento, sino en lo que respecta a duración, pues pueden aparecer recidivas, morir el enfermo por su pulmón, curar a la vez su laringe y sus otros órganos atacados por la tuberculosis.

Resumiendo, nosotros tenemos en cuenta al tratar un enfermo de su estado pulmonar y laríngeo para poder apreciar el resultado que podemos obtener, si está indicado el tratarlo activamente, o si, por el contrario, existe la indicación de no intervenir.

Podemos clasificar a los enfermos en tres grupos, según sea el grado de extensión de sus lesiones y su estado general :

Primer grupo — Enfermos cuya afección pulmonar está en el período de comienzo, que no tiene tendencia a evolucionar rápidamente y que su estado general es bueno.

Segundo grupo — Enfermos que presentan lesiones avanzadas, con temperatura no muy elevada ó sin ella, su estado general precario, sin haber alcanzado a un estado caquético franco.

Tercer grupo — Comprende a aquellos enfermos que por la extensión que han adquirido sus lesiones, por su caquexia avanzada, por tener fiebre éctica, son casos desesperados.

Clasificados en esta forma podemos, en pocas palabras, indicar la oportunidad o no de intervenirlos con un rigorismo bastante relativo, por cuanto no siempre podemos encuadrar dentro de esta clasificación a todos los enfermos, pero que tiene su utilidad práctica en cuanto se refiere a conducta a seguir en presencia de estos casos.

En los enfermos del primer grupo existe la indicación de intervenir, el pronóstico es completamente favorable; es bueno recordar que rara vez la laringe está tomada en estos casos. En presencia de un enfermo de los del segundo grupo, es necesario intervenir localmente sin pérdida de tiempo, pues las lesiones progresarán y harán víctima al paciente de horribles sufrimientos. Por lo que se refiere a los clasificados en el tercer grupo, lo que debemos tratar de hacer es de no ser crueles, inhumanos, con ellos, no recurrir a medios enérgicos, salvo que así

lo requieran las asfixia o la disfagia ; además agregaremos que está formalmente contraindicado el tratamiento quirúrgico en los casos de tuberculosis aguda o en un estado muy avanzado de su evolución.

Vemos, pues, que el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea tiene sus límites y dentro de estos límites es que puede dar excelentes resultados ; las intervenciones extremas preconizadas por algunos no pueden ser consideradas como curativas y si, cuando más, como un medio mecánico destinado a vencer ciertas dificultades físicas.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea, comprende operaciones por vía endo-laríngea y por vía exolaríngea.

Las intervenciones endolaríngeas son : el curetaje, la aritenoidectomía, la epiglottectomía y la gálvano-caustía.

Las operaciones exolaríngeas son : la traqueotomía y tirotomía.

Incluiremos nosotros como perteneciente al tratamiento quirúrgico a la gálvano-caustía; aun cuando hay autores que la separan, haciendo de ella el punto de unión entre el tratamiento conservador y el radical o quirúrgico.

Indicaciones de las diversas operaciones

CURETAJE — Heryng, el creador del método quirúrgico en la tuberculosis laríngea, da las siguientes indicaciones para el empleo de « la cureta » :

« En los tumores tuberculosos de la laringe.

« En los infiltrados, bajo la forma de tumor, de la pared posterior de la laringe que puedan delimitarse bien, evolucionando crónicamente y no presentando tendencia a la necrosis rápida.

« En las úlceras crónicas desarrolladas sobre una base infiltrada, con producciones vegetantes en la periferia, que no se prestan a ningún otro modo terapéutico.

« En las afecciones unilaterales de la laringe, cuando la lesión radica en la epiglottis, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales ».

A continuación de éstas, expone los casos en que este tratamiento está contraindicado y que son los siguientes :

« En la tuberculosis muy avanzada, complicada de fiebre éctica y caquexia profunda.

« En la tuberculosis miliar laríngea o faringolaríngea.

« En la caquexia general.

« En la laringo estenosis grave de origen edematoso. La estenosis de esta naturaleza es sobre todo justificable de la traqueotomía, que por lo común es de urgencia.

« En los sujetos pusilánimes, irritables, abatidos, desconfiados que cambian con frecuencia de médico, en los enfermos que su estado general deja mucho que desear y que la afección laríngea deja poca esperanza de curación ».

Por otr aparte, no conviene operar lesiones que no sean bien circunscriptas, puesto que de lo contrario se corre el riesgo de no tratarlas totalmente; es por esta razón que es menester operar los enfermos en el comienzo de la afección.

Con el método de Heryng se obtienen brillantes resultados en los casos de tuberculosis primitiva de la laringe, o bien, cuando la afección pulmonar es incipiente o de marcha tórpida. Si es cierto que no puede esperarse un éxito franco, es decir, la curación de las lesiones, en los casos desesperados, no por eso deja de tener su utilidad; así, por ejemplo, en los casos de disfagia o de obstrucción de la cavidad laríngea por una masa vegetante, con la cureta no conseguiremos nada más que un éxito relativo, sintomático, no evitamos que las lesiones progresen, pero sí evitamos la asfixia y la tortura de la disfagia.

Los enemigos de la cureta, que son casi todos los partidarios del gálvano-cauterio, acusan a esta de no tratar la totalidad de los tejidos enfermos, de exponer la superficie cruenta a la reinfección, ser causante de recidivas y de provocar el estallido de la granulía.

Krieg, citado por Mann, al comparar el curetaje con la gálvano-caustía, dice : que no es de su agrado, el primero de estos procedimientos, porque es un tratamiento brutal que deja in-situ trozos afectados y que suele retirar partes sanas ; por otra parte, dice el autor, la cureta provoca grandes dolores, deja extensas heridas abiertas a infecciones y suele ocurrir que el acto operatorio va acompañado de intensas hemorragias.

Respecto a esta misma operación, Albrecht se expresa así : «el curetaje es infiel, engañoso y peligroso. La cureta en el mejor de los casos deja tejido tuberculoso que puede persistir y evolucionar después de curada la úlcera ».

Por lo que antecede ,vemos que Krieg y Albrecht rechazan en absoluto el curetaje, lo que contrasta con las ideas de Bourak, para quien no hay mejor tratamiento de la laringitis bacilosa que el en cuestión, y no solamente lo cree el mejor, sino que dice, que siempre está perfectamente indicado, pues para él,

no hay contraindicaciones, aun cuando las infiltraciones sean muy extendidas.

Nosotros, dejando de lado todas estas discusiones referentes a superioridad de un método con respecto al otro, somos eclécticos y creemos que la cureta no excluye el gálvano-cauterio, ni éste a aquella, todo lo contrario, creemos más, que se complementan.

Dada la diversidad de opiniones existentes, es muy digno de tenerse en cuenta, y que, por otra parte, llama mucho la atención, el que siendo Heryng y Krause los preconizadores por excelencia del método, no hayan publicado sus estadísticas de tan largos años que practican el curetaje, y que servirían para formar un justo criterio del método y, poder así, uniformar ideas.

ARITENOIDECTOMIA — Esta operación está indicada: en las infiltraciones limitadas a los aritenoides con o sin participación de los repliegues ariglotíticos, sobre todo cuando existen ulceraciones que provocan una disfagia atroz.

EPIGLOTECTOMIA — La resección de la epiglotis tiene sus indicaciones precisas. Se practica la epiglotectomía cuando la epíglotis es el asiento de la tuberculosis, o bien cuando, no estando atacada por

el bacilo de Koch, impide, por estar muy desarrollada, ver el interior de la cavidad laríngea y, por lo tanto, es un obstáculo insalvable para poder tratar las lesiones mórbidas que se encuentran por debajo de ella.

Precisando las indicaciones de la epiglotectomía, tenemos que se resecará la epíglotis :

« Cuando la epíglotis está muy infiltrada o es asiento de la tuberculosis a forma vegetante.

« En los casos que debido a sus infiltraciones o ulceraciones provoca una disfagia intensa.

« Cuando las lesiones que en ella radican son tales que hacen temer por sus posibles complicaciones, aun cuando ño provoquen disfagia.

« En los casos de epíglotis muy desarrollada y que, por esta causa, oculta lesiones que deben ser tratadas ».

Esta intervención que, como se ve, tiene indicaciones precisas, que es de una técnica sencilla y que da siempre, sino resultados óptimos, por lo menos bastante satisfactorios, ha tenido una serie de enemigos tenaces que afirman todo lo contrario ; dicen éstos : que esta operación lejos de suprimir o disminuir la disfagia en los enfermos, por él contrario la exacerba, que sino existía ésta antes de la intervención la hacía aparecer puesto que es, según ellos, su compañera inseparable ; además, agregan, que le-

jos de ser de una técnica sencilla es todo lo contrario, complicadísima, y por fin llegan a las siguientes conclusiones : la epiglotectomía es una operación nociva para el enfermo, que no solamente aumenta la disfagia, sino que una vez extirpada la epiglottis los alimentos pueden penetrar al árbol respiratorio, con todas las consecuencias que representa este accidente.

Gracias a Schmidt y Heryng, que durante largo tiempo lucharon contra esta vieja, cuan errónea creencia y a la publicación de los resultados obtenidos por Lockard, pudo hacerse desaparecer esta opinión tan contraria a la epiglotectomía y hoy vemos, que en presencia de cualquier enfermo que llene las condiciones requeridas por las indicaciones, se la practica sin temor alguno.

GALVANO-CAUSTIA — Las indicaciones de la galvano-caustía en la tuberculosis laríngea son las siguientes :

« El lupus es de todas las formas de la tuberculosis la más beneficiada por este procedimiento ; es, en una palabra, el tratamiento de elección sin lugar a dudas.

