



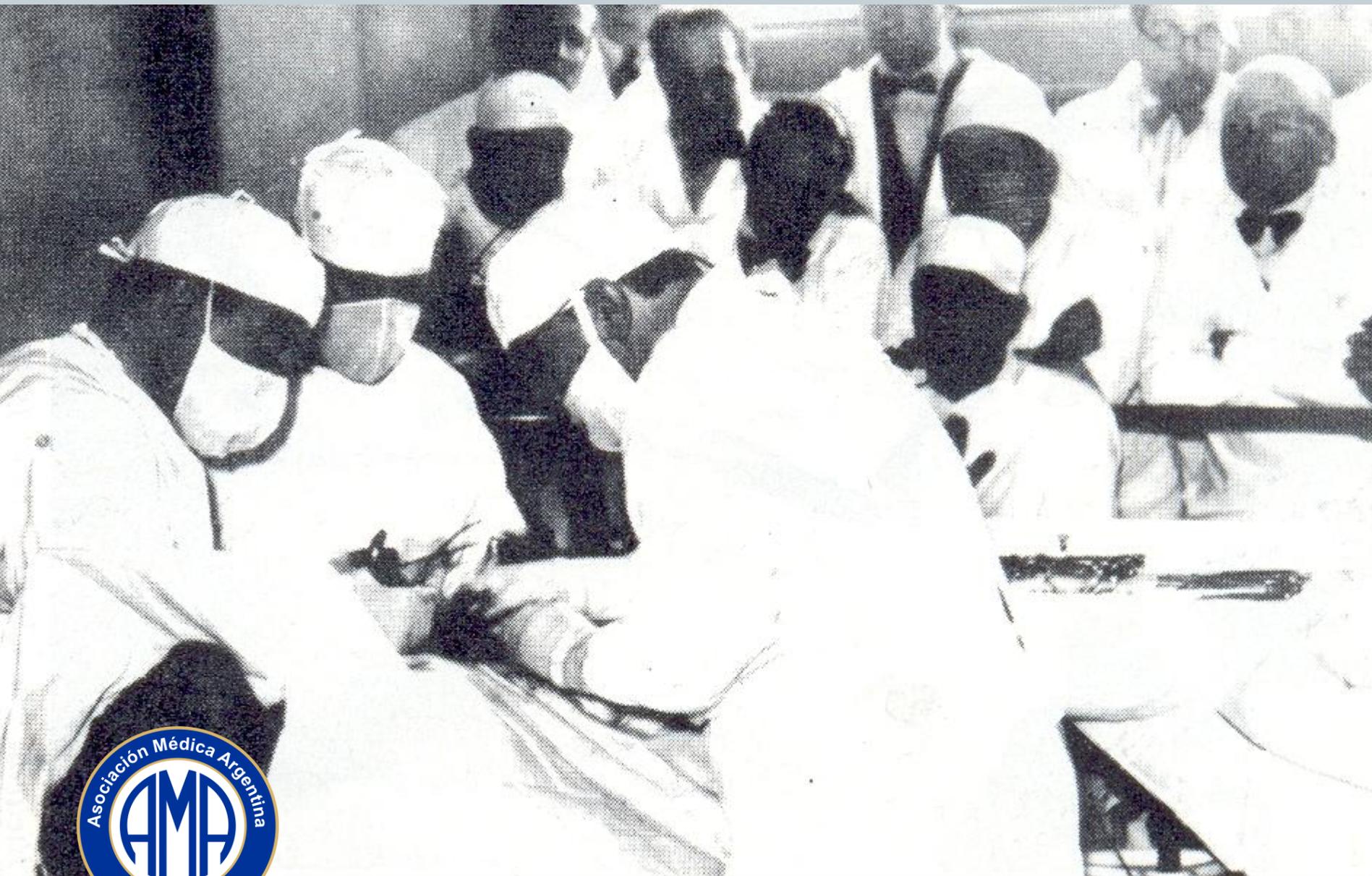
Tesis del Dr Ricardo Finochietto



HOSPITAL RAWSON



ESCUELA QUIRÚRGICA HOSPITAL RAWSON





Ricardo Finochietto (1888-1962) en una pose característica, en compañía de Horacio Resano y Juan Nessi. Proced. Arch. Gral. de la Nación.