« La tuberculosis nodular de las cuerdas vocales.

« La tuberculosis neoplásica simulando al epiteloma. En estos casos después de resecado el tumor, por vía endo o exolaríngea se cauteriza el pedículo.

« Las formas netamente localizadas de la tuberculosis vulgar, bajo forma de vegetaciones o ulceraciones ».

La gálvano-cauterización es tanto más eficaz cuanto la lesión laríngea es más tórpida y más circunscripta, por consiguiente, ineficaz y aún, quizás, nociva cuando la lesión es generalizada.

Por desgracia las contraindicaciones del electrocauterio son más numerosas que las indicaciones. Contraindicaciones :

« La generalización de las lesiones a toda la laringe.

« La disfagia acentuada, puesto que puede la intervención aumentarla e impedir, como consecuencia, la alimentación del paciente.

« La tendencia al espasmo glótico.

« Las lesiones pulmonares avanzadas.

« El estado inflamatorio agudo o sub agudo de la laringe, debido, por lo general, a infecciones sobreagregadas. Hacer en estos casos un tratamiento previo, para combatir estos estados inflamatorios, y una vez pasados éstos, recién entonces cauterizar ».

La gálvano-cauterización de la laringe en la laringitis tuberculosa, es según Mermod, el método de elección, y dice este autor, que él lo ha adoptado y que lo practica casi exclusivamente con el mejor resultado. Imhof, basándose en que, el electrocauterio

empleado en la nariz provoca una intensa reacción seguida de un aumento considerable del cornete tratado, debido al edema, se opone terminantemente al empleo de esta terapéutica en la laringe, con lo que demuestra una carencia absoluta de observaciones al respecto, desde que la gálvano-cauterización hecha con rigurosa técnica, jamás da una reacción semejante y, menos aún, los filamentos fibrinosos que aparecen en la nariz después de cauterizada, si tal cosa sucediera, inmediatamente dejaríamos de lado al método en cuestión puesto que sería impracticable.

Nosotros que tenemos alguna experiencia al respecto hemos podido formarnos un criterio; a nuestro juicio, actualmente, la electro-ignición es el mejor procedimiento a emplear en los casos de tuberculosis laríngea; con ella se obtienen brillantes resultados, siempre que se fijen con precisión las indicaciones, es decir, que se llegue en momento oportuno, que el caso sea susceptible de tal método y que se le practique con la técnica más rigurosa, en estas condiciones está el secreto de los mayores éxitos.

Con lo anteriormente expresado no queremos decir que el curataje sea un método inútil, no, el curataje es un procedimiento más radical, más quirúrgico naturalmente; él destruye todos los focos

mórbidos pero nunca provoca la reacción del gálvano-cauterio, la esclerosis posterior al curetaje no puede compararse a la consecutiva a la electro-ignición; en ésto consiste su superioridad, desde que vamos buscando las esclerosis como término de curación. Además el gálvano-cauterio no trata las lesiones más allá de los límites en que deba tratarse, vale decir, que su manejo es mucho más sencillo, jamás provoca hemorragias que pongan en apuros al cirujano y en peligro la vida del enfermo como el curetaje, y que muchas veces es preciso para cohibirlas recurrir a intervenciones mucho más graves y más difíciles, como es la tirotomía.

Por todas estas razones, el gálvano-cauterio es incomparablemente superior al curetaje, pero el curetaje presta también sus buenos beneficios y los dos métodos se complementan.

TRAQUEOTOMIA — Todo enfermo atacado de laringitis tuberculosa puede presentar de una manera brusca y, por lo tanto, inesperadamente, accidentes disnéicos seguidos de muerte. Estos accidentes pueden sobrevenir en todos los períodos de la enfermedad, pero tienen una predilección acentuada por el segundo y el tercero para hacer su aparición; en estos casos existe un solo y único tratamiento para luchar contra la asfixia y éste es la traqueotomía.

La traqueotomía como tratamiento de la asfixia hace ya largo tiempo que se practica; practicada así de urgencia, esta intervención no tiene rol curativo alguno, es sencillamente un medio paliativo que nos permite, en algo, prolongar la vida de estos enfermos.

Basándose en que uno de los buenos tratamientos de la tuberculosis laríngea es el reposo del órgano enfermo, Bryant, en 1868, propuso practicar la traqueotomía desde el comienzo de la enfermedad, desde el momento que se hiciera el diagnóstico. Más tarde Beverley Robinson y Moritz Schmidt se hicieron partícipes de la misma opinión, y este último autor consiguió obtener entre 15 enfermos tratados por este método, 5 curaciones.

Sin embargo, hoy por hoy, la influencia de la traqueotomía como tratamiento de la laringitis bacilosa, salvo en los casos de asfixia, es muy discutida y diversamente apreciada; hay gran divergencia de opiniones: mientras Schmidt, Beverley, Mackenzie, Seiffert, son sus partidarios, Massei, Lennox Browne, son sus detractores; todos ellos tienen sus observaciones personales, llevan en apoyo de su teoría y de sus conclusiones los resultados prácticos obtenidos en el tratamiento de sus enfermos. En lo que están de acuerdo en un todo, es en que la traqueo-

tomía debe practicarse cuando la asfixia amenaza terminar con la vida del enfermo.

Como tratamiento en sí, como medio curativo de la afección, Lennox Browne lo desaconseja, porque recuerda que en estos enfermos la mucosa es muy irritable y muy propensa a ulcerarse, que los cartílagos de la laringe como los de la tráquea están, sino ya degenerados, listos para degenerarse a la menor complicación, y dice : « que, por lo tanto, se está en las peores condiciones para practicar la intervención ». Además, él cree que la cánula aumenta la disnea y la disfagia. Esto no lo hemos observado en nuestros operados muy por el contrario la disnea ha desaparecido inmediatamente de colocada la cánula y la disfagia ha dejado de martirizar a los enfermos a los pocos días. Guisez tampoco cree que la traqueotomía aumente la disfagia y llega a la siguiente conclusión : « la traqueotomía suprime, en todo caso, los dolores del período terminal y, gracias a ella, la disfagia desaparece casi completamente ». Por otra parte, la aconseja de una manera precoz como tratamiento curativo, cuando el estado general del enfermo es bueno y cuando las lesiones tienen una evolución más bien laríngea ; así puesto el órgano en reposo absoluto dice el autor, no es difícil que se obtenga la curación radical de las lesiones mórbidas.

Percy Kidd agrega a los inconvenientes apuntados por Browne, la angustia de la tos por el solo hecho de la presencia de la cánula; fenómeno que nosotros tampoco hemos observado.

Isambert se opone a la traqueotomía, porque dice que a raíz de ésta, las lesiones pulmonares aceleran su marcha.

Como hemos dicho anteriormente, Bryant practicaba la traqueotomía con un fin curativo, y en realidad ejecutada a tiempo, inmovilizando por consiguiente la laringe, antes de que su estado sea desesperante por el desarrollo de las lesiones, coloca al órgano en reposo, al reparo de las irritaciones interminables de la palabra, de los esputos y del aire; puesto el enfermo en estas condiciones las lesiones retroceden, las infiltraciones disminuyen, la disfagia mejora; ésto lo hemos observado nosotros en enfermos a quienes hemos practicado la intervención de urgencia, y una vez mejorados los hemos podido tratar localmente sin los inconvenientes anotados por Browne, que llega hasta negar que pueda obtenerse una imagen laringoscópica buena.

Lacroix dice, al tratar en su obra del tratamiento de la disnea, que la traqueotomía no sólo calma a ésta, sino que también mejora la laringitis; que puesta la laringe en reposo completo se observa frecuentemente una disminución de los edemas y llega

a la siguiente conclusión : « que esta operación posee una acción paliativa y en cierto grado curativa ».

Pero en éste, como en los demás métodos que comprende el tratamiento quirúrgico, el éxito está comprometido desde el momento en que se instituye, debido a que los enfermos llegan cuando ya es imposible tentar nada que pueda curarlos, debido a la extensión y al grado de sus lesiones pulmonares y a su pésimo estado general.

Moritz Schmidt es el autor que precisa mejor cuándo y en qué casos debe practicarse la traqueotomía ; he aquí sus indicaciones :

« La estenosis laríngea en todos los casos.

Las afecciones graves laríngeas cuando el pulmón está poco lesionado, aun cuando no haya estenosis laríngea.

Cuando las lesiones laríngeas tienen una marcha rápida, antes que aparezca la disnea.

Cuando hay disfagia, si posible fuera intervenir antes que aparezca ».

A las que pueden agregarse como lo hace Collet :

« La tuberculosis laríngea en los niños, dada la dificultad que presentan a las intervenciones endolaríngeas ».

En la tuberculosis laríngea de las embarazadas, según opinión de Küttner.

TIROTOMIA — La tirotomía o laringo-fisura ha sido preconizada como tratamiento ideal y radical de la tuberculosis laríngea, por la sencilla razón de que, una vez abierta la laringe, se tiene un ancho campo para tratar por el método más conveniente e indicado las lesiones bacilares. Grünwald, el más ferviente partidario de esta intervención, la indica en los casos en que las lesiones no pueden tratarse por vía endolaríngea, o bien, en los casos que las lesiones invaden totalmente la laringe, aun cuando existan complicaciones pericóndricas.

La tirotomía ha sido practicada en muchos casos a continuación de errores de diagnóstico; tan es así que la primera vez que se practicó en el año 1870, por una neoplasia, se reconoció el error en la necropsia, que demostró que se trataba de una tuberculosis, este caso fué operado por Billroth. Este no fué, ni ha sido el único y consiste el error en que se ha tomado las tuberculosis a forma de tumor por tumores malignos.

En este método, como en los demás del tratamiento quirúrgico, consiste el éxito en la selección de los casos; de ahí que Hansberg que ha tratado por este procedimiento tres casos escogidos, haya obtenido el más brillante resultado y lo considere el tratamiento de elección.

Barwell, que se ha ocupado mucho de la cuestión y que de las indicaciones y consejos que luego transcribiremos presentó a la Sociedad de Laringología de Londres, el 1º de noviembre de 1907, un enfermo a quien hacía cerca de dos años le había practicado una tirotomía por tuberculosis laríngea, habiendo tratado los focos mórbidos por el raspado seguido de cauterización por el ácido láctico, la laringe curó a los cinco meses y se mantuvo hasta la fecha de la presentación del enfermo.

Además de los autores arriba citados, Grant, Hill, Goris, Kwner, Chavasse, Botey, etc., en estos últimos años, han hecho publicaciones o comunicaciones a Congresos Médicos de los resultados que han obtenido por este método, en verdad muy halagüeños.

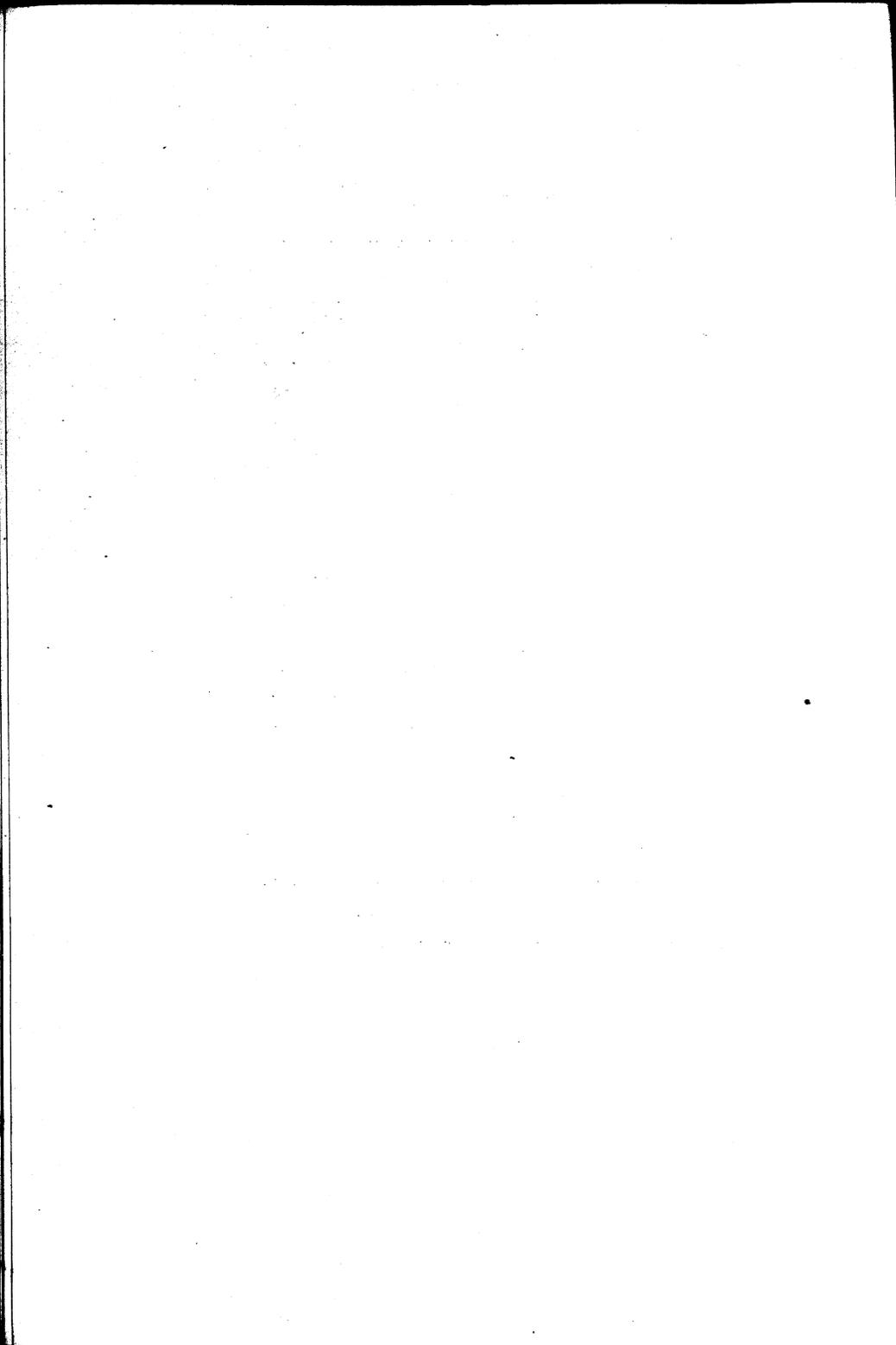
A pesar de todo, es una operación que no se practica a diario por los peligros que encierra, no tanto por lo que respecta a vida del enfermo en sí, sino por las complicaciones que sobrevienen a raíz de la infección de la herida operatoria por los esputos del paciente, aun cuando se haya modificado la técnica operatoria para evitar este grave inconveniente.

Según nuestro juicio, nos inclinamos a pensar que esta intervención puede ser de suma utilidad en los casos de laringitis tuberculosa primitiva, o en los casos en que las lesiones pulmonares están re-

cién en comienzo. Para Grünwald, la indicación depende del estado pulmonar : si éste es avanzado, es decir, extendido o hay signos de reblandecimiento, la abstención es de rigor ; lo mismo ocurre si no se está seguro de poder tratar de un modo radical las lesiones laringéas, además hay que tener presente el estado general del enfermo, elemento nada despreciable por cierto, por cuanto es necesario saber, mas, hay que tener la seguridad de que el paciente responderá en debida forma al tratamiento. Llenadas estas exigencias, los enfermos que se someterán a la intervención son los que presentan lesiones vegetantes, estenosantes o que presentan lesiones de pericondritis.

Por desgracia no tenemos en el momento actual una estadística de casos tratados por la laringo-fisura, para poder tener un concepto claro y acabado del método.

De las indicaciones de la laringuectomía en la tuberculosis laríngea no hablaremos, porque en general la rechazan todos los especialistas.



CAPITULO III

TÉCNICAS DE LAS DIVERSAS INTERVEN- CIONES. — ACCIDENTES Y CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Hemos visto en el capítulo anterior que el tratamiento quirúrgico comprende operaciones por vía endolaríngea y por vía exolaríngea. Dijimos que las operaciones endolaríngeas eran : el curetaje, la aritenoidectomía, la epiglotectomía y la gálvano-caustía ; que las exolaríngeas eran : la traqueotomía y la tirotomía ; en este capítulo describiremos la técnica de cada una de ellas en el orden enunciado :

Operaciones endolaríngeas

Hasta hace muy poco tiempo todas las intervenciones endolaríngeas se practicaban bajo el control riguroso del laringoscopio, hoy día ya no es

así ,pues tenemos en el aparato de laringoscopia a cabeza suspendida de Killian un precioso auxiliar que ha venido a revolucionar por completo la antigua técnica. Tan es así, que en este nuevo método no se necesita el laringoscopio, pues basta solamente el espejo frontal para iluminar la región, con esta otra enorme ventaja que el cirujano no tiene una de sus manos ocupada con el espejito y que suele serle de mucha utilidad yendo en ayuda de la que interviene. Por otra parte ,con este procedimiento no hay repliegue de la laringe que pase desapercibido para el ojo del observador, tal es la amplitud de la vía de acceso que da el nuevo método ; a pesar de las opiniones en contra, no es cierto que este método sea una tortura para los enfermos, porque nosotros que lo manejamos casi a diario no hemos tenido quejas por parte de los pacientes, únicamente acusan molestias que nunca han llegado a ser intolerables. Como razón fundamental para demostrar tal aseveración, es la que tenemos enfermos a quienes hemos suspendido hasta cinco veces sin haberles oído, nunca, una palabra de protesta.

La anestesia que, por lo general, se acostumbra a hacer y que recomiendan, por otra parte, los autores en estas intervenciones, es la local con cocaína. Se ha venido ensayando la cocaína en diversas soluciones acuosas o alcohólicas, así por ejemplo, en so-

lución alcohólica se ha llegado a usarla al 25 por ciento ; pero ,a pesar del título de la solución no siempre da una anestesia completa, por lo general, la zona tusígena escapa a su acción y es necesario recurrir nuevamente a ella, lo que representa un inconveniente digno de tenerse en cuenta. Por esta razón, y para poder evitar posibles accidentes tóxicos por el alcaloide, algunos autores unen a la cocaína como anestésico local la morfina en inyecciones sub-cutáneas.

Algunos autores practican la anestesia general, para poder practicar esta clase de operaciones ; nosotros usamos la anestesia clorofórmica únicamente en los niños, por debajo de 15 años.

La anestesia que acostumbramos hacer en la clínica del profesor Obejero, en las intervenciones a que sometemos a los tuberculosos de la laringe usando el aparato de suspensión de Killian, es la morfina escopolamina en inyecciones sub-cutáneas ; hasta el presente no hemos tenido ningún accidente, por el contrario, siempre nos ha dado el mejor resultado. Las dosis que por lo general usamos, son de : escopolamina 0.0006 grs. morfina 0.02 grs. Se recomienda que la solución sea recientemente preparada. Estas cantidades las inyectamos en dos veces : la mitad unas dos horas antes de operar y la otra una hora antes. Esta anestesia la empleamos en

los mayores de 15 años, por debajo de esta edad empleamos la anestesia local, con una solución de cocaína al 20 por ciento y adrenalina, o la general si el caso lo requiere.