DR JOSÉ ALBERTO CERISOLA



de la traqueostomia .Cuande es parcial por medio de dilataciones y
merced a los sectores cicatrizados por primera ella es susceptible
de curacion; pero en un Lrgt per Taylor



GENERALIDADES

Segun los autores a comienzos del siglo XIX Albers cirujano de Bonn practico algunas extirpaciones experimentales de laringe (Lrg) entre las que des tptales para ver en que medida el organo era necesario para la funcion respiratoria.

Pasaron despues cincuenta años hasta que Czerny tomo los mismos experimentos pero ya con miras hacia su aplicacion a la Lrg humana. Billroth inspirador de Czerny practico en 1873 la primera laringectomia (Lrgt) por cancer y la primera con exito feliz pues segun los autores Watson de Edimburgo ya habia practicado la ablacion de un Lrg luetica en 1866 pero sin conseguir la sobrevida del enfermo. Sin embargo segun esas mismas fuentes [redacted] de [redacted] Langenbeck al practicar en 1875 su pri

rio y propuso al enfermo la operacion radical. Pero el paciente no quiso someterse a ella.

En 1858 Koberle de Estrasburgo tambien habria hablado teoricamente de la Lrgt en el hombre.

Langenbeck y Koberle fueron precursores de Watson y Billroth. Despues la Lrgt ha experimentado las mismas alternativas que toda gran operacion por cancer; es decir que a los entusiasmos de los primeros tiempos siguió un largo campo de espera durante el que sufrió el repudio mas completo pero durante el cual en las clinicas que permanecieron fieles a ella se trabajo seriamente procurando como primer paso mejorar la tecnica.

Ello conseguido el renacimiento no podia hacerse esperar. A el no fue del todo ajeno lo que los alemanes llaman un poco enfaticamente el drama del trono imperial.

La penosa y largaagonia de Federico de Prusia tuvo sin duda alguna la virtud de mitigar los ataques de los abstencionistas y de dar una brisa a los partidarios de una terapeutica activa.

BIBLIOGRAFIA

- ALPINGER M - Anatomische Studie über das gegenseitige Verhalten der Vagus- und Sympathicusäste im gebiete des Kehlkopfes Archiv für Klinische Chirurgie Band 40 Pg 761
- BARDENHEUER-Vorschläge zur Kehlk. Extirpation A f K Ch B 41 Pg 561
- BEVACQUA A -Die Laringectomie per neoplasma del processo Durante Il Policlinico Sec.Ch. 1914 Pg 361
- BERGMANN BRUNS NICKULICH - Trattato Chirurgia Pratica Tomo II Pg 328
- BOTEY R -Quelle est la meilleure methode d'extirpation du larynx Annales Maladies Oreille Larynx 1913 Pg 309
- BRAUN H -Localanästhesie Pg 310
- BREWER G E -The operative treatment of cancer of the larynx Annals of Surgery 1909 Pg 820
- BRUNS P -Die Resec. des Kehlk. bei Stenose Berliner Klinische Wochenschrift 1880 N° 38-39
- BRUNS P -Ueber einige Verbesserungen des Künstlichen Kehlk. A f K Ch Bd 26 Pg 780
- BRYSON DELAVAN D -Recent progress in the surg treat of malignancy of the lar British Medical Journal 1897 Pg 1549
- BUSCO J - Tumores malignos de la Lrg y su tratam operatorio esis Buenos Aires 1905
- BUTLIN H -On radical operations for the cure of intrinsic oedema of the lar B M J 1890 II PG 449
- CANUET G -Les soins posoperat apres la Lrgt totale Revue Laryngologie Othologie Rinologie 1916 Pg 293
- CANUET G et ROZIER J -L'Anest locale et regie en O R ; Pg 116
- CASSEY A -Laryngotomies et laryngectomies (technique ouverte) Congrès Français de Chirurgie 1903 Pg 269
- GAIBARD P -Reflexions sur quatre cas de Lrgt totale A M O L 1905 Pg 165
- GAIBARD P -La Lrgt totale en deux temps A M O L 1909 Pg 618