La morfina-escopolamina da una anestesia suficiente como para maniobrar con toda libertad dentro de la cavidad laríngea; los enfermos una vez operados quedan tranquilos y duermen por espacio de unas horas.

CURETAJE — Al practicar el curetaje, el fin que se propone el cirujano es el de convertir una úlcera tuberculosa en una úlcera simple, quirúrgica. De esto se deduce que no es suficiente hacer un raspado de la úlcera en sus justos límites, no, es necesario ir más allá en plena porción infiltrada y hacer su ablación y una vez convertido, el todo, en una úlcera simple, tratarla como tal.

Ahora bien, las ulceraciones y las infiltraciones pueden tener distintas localizaciones, y de ahí que exijan el uso de ciertos y determinados instrumentos; por esta razón vamos a analizar el empleo de cada uno de ellos y al mismo tiempo haremos su descripción.

La cureta cortante simple, ideada y descrita en 1885 por Meyerson, ha sufrido una serie de modificaciones. Tal como se describe la cureta primi-

tiva, no era otra cosa que una cucharita hemisférica cortante; más tarde Krause le modificó la forma, haciéndola alargada y a continuación, casi inmediatamente, Heryng vuelve a modificarla.

La cureta cortante de Heryng, es alargada, con su borde cortante implantado oblicuamente, su mango es sólido de manera de poder permitir al operador hacer fuerza cuando le exigen la induración de los tejidos. Se emplea generalmente en las infiltraciones y ulceraciones del segmento posterior de la laringe, en los granulomas y en todos los casos que los tejidos presenten un cierto grado de resistencia a la vez que puedan servir de punto de apoyo. Presta sus buenos servicios en casos de edema agudo del segmento posterior de la laringe, porque permite excindir porciones de mucosa; pero tiene un grave inconveniente, y éste es, que por lo general trae el curetaje, en estos casos, como consecuencia una hemorragia de regular abundancia. La herida operatoria cura en pocos días.

La doble cureta de Krause tiene la ventaja de que sus dos cucharas pueden colocarse en el sentido lateral o ántero-posterior; pero para esta ventaja, tiene una serie de inconvenientes: no puede usarse en todas las regiones, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales le son inaccesibles; es rígida y no

permite cambios de orientación en su curvatura, lo que impide poder trabajar en cualquier posición.

En razón de estos inconvenientes, de orientación diremos, Heryng modificó la cureta de Krause de tal manera que pudiera operarse en cualquier posición. La cureta de Heryng está constituida igualmente por dos cucharas, dispuestas de modo que puedan colocarse según las necesidades del caso; la más grande hace el oficio de palanca, y debe responder siempre al sitio donde la infiltración es mayor, sus bordes son bien cortantes y con ella se puede cortar el tejido cartilaginoso con toda facilidad. Se adapta perfectamente al mango de Krause.

Heryng, al operar, aconseja introducir la cureta cerrada en la laringe y, recién, abrirla cuando se está en la región operatoria, que la abertura no sea mayor de 8 a 10 milímetros. Una vez sobre la región abrir y cerrar la cureta; la parte excindida viene en el hueco de las cucharas al ser retirada.

La doble cureta de Landgraf se emplea: en las infiltraciones tuberculosas, para destruir las membranas que unen las cuerdas vocales y, muy especialmente, en las infiltraciones que ocupan las bandas ventriculares, constituida por dos cucharas orientadas en el sentido vertical, que tienen las mismas características que las de la anterior, y que como con ésta la superficie de sección practicada es lisa, por

lo tanto, no expuesta a hemorragias secundarias y a tender a una mala cicatrización, por otra parte no provocan tanta disfagia.

Para emplearla en el ventrículo de Morgagni, es necesario primero practicar el cateterismo de éste y luego introducir la cureta, hay que tener especial cuidado en respetar la cuerda vocal; trabajando con la laringoscopia a cabeza suspendida se opera con toda comodidad, pues se opera bajo el control riguroso de la vista del cirujano.

La doble cureta es, por lo general, el instrumento que más se emplea, y es por esta razón que debemos dar algunas reglas prácticas para su uso, de acuerdo con las enseñanzas de Heryng. Recordemos que las dos cucharas de la cureta no son iguales, una es más grande que la otra; pues bien, en todas las intervenciones que se practican siempre la cuchara más grande corresponde a la superficie interna de la laringe y así se evita, dentro de lo posible, la hemorragia. Si se trata de curetear la epiglotis, se comenzará en la línea media, continuando progresivamente hacia los bordes. Cuando se interviene en la parte posterior de la laringe se cuidará de no herir el esófago; en estos casos está más indicado el uso de la cureta cortante. Si las infiltraciones radican sobre los ligamentos ariteno-epiglóticos, se comenzará a trabajar con la cureta por el lado izquierdo,

tratando siempre de detenerse a 1 centímetro, más o menos, de los bordes de la epiglotis para evitar que ésta pierda sus medios de fijación. La aplicación de la cureta en los ventrículos de Morgagni es de una técnica más delicada, pues necesita el cateterismo previo de ellas, y si éste fuera imposible o insuficiente, se hará una incisión sobre la pared superior del ventrículo para poder dar paso a la cureta; por lo general, la que se utiliza es la de Landgraff; según Collet, no es recomendable en estos casos la cureta y él aconseja el uso de la ignipuntura.

ARITENOIDECTOMIA — Cuando la infiltración es completamente localizada a los aritenoides, o cuando la ulceración de esta región es acompañada de gran disfagia se aconseja hacer la aritenoidectomía.

Consiste la aritenoidectomía en resecar por medio de la pinza de Gouguenheim, u otra semejante, la región aritenoidea. La pinza de Gouguenheim es una pinza saca-bocados, que tiene una fuerza suficiente razón por la cual la hemorragia es nula, ventajas éstas que le dan la preferencia sobre las similares.

EPIGLOTECTOMIA — La epiglotectomía, como su nombre lo indica, es la operación que tiene por objeto la resección de la epiglotis.

La resección de la epiglotis puede hacerse por medio del ansa galvánica, de la pinza saca-bocados o por la guillotina.

La técnica a seguir cuando se opera con la ansa galvánica es la siguiente : una vez hecha la anestesia del enfermo, introducir en la cavidad faríngea una ansa galvánica, cuya forma y tamaño correspondan a la epiglotis a tratar, previamente es muy conveniente haber hecho pasar la corriente para ensayar el ansa y darle maleabilidad a los hilos ; una vez hecho ésto, se calza al ansa sobre la epiglotis, tratando que los tubos conductores vengan a quedar sobre uno de los bordes de la epiglotis, se cierra, recién entonces, fuertemente de modo que la sección comienza en frío y por último se hace pasar la corriente ; procediendo de este modo en un instante quedará la epiglotis completamente libre de su implantación normal.

La resección de la epiglotis por medio de pinzas saca-bocados puede practicarse con las curetas cortantes comunes, o bien con la pinza ideada por Gougenheim para la aritenoidectomía. Barwell ha hecho construir últimamente una pinza cortante, que lleva su nombre que tiene una serie de ventajas sobre las anteriores, es de un tamaño mayor, además su rama macho es anterior, lo que permite su insinuación con toda facilidad en el surco glosa-epigló-

tico. La operación consiste en el « morcellement », que puede hacerse en una o varias sesiones.

La epiglottectomía por este método tiene un inconveniente grave, sea que se practique en un tiempo o en varios, y éste es que se corte del lado de la cara lingual un vaso que inunda inmediatamente el campo operatorio e impide ver bien. Esta es la razón por la cual se prefiere hacer siempre con ansa galvánica esta operación.

Puede practicarse la epiglottectomía por medio de la guillotina, que es otro de los procedimientos clásicos. La guillotina es un instrumento muy semejante al amigdalótomo de Fanestock.

La operación consiste en abrazar con el anillo del instrumento la epiglotis y una vez abrazada ésta, es seccionarla de un solo golpe. La hemorragia consecutiva al acto operatorio, es más abundante que la que se obtiene cuando se opera con pinzas cortantes. Razón poderosísima para que este procedimiento haya caído en desuso.

GALVANO-CAUSTIA — La gálvano-caustia es el método que predomina en la actualidad en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea.

Mermod fué el que después de prolijos estudios al respecto, nos dió la técnica de esta intervención endolaríngea; técnica que después se ha ido modi-

ficando en parte, pero que siempre y a pesar de estas variantes, lo fundamental en la operación es lo mismo. Voltolini fué el primero que usó el gálvano-cauterio en la laringitis bacilosa, pero sus resultados no han podido dejar enseñanzas posteriores, por cuanto en la forma que él la practicaba dejaba mucho que desear debido a la falta de perfección en las fuentes de electricidad, y sólo sirvieron como precedentes.

La cauterización de la laringe por medio del electrocauterio puede hacerse por medio del ansa galvánica o del cauterio. La longitud de los cauterios laríngeos es de más o menos 12 centímetros y presentan las curvaturas propias a los instrumentos que se utilizan en este órgano; los hay de las más variadas formas: lanceolares, puntiformes, en omega, etcétera, etc.; todos ellos son perfectamente maleables, de tal manera que el cirujano puede darles las formas más caprichosas de acuerdo con la región a intervenir. Las ansas galvánicas constan de dos partes: los tubos conductores por donde pasan los hilos del ansa, y de un mango especial que está provisto de unos anillos que permiten hacer correr los hilos de ésta, y que además tiene un botón que permite interrumpir la corriente.

La técnica a seguir en esta intervención es la siguiente: teniendo el cauterio por su mango, en la

misma forma que se toma una lapicera, introducirlo frío en la laringe hasta ponerlo en contacto con la superficie a cauterizar, aplicarlo sobre ésta con cierta presión y dejar pasar, recién entonces, la corriente. La profundidad a dar a la cauterización y el espesor de la escara están en relación directa con el tiempo que ha quedado en contacto la hoja incandescente con los tejidos. Teniendo en cuenta este dato, retirar el cauterio cuando se cree que es suficiente la cauterización, pero retirarlo incandescente aún, pues de lo contrario arrastraríase la escara junto con el cauterio; es muy conveniente, por otra parte, que al retirarlo se haga con suavidad, facilitando su salida con un suave movimiento de va y ven, a semejanza del de una sierra. Es en un todo muy práctico graduar la corriente antes de intervenir, de modo que el cauterio incandescente llegue al rojo blanco.

La intensidad de la corriente tiene su importancia; Mermod emplea el cauterio al rojo blanco. Krieg prefiere el rojo sombra. Nosotros siempre hemos seguido los consejos del primero con el mejor resultado.

Respecto a los cauterios, a modo de usarlos según el sitio y la localización de las lesiones, Escat da una serie de indicaciones muy útiles que transcribiremos; el cauterio terminado en punta es des-

tinado a la ignipuntura de las infiltraciones de los aritenoides, de la epiglotis y de las bandas ventriculares; el cauterio en botón sirve, ya sea para cauterizar a plano sobre la cara interna de las bandas ventriculares, o bien para igualar el borde libre más o menos granuloso e irregular de las cuerdas vocales; además, se utiliza para hacer escarificaciones lineales en la comisura anterior, sobre el espacio inter-aritenoideo y sobre las dos caras de la epiglotis. Sobre los aritenoides, dice el autor, hacer punciones de uno a uno y medio centímetro de profundidad, sobre la cara lingual de la epiglotis hacer punciones perforantes; sobre las bandas ventriculares punciones oblicuas, dirigidas de arriba a abajo y de adentro hacia afuera.

El punto esencial del método consiste en cauterizar profundamente sin temor, no cauterizar para quemar, no, cauterizar para destruir. El temor de la reacción post-operatoria no debe tenerla el cirujano cuando ha obrado en esta forma, porque por lo general aparece, ésta, cuando la cauterización ha sido superficial.

La ignipuntura profunda con el gálvano-cauterio ha sido introducida por Grünwald. El procedimiento ideado por este autor consiste en introducir la punta al rojo blanco en la profundidad de los tejidos infiltrados y dejarla así durante 8 o 10 segundos. Des-

truye, en esta forma, los tejidos tuberculosos profundos y hace desaparecer las infiltraciones.

Por el contrario, Hutter no recomienda la gálvano-cauterización profunda; aconseja, sobre todo, la cauterización en superficie cuando se trata de destruir tejido infiltrado; vale más, dice el autor, hacer muchas aplicaciones sucesivas en una misma sesión que una sola y larga. Además, agrega, que el cauterio al contacto de los tejidos se enfría y se reviste de una envoltura de tejido cauterizado que impide su acción sobre las partes profundas.

El ansa galvánica, por lo general, se emplea en la resección de la epiglotis, y como ya la hemos descrito y dado su técnica al hablar de la epiglotectomía, daremos aquí una serie de indicaciones fundamentalmente prácticas para el uso del ansa. La forma a dar al ansa debe guardar estricta relación con la epiglotis; no seccionar al rojo blanco, porque en esta forma no se hace la hemostasia de los tejidos; después de practicada una sección con el ansa galvánica, si ésta ha sido hecha con rigurosa técnica, en los pedículos no debe aparecer sangre. Conviene tener presente, un posible accidente que puede presentarse mientras se está practicando una sesión con el ansa, y ésta es la interrupción de la corriente por cualquier causa: una vez la corriente interrumpida, los hilos no corren fácilmente y de consiguiente no

pueden ajustarse para poder seccionar los tejidos completamente, en estos casos para poder salir de tan crítica situación se recomienda tratar en lo posible de seccionar en frío o bien romper los hilos del ansa.

Accidentes en las intervenciones endolaríngicas

Los accidentes que pueden sobrevenir en el transcurso de las operaciones endolaríngicas más importantes, por los peligros que encierran en sí, son : las hemorragias y la sofocación.

No nos ocuparemos aquí de las hemorragias debidas a causas discrásicas o a estados patológicos determinados, por cuanto éstas tienen su origen lógico, por decir así, en tales estados y son más bien una consecuencia de la intervención que no un accidente.

Las hemorragias pueden presentarse durante o después de la intervención, y ser en napa, venosa o arterial. Por esta razón, es siempre conveniente dejar al enfermo por espacio de unas horas, después de operado, bajo la vigilancia del cirujano. Cuando se presenta una hemorragia en napa se deberá hacer, después de un aprotija limpieza de la región con el objeto de ver bien, una compresión con tapones

de gasa o algodón impregnado con una solución de codrenina o con agua oxigenada a la que se agrega unas gotas de adrenalina; generalmente con esta compresión se cohibe la hemorragia, pero existen casos en que no es así, porque es un pequeño vaso arterial o venoso que está abierto y que continúa dando sangre, en estos casos conviene recurrir al gálvano-cauterio llevado al rojo sombra, que es en la forma en que actúa como hemostático. Tratándose de un enfermo traqueotomizado, no teniendo los elementos para seguir estos procedimientos, y habiendo sido llamados de urgencia, recurriremos al doble taponamiento.

Las hemorragias que hemos tenido en nuestros operados nunca han sido temibles, y siempre nos ha dado resultado la compresión, en la forma que hemos indicado más arriba, o el gálvano-cauterio.

La sofocación es otra de las complicaciones temibles, que se debe tener en cuenta cuando se opera por vía endolaríngea, máxime cuando el enfermo tiene infiltraciones en su glotis. Si la crisis sofocante pone en peligro la vida del enfermo, el único recurso que se tiene es el de practicar la traqueotomía de urgencia, siguiendo la técnica que más tarde describiremos. Cuando en presencia de un enfermo, que dadas las condiciones de su laringe, corramos el riesgo de tener que traqueotomizarlo durante o después

de la intervención, vale más hacer la traqueotomía con toda comodidad como tiempo preliminar.

Cuidados post-operatorios en las intervenciones endolaringeas

Después de operado el enfermo, sea cual fuere, la intervención practicada, le hacemos, en el Servicio de oto-rino-laringología del Hospital Nacional de Clínicas, guardar cama por tres o cuatro días y exigimos al paciente el reposo absoluto de su aparato de fonación. Prohibimos terminantemente el uso del tabaco, del alcohol y en general de todo lo que pueda ser fuente de irritación para su laringe; aconsejamos evitar toda transición de temperatura, fría o caliente, húmeda o seca, debe estar el enfermo al reparo de estos cambios de ambiente para no comprometer el éxito de la intervención.

No habiendo indicación especial no empleamos antisépticos bajo ninguna forma, porque con su uso lo único que se consigue es irritar la región. Si la herida es muy dolorosa conviene hacer insuflaciones de ortoformo y si el dolor llegara a ser intolerable, se recurrirá a la morfina. En nuestros operados, jamás hemos tenido que recurrir a estos extremos.

La alimentación debe ser líquida por espacio de algunos días, hasta desaparición de la disfagia provocada por el acto operatorio, y el día de la intervención además de líquida aconsejamos sea fría.

Operaciones exolaringeas

TRAQUEOTOMIA — Se denomina así a la operación que tiene por objeto la abertura de la pared anterior del canal laringo-traqueal y de la colocación inmediata de una cánula especial de metal en dicha abertura, destinada a asegurar el pasaje del aire hacia el árbol respiratorio cuando existe un obstáculo en la laringe o en la parte superior de la tráquea.

La traqueotomía es, por lo general, una operación de urgencia requerida por el estado de asfixia del enfermo, otras veces no es nada más que una intervención preliminar, cuando se va a practicar una laringuectomía por ejemplo.

La técnica de la traqueotomía, ya sea que se practique en un caso de urgencia por obstrucción laríngea, o bien como operación preliminar es sensiblemente igual.

El instrumental necesario es el siguiente : un bisturí, pinzas hemostáticas, dos pequeños separadores,

un dilatador, cánulas, tijera y sonda acanalada. El bisturí abotonado no creo sea indispensable, pues el dedo índice del cirujano colocado sobre la lámina cortante desempeña las funciones de éste, impidiendo su introducción en la tráquea más allá de lo necesario.

Las cánulas que se emplean ordinariamente son dobles y se componen de una cánula externa y de otra interna, encajándose esta última dentro de la primera; la externa tiene en uno de sus extremos una plaqueta del mismo metal, que se exterioriza una vez introducida en la tráquea, y que está provista de cada lado de un pequeño ojal con el objeto de poderlo asegurar por medio de cintas al cuello del enfermo; además, ésta tiene un pequeño eje giratorio para asegurar la cánula interna, de modo que no pueda deslizarse con los esfuerzos de tos, los movimientos de deglución, etc. La otra extremidad está tallada en pico de flauta, de manera de facilitar su entrada en la herida operatoria, a expensas del lado cóncavo de su arco. Sin embargo, hay cánulas que no están provistas de esta punta especial y que se colocan con toda facilidad, gracias a una cánula mandrín que las acompaña (cánulas de Krishaber, que son las que usamos en el servicio). La cánula interna tiene en uno de sus extremos una placa, mucho más

reducida en sus dimensiones, que corresponde al eje giratorio de la externa.

Existen varios tamaños de cánulas para traqueotomía, que se usan según la edad del enfermo y que corresponden, más o menos, al calibre de la tráquea, supuesto para la misma edad. Generalmente cuando se prepara el instrumental para la intervención se acostumbra a separar, por lo menos, dos números, uno el más grande que se piensa introducir y el otro que corresponda al inmediato inferior; con esta pequeña precaución se evitan serios contratiempos, porque no todas las tráqueas, a una misma edad, tienen un mismo calibre.

Damos aquí una tabla de graduación de cánulas que corresponde, aproximadamente, a la edad del enfermo:

Por debajo de 15 meses	Núms.	000,00
Hasta 2 años	»	0
De 2 a 4 años	»	1
De 3 1/2 a 6 años	»	2
Hasta 8 años	»	3
Adolescentes	»	4
Adultos	»	5

OPERACION — Se coloca al enfermo sobre una mesa alta, preferible angosta, desprovisto de sus ro-

pas y envuelto en una frazada; detalle éste de mucha importancia, porque con frecuencia el cirujano se ve obligado a practicar la respiración artificial. La colocación de la mesa, si se opera de día, debe hacerse de tal modo que la luz caiga sobre el cuello del enfermo, que venga de la izquierda y de los pies de éste hacia la cabeza; con una lámpara portátil, si es de noche, no hay necesidad de preocuparse de la orientación de la mesa que siempre se tiene debajo de una buena fuente de iluminación.

La antisepsia del campo operatorio es la común; en cuanto a anestesia, siempre que se ha practicado en el servicio del profesor Obajero la traqueotomía, se ha usado la anestesia local con novocaina al 1 por ciento, con el mejor resultado. En casos de urgencia hemos hecho traqueotomías sin anestesia sin ningún inconveniente, puesto que los enfermos en inminencia de asfixia son casi insensibles.

El cirujano se coloca a la derecha del enfermo, los instrumentos deben estar al alcance de sus manos y en perfecto orden, preparadas las cánulas con sus cintas correspondientes y provistas de una gasa perforada en su centro, de tal modo que atravésada por la cánula y una vez colocada ésta queda separada la placa metálica de la herida.

Para poder hacer sobresalir y que forme un relieve neto bajo la piel el conducto laringo-traqueal,

se debe colocar la cabeza del sujeto en extensión, y esto se consigue por medio de una almohadilla colocada debajo del cuello, de modo que los hombros queden en el aire.

Existen varios procedimientos para practicar la traqueotomía, y éstos son los siguientes : la traqueotomía en un tiempo, la rápida en dos tiempos y la lenta. Esto en cuanto se refiere a modo operatorio ; ahora, según la altura del conducto donde se haga la abertura puede ser : crico-traqueotomía, laringotomía inetr-crico-tiroidea, traqueotomía superior o inferior. Como todos estos procedimientos son variantes de la traqueotomía superior lenta, vamos a describir la técnica de ésta para después dar rápidamente las características de las otras operaciones, y de este modo en pocas palabras daremos las diferencias de cada una de ellas.

Primer tiempo — Investigación de los puntos de repere y fijación de la laringe — Dispuesto todo como ya se ha indicado anteriormente, el cirujano trata de determinar la posición exacta del cartílago cricoides ; para esto recorre con su índice izquierdo desde la horquilla esternal hasta el hueso hioides y vice-versa, todo el conducto larnigo-traqueal y se da cuenta por los relieves que forman los diferentes cartílagos de la situación precisa del cricoides. Una vez

reconocido éste, el índice queda sobre él sin desplazar la piel, además con el medio y el pulgar apoyados sobre los costados mantiene todo el armazón cartilaginoso sólidamente, evitando todo movimiento de lateralidad. Dato de suma importancia y que no debe olvidarse : la mano izquierda en todo el transcurso de la operación debe dejarse en esta doble función de fijación y de reparo.

Segundo tiempo !— Incisión mediana de los tegumentos — A partir del dedo indicador, es decir, inmediatamente del borde inferior del cartilago cricoides, hacer una incisión de 3 a 4 centímetros, según la edad del sujeto y la longitud del cuello. Se repasa si es necesario la incisión.

Tercer tiempo — Separación de los bordes de la herida, con pequeños separadores de Farabeuf — El istmo del cuerpo trioides puede presentarse en la parte inferior de la herida, en este tiempo, si así sucediere se rechaza con otro separador y si por cualquier razón no pudiera hacerse esta maniobra, se secciona dicho órgano entre dos pinzas sin inconveniente alguno.

Cuérto tiempo — El dedo índice izquierdo que en ningún momento ha abandonado la herida, ex-

plora si los cartílagos de la tráquea están desnudos y si la aponeurosis ha sido seccionada bien, de manera a no dejar un ojal que pudiera tomarse como herida de tráquea y llevar al colocar la cánula a una falsa vía. En el caso de que la superficie de la tráquea no se presente, se desnudan las partes blandas pretraqueales con la sonda acanalada. Hemostasia por forcipresura.

Quinto tiempo - Abertura de la tráquea y puesta del tubo - El índice izquierdo cargando el borde inferior del cartílago cricoides lo fija, la punta del bisturí, a partir de la uña, punza la tráquea; el bisturí se introduce en esta forma unos 5 milímetros, que se limitan con el dedo índice derecho colocado sobre la lámina cortante. Una vez punzados los anillos se corta, dando al bisturí un ligero movimiento de sierra, conservando siempre la línea media y teniendo sumo cuidado de no herir la pared posterior; la incisión debe tener la suficiente amplitud para dar pasaje a la cánula, el índice izquierdo insinuándose en los bordes de la herida aprecia la extensión de ésta.

La abertura de la tráquea es ruidosa debida al aire que penetra; para evitar la caída de sangre al árbol respiratorio se ocluye el orificio traqueal con el índice izquierdo, que no debe abandonarlo hasta el momento de colocar la cánula; para colocar ésta,

se la presenta a la herida traqueal con su extremidad dirigida hacia atrás, con su cuerpo a la derecha, perpendicular al conducto laringo-traqueal ; se retira el dedo que ocluye el orificio y se coloca en su reemplazo la punta de la cánula, se le hace girar a ésta un cuarto de círculo a la vez que se la empuja a fondo hacia la tráquea. Cuando la cánula es de mandrín no es indispensable esta maniobra, se la presenta verticalmente a la tráquea y se coloca, reemplazando inmediatamente al mandrín por la cánula interna. En este tiempo pueden ser útiles los dilatadores para facilitar la maniobra de la introducción de la cánula.

Una vez en su sitio la cánula, se hace sentar al enfermo en la mesa y se le anudan las cintas alrededor del cuello. Por delante del orificio de la cánula se coloca una pequeña corbata de gasas, que se mantendrá sempre húmeda.

Otros procedimientos : Traqueotomía rápida en un tiempo — Consiste ésta, en punzar e incidir al mismo tiempo las partes blandas y la tráquea. Los puntos de reparo y la introducción de la cánula son maniobras que en nada se diferencian del anterior procedimiento, y la mayor dificultad consiste en saber hacer la incisión en sus justos límites, tanto en extensión como en profundidad. La práctica da al tacto la sensación especial de estar en la tráquea,

además una vez abierta ésta se oye el ruido característico de la entrada del aire ; hecha la abertura de la tráquea en la extensión deseada, se hace una escapada de bisturí hacia abajo, de manera de obtener una herida superficial un poco más amplia que la profunda.

Traqueotomía rápida en dos tiempos — *Primer tiempo* : Incisión de las partes blandas sin hemostasia. *Segundo tiempo* : Incisión del conducto aéreo. Puntos de reparo e introducción de la cánula iguales a los anteriores.

Según la altura donde se practique la abertura del conducto laringo-traqueal tendremos : la traqueotomía baja o inferior, en este caso se hace la incisión sobre la parte más baja de la tráquea cervical, por debajo del istmo del cuerpo tiroides e inmediatamente por arriba de la horquilla esternal ; la traqueotomía alta o superior, en ésta la incisión se hace sobre los dos primeros anillos de la tráquea ; la crico-traqueotomía, que como su nombre lo indica, consiste en abrir el conducto entre el cricoides y la tráquea a través de la membrana inter-crico-tiroidea, tomando a la vez el primer anillo de la tráquea y el cricoides ; la laringotomía inter-crico-tiroidea consiste en abrir únicamente la membrana de este nombre, se hará sólo en los adultos, porque en los niños el

espacio crico-tiroideo es pequeño para dejar paso a una cánula.

Accidentes de la traqueotomía

Si no se tiene cuidado de fijar en buena posición la laringe, y si no se sigue la línea media en el curso de la intervención, no es difícil perderse y no dar con la tráquea, o bien, dar con ella, pero por una de sus caras laterales, lo que significa un gravísimo error.

Si la incisión que se ha hecho es pequeña, acarreará un obstáculo no despreciable a la introducción de la cánula; se salvará el obstáculo agrangando el orificio de la tráquea. En estos casos suelen prestar su utilidad los dilatadores.

Colocada la cánula en una falsa ruta se dará cuenta inmediatamente el cirujano, porque el enfermo lejos de mejorar irá agravándose, por otra parte, la ausencia del ruido canular es de gran aviso.

La hemorragia que se produce durante la intervención, especialmente en los casos de tuberculosis laríngea, se cohibe desde el momento en que la cánula ocupa la tráquea. Si ésta continuara, se retira

la cánula y se la envuelve con gasas, de manera que al colocarla nuevamente haga las veces de tapón hemostático. Si la sangre es dada por un pequeño vaso, se hará la hemostasia con pñzas.

El accidente más grave que puede presentarse en el curso de la traqueotomía, y que es relativamente frecuente, es el síncope, que puede sobrevenir en cualquier momento de al intervención. El tratamiento de este accidente es el siguiente : si no se ha colocado aún la cánula, en hacer la traqueotomía rápida y si continúa el estado sincopal en practicar la respiración artificial, hacer tracciones rítmicas de la lengua, inyectar cafeina, éter, hacer inhalar oxígeno, etcétera.

Otro de los accidentes que hay que tener presente cuando se hace esta operación, aun cuando no es de la gravedad del anterior, es el enfisema sub-cutáneo. El enfisema puede presentarse una vez hecha la incisión de la tráquea y entonces deja de producirse desde el momento en que la cánula ocupa su sitio ; puede aparecer una vez puesta ésta y entonces se debe a que la cánula es pequeña o a que la incisión es demasiado amplia ; estos inconvenientes se salvan colocando en el orificio traqueal una cánula de calibre mayor.

Cuidados post-operatorios

Una vez llevado el enfermo a su cama es conveniente hacerle respirar en una atmósfera húmeda, para ésto se hace hervir en su aposento un recipiente con agua, a la que se ha agregado unos gramos de tintura de benjuí, de eucaliptus u otra semejante. Debe conservarse siempre la corbata que está por delante de al cánula con un cierto grado de humedad. La cánula interna se sacará cada 2 o 3 horas para limpiarla y hervirla. La curación peritraqueal se debe cambiar por lo menos dos veces al día. La alimentación debe ser líquida hasta que desaparezca la disfagia.

A nuestros traqueotomizados les hacemos guardar cama por espacio de 4 o 5 días, los tenemos en atmósfera húmeda ; pasados éstos se les permite levantar, recomendándoles tengan siempre su corbata con cierto grado de humedad.

Complicaciones post-operatorias

La más temible de las complicaciones que puede sobrevenir una vez hecha la traqueotomía, es la bronco-neumonía. Teniendo muy especialmente en

cuenta esta complicación es que han nacido, por decir así, una serie de indicaciones que deben llenarse en un todo para evitar dentro de lo posible el estallido de la bronco-neumonía; de ahí pues que se lleve al enfermo de la mesa de operaciones a su lecho, hacerle respirar en atmósfera húmeda, que se haga asepsia rigurosa de la herida, profilaxia, teniéndolo alejado de otros pacientes, etc., y si desgraciadamente ésta se presenta, recurrir sin pérdida de tiempo a la terapéutica especial de esta afección.

Debemos citar como complicación, aunque sin mayor importancia, la formación de granulaciones vegetantes alrededor de la herida, y que se tratan por la excisión seguida de cauterización con nitrato de plata.

TIROTOMIA — La tirotomía ó laringo-fisura, como también se le llama, consiste en descubrir la cavidad laríngea por medio de una incisión mediana del cartílago tiroides y de las membranas hio-tiroidea y crico-tiroidea; el fin que se tiene al practicar esta operación es el de obtener una vía de acceso amplia y suficientemente cómoda para maniobras ulteriores intra-laríngeas. Por lo general, es una intervención exenta de peligros, no comprometiéndolo en nada las funciones laríngeas cuando se ha tenido la precaución de respetar las cuerdas vocales.

Esta operación fué ideada por Desault ; más tarde se modificó la orientación de la incisión haciéndola de vertical horizontal a la altura del cartilago tiroides por debajo de las cuerdas vocales, según aconsejaban Gersuny y Billroth, pero esta modificación no ha progresado.

El instrumental necesario para esta intervención es el siguiente : bisturí común, pinzas, pinzas de Kocher, sonda acanalada, separadores, cánulas para tráqueotomía, cánula de Trendelenburg, agujas, material de sutura.

Se acuesta al enfermo en la mesa de operaciones en la posición de Trendelenburg, con el objeto de que la sangre durante el tiempo que dura la intervención no caiga al arbol respiratorio ; el cuello del enfermo descansa, como para la traqueotomía, sobre una almohadilla. El cirujano se coloca a la derecha y el ayudante a la izquierda.

Anestesia general con cloroformo ; si se ha hecho traqueotomía previa se le administra por medio de la cánula de Trendelenburg, de lo contrario se comienza por el método ordinario hasta abrir el conducto aéreo y luego se usa la cánula.

La antiseptia de la región es la común para todas las intervenciones, pero a ésta hay que agregar la desinfección bucal que se ejecuta desde varios

días antes de la operación naturalmente que es bastante relativa, pero conviene hacerla.

OPERACION — Hay un punto de importancia que se presta a discusiones y éste es si conviene o no hacer la traqueotomía previa. Este se resuelve de diferente manera, según los casos ; si las maniobras a efectuarse dentro de la laringe han de llevar muy poco tiempo, si la hemorragia no es temible, puede operarse sin traqueotomía previa, además siempre se tiene el recurso de practicarla en cualquier momento si el caso lo requiere. Von Bruns en una estadística que publicó de 92 laringotomías da 21 sin abrir la tráquea. Pero lo corriente, aún para tranquilidad del cirujano, es hacer la traqueotomía previa.

Primer tiempo -- Incisión sobre la línea media a partir del borde inferior del hueso hioides hasta el borde superior del cartílago cricoides. Incindir todas las partes blandas pre-laríngeas, hacer hemostasia perfecta, separar los músculos (esternohioides y esternotiroideo). Una vez hecho esto, aparece en el campo operatorio el borde anterior del cartílago tiroides ; se denuda este borde teniendo especial cuidado de respetar su pericondrio.

Segundo tiempo — Abertura de la laringe. Se secciona el cartílago tiroides en su línea media con

toda precisión, de este modo se evita el lesionar las cuerdas vocales. Para seccionarlo, se comienza por punzar con el bisturí la membrana crico-tiroidea en su centro, por esta abertura se introduce, de abajo hacia arriba, un bisturí o una tijera y si el cartílago estuviera osificado una cisalla, se corta de abajo a arriba y de adentro hacia afuera, siempre conservando cuidadosamente la línea media y dejando una cuerda vocal de cada lado. Prolongar la incisión sobre la membrana tiroidea. Separar con cuidado y sin hacer gran tracción, los bordes de la herida laríngea, colocar a la altura del cartílago cricoides un tapón de gasas para evitar el paso de la sangre a los pulmones; sin necesidad de este taponamiento, idéntico resultado puede obtenerse dando al enfermo la posición de Rose.

Tercer tiempo — Maniobras intralaringeas. Conveniente es en este tiempo, introducir en la cavidad laríngea un tapón de gasas impregnadas en una solución de cocaína-adrenalina, que sirve a la vez como anestésico y como hemostático.

Las maniobras intralaringeas son variables y dependen de las lesiones mórbidas a tratar: curetaje, gálvano-cauterización, etc.

Cuarto tiempo — Cierre de la herida. Retirado el tapón obturador de la tráquea, se afrontan cui-

dadosamente las dos mitades cartilaginosas y se suturan con catgut o hilo de plata fino, las membranas se suturan con catgut y la piel con crín, es conveniente dejar un drenaje de gasa.

La perfecta coaptación de los bordes cartilaginosos tiene una importancia grandísima para no comprometer la función de fonación, y para evitar la salida de las secreciones que obstaculizarían la reunión inmediata del cartílago.

Curación plana, retirar la cánula en cuanto es posible.

Accidentes de la tirotomía

Análogos a los descritos al hablar de la traqueotomía.

Cuidados post-operatorios

Una vez terminada la intervención llevar al enfermo a su cama y hacerle respirar en una atmósfera húmeda. Diariamente cambiarle la curación; limpieza cuidadosa de su cánula, si es que se le ha dejado, tratar de retirarla desde el segundo día; si no se ha dejado cánula, vigilar con mucha atención al operado por si se presenta el edema de glo-

tis, que puede requerir la traqueotomía de urgencia.

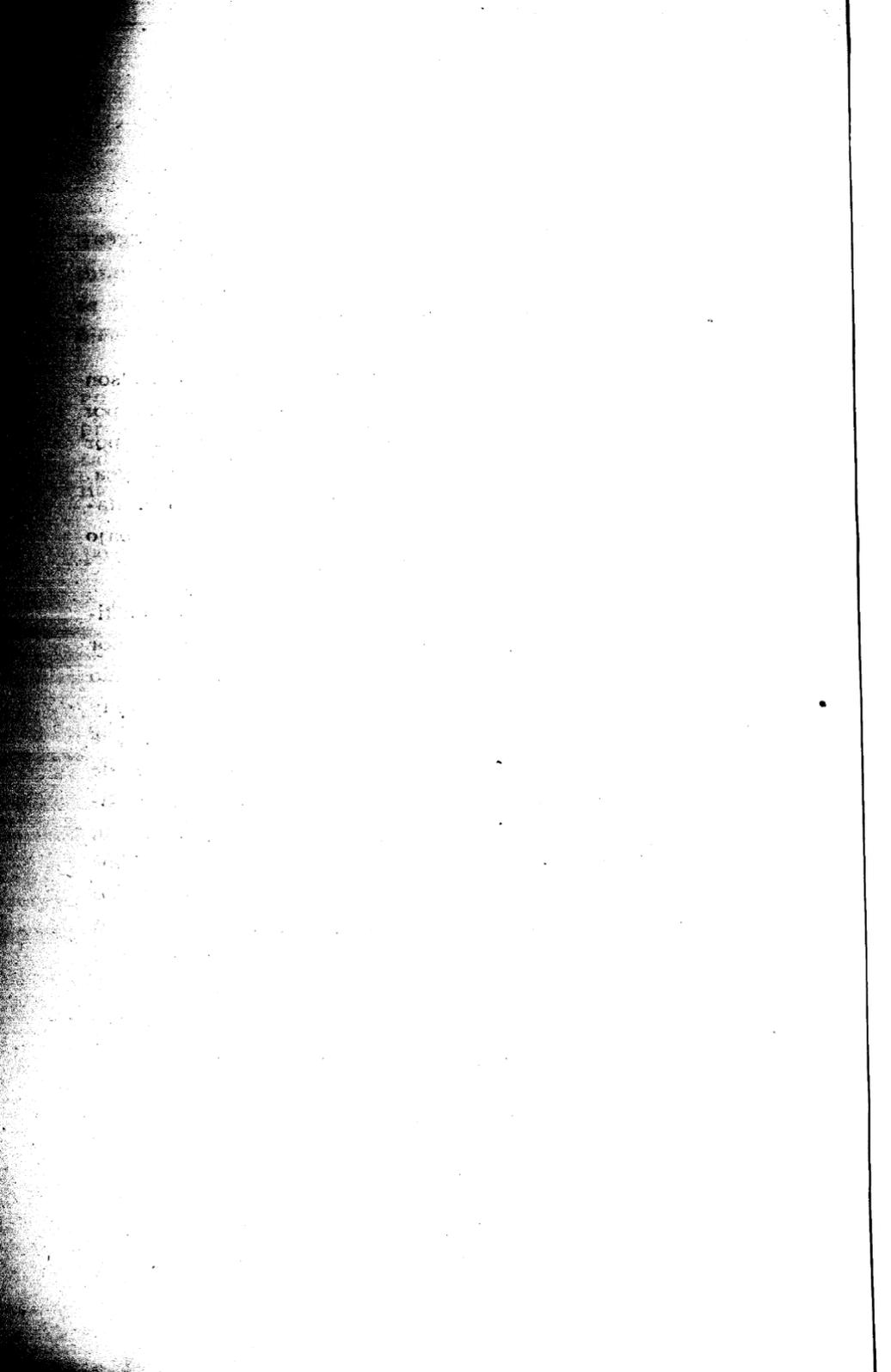
Complicaciones post-operatorias

Las complicaciones propias a la tirotomía, son las siguientes : la dificultad de retirar la cánula por el edema laríngeo, la necesidad de colocarla por igual razón, la pericondritis y la estenosis laríngea.

Cada una de estas complicaciones tiene su tratamiento propio, pero dada la índole de este trabajo no podemos entrar a estudiarlos.

LARINGUECTOMIA — La laringuectomía constituye, sin duda alguna, el procedimiento radical por excelencia, pero y a pesar de esto, la hemos dejado de lado expreso, porque, como lo hace notar muy bien Gouguenheim, no se la puede utilizar salvo que la laringe fuera única y exclusivamente el asiento de la tuberculosis. Aún, así mismo, no es un procedimiento recomendable por cuanto representa en sí, un enorme traumatismo, y sobre todo, que no todos los enfermos están decididos a perder su órgano de fonación, más cuando por otros métodos, si bien no tan radicales, pueden tener óptimos resultados.

En la actualidad no se incluye entre las operaciones que abarca el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea a la laringuectomía.



CONCLUSIONES

La tuberculosis laríngea es una afección curable.

Siendo una enfermedad localizada exige un tratamiento local ; desde que debe considerarse como una afección quirúrgica exige un tratamiento operatorio.

El tratamiento quirúrgico exige como complemento un tratamiento general apropiado y el reposo del órgano enfermo.

Con este tratamiento se beneficia a todos los enfermos ; pocos, muy pocos, son los que curan, la gran mayoría de ellos mejoran.



BIBLIOGRAFIA

- Albrecht* — Zeitsch. Ohrenheilkunde, LXI, 2.
Barthas E. — Tesis, 1907, París.
Barwuell H. — Archiv. inter. de laryngologie, 1907,
XXIII, 357.
Botey R. — Itm., 1906, XXII, 110.
Beberley R. — Revue de laryngologie, 1883.
Bellevue — Le Larynx, 1910, 2.
Benni — Zeitsch. fur Ohrenheilk., LXI, 2.
Beliccionni — Archiv. ed. atti. della Soc. italiana
de chirurgia, XXIV, 19.
Collet F. J. — La tuberculose du larynx, du pha-
rynix et du nez.
Cornil et Ranvier — Histologie Patologique.
Chevassé P. — Archiv. inter. de laryngologie, 1904,
XVIII, 55.
Chevassé P. — Societé Franc. de laryngologie, 1904.
Claqué — Annales des maladies de l'oreille et du
larynx, 1911, 1127.

- Delovel* — Archiv. de laryngologie, 1906, XXII, 647.
- Escat E.* — Technique oto-rhino-laryngologique.
- Escat E.* — Archives médicales de Toulouse, 15 Set. 1906.
- Escat E.* — Archiv. inter. de laryngologie, 1906, XXII, 361 y 997.
- Fieret F.* — Soc. Paris. de laryngologie, 1906, XXII, 14.
- Gouguengheim A. et Tissier P.* — Ptisie laryngéc.
- Grünwald* — Münch. med. Woch., 1903, 25.
- Grabover* — Zeitsch. fur Ohrenheilk, 1910, 14.
- Guisez J.* — Maladies du larynx et du pharynx.
- Grünberg* — Münch. Med. Woch., N° 34.
- Grünwald* — Die Therapie der Kehlkpftuberkulose mit besonderer Beniksichtigung auf den Galvanokaustichen, Tifensteit.
- Gluck* — Berl. lar. Gesellschaft., 16, XI, 906.
- Gregoire* — Tesis, 1884, París.
- Gerber* — Zeitsch. fur Laryng, I, 1909.
- Heryng T.* — La curabilité de la Ptisie du larynx. — Traité de laryngoscopie et du laryngologie.
- Heymann* — Berliner Klin. Gesellschaft, 13, junio de 1888.
- Habermann* — Zeitsch. fur Ohnenheilk, 1895.
- Henrici* — Archiv. fur laryn, 2 octubre 1904, XVIII.

- Horne* — British Med. Assoc., sesión 24, julio de 1905.
- Haberson* — Journal of laryngology, dic. 1905, 630.
- Hutier* — Monatschr. für Ohrenheilk., 1910, 5.
- Holländer* — Therapie der Gegenwart, dic. 1907.
- Hinsberg* — Med. Klinik, 1908, N^o. 16.
- Imhof* — Prager Med. Woch., julio 1913.
- Isambert* — Maladies du larynx.
- Krieg* — Archiv. für Laryng. de Fränkel, XVI y XVII.
- Khaber* — Monatschr. für Ohrenheilkunde, 1913, 1269.
- Lennois* — Précis des maladies du nez, du larynx, etc.
- Lacroix P.* — Précis de laryngologie clinique et thérapeutique.
- Lennox Browne* — Traité des maladies du larynx, du pharynx, etc.
- Lenormant* — Chirurgie de la tête et du cou.
- Luc* — Journal des praticiens, nov. 1907, 576.
— Leçon sur le traitement de la tuberculose laryngée.
- Lockard* — Annals of laryng., dic. 1909.
- Lewistein* — Archiv. für Laryng., XXIII, 2.
- Leutmann* — Annales de laryngologie, XXXVII, 1903.
- Lévy* — Journ. of the American Med. Assoc., 17 mayo 1902.

- Lack* — Société de laryngologie de Londres, 11 abril 1902.
- Meure* — Archiv. Inter. de laryng., 1906, XXI,
Monod et Venverts — Technique opératoire.
1047 y 1911, XXXII, 322.
- Macier* — Archiv. Inter. de laryng., 1910, XXX,
470.
- Menn* — Archiv. Inter. de laryng., 1906, XXI, 413.
- Mermod* — Archiv. Inter. de laryng., 1904, XIX,
404 y 750.
- Moeller* — Zeitsch. fur laryng., I.
- Nevratil* — Archiv. Intern. de laryng., 1911, 103,
XXXII.
- Pertela* — Archiv. Intern. de laryngologie, 1910.
XXX, 48.
- Reinecke L.* — Tesis, 1908, Buenos Aires.
- Rellán J.* — Tesis, 1913, Buenos Aires.
- Reinhold* — Tesis, 1908, Paris.
- Scheier* — Hufllandische Gesellschaft, Berlin 18 junio 1908.
- Schech* — Della tubercolosi laringea e sua cura.
- Seyfert* — Zeitsch. fur laryng, III, 1910.
- Vagni D.* — Tesis, 1908, Buenos Aires.
- Wodd* — Annales de laryngologie, XXXVIII, 2-120.

Buenos Aires, Junio 12 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Pedro Lavavera, al profesor extraordinario doctor Eliseo V. Segura y al profesor suplente doctor Juan de la C. Correa, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Junio 23 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2839 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.



30601



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de la disfagia.

Lacavera.

II

Laringitis prebacilar : importancia de su diagnóstico.

E. V. Segura.

III

Tratamiento de las laringitis tuberculosas en la niñez.

J. de la C. Correa.