La técnica perfecta una vez adquirida parece no ser mas que un momento poco importante en la lucha contra la enfermedad pero sin técnica perfecta no hay terapéutica quirúrgica. Aquella debe reducir los riesgos a un mínimo al mismo tiempo que debe dar las mas grandes probabilidades de curación duradera para que el bisturí sea considerado como un remedio aceptable.

Es claro que cuando las estadísticas de los mejores servicios arrojan un porcentaje de mortalidad inmediata que llegaba y aun pasaba del cincuenta por ciento Stromeyer (in Tauber) haya podido decir "La humanidad nada pierde cuando tales operaciones no se practican y la cirugía nada gana con ellas"

O la sentencia de Demons (Tauber) "La estadística de esta operación es un verdadero martirologio"

Schfeier (según Tauber) no es mas optimista cuando escribe "El médico que practica una lrgt tiene tres probabilidades de apurar la muerte de su enfermo y solo una de curarlo."

Mas tarde examinando sus resultados alejados W H Jacobsen citado tambien por Tauber dice "Como debe considerarse una operación de la que de 66 operados que la soportado solo uno puede considerarse curado?"

Y Rutsch comentando los casos intervenidos en un servicio de la autoridad del de Kocher exclama "Quiera Dios que en los tiempos venideros no se tenga que practicar ni una sola."

En la hora presente la lrgt no es una operación universalmente aceptada.

Es que ante el espectro de una intervención indudablemente grave y mutilante pacientes y practicos pierden un tiempo precioso.

El cancer de la lrg que es casi la unica lesión que exige la lrgt es una de las neoplasias de desarrollo mas lento, esto unido a la gran tolerancia del organo que la aloja y a que las terribles mutaciones de vecindad tardan mucho en aparecer favorecen la prescripción tardía del enfermo al medico.

Sitúase muy a menudo sobre el diagnóstico; y sin embargo

CRILE G Wb- Laryngectomie for cancer Annals of S 1913 Pg 164
CUNTO B -De l'envissement du systeme lymphatique dans le cancer du Lr Gaz des Hep 1902 Pg 1385

DEAN BEVAN A -Carcinoma of the Lr Surgical Clinics of Chicago April 1919

DELAIR L -Larynx et glotte artificieles A M O L 1904 Pg 285

DELLA VEDOVA T -Contrib a l'etude de la lrgt A M O L 1901 Pg 368

DOWNES W - Total lrgt for epit of the Lr A of S 1913 Pg 948

DOYEN E - Traite de ther chir et de techn oper III PG 86

DURAND -Techn de la lrgt Lyon Chirurgicale 1913 I PG 451

DURANTE F -Un nuevo metodo operatorio per l'asportazione del Lr I Pol sec chir 1904 Pg I

EGIGI F -Trat Ital Chir III Pg 581

ESQUELARY J F -Tratamiento del cancer Lr Tesis Baires 1894

FOEDERL O -Zur Technik der Lr Extirpation A f K Ch Bd 58 Pg 803

GERDES -Total Extirp des Kehlk etc A f K Ch Bd 21 Pg 473

GLUCK Th- La chir moderne du Lr A M O L 1900 Pg 437

ID -Der gegenwärtige Stand der Chir des Schlundes Kehlk und Trachea A f K Ch Bd 69 Pg456

ID -Die chirur Behandl der malignen Kehlkopfgeschwülste B K W 1897 Pg 932

ID -Flüstersprache u Phonationsapparate B K W 1899 Pg 215

GLUCK und SOERENSEN -Die Resek u Extir d Lr Pharynx u Oesophagus in Handb d spez Chirur d Ohres u d oberen Luftwege Bd IV Katz Preysing u Blumenfeld

GLUCK Th u SOERENSEN J -Ergebnisse eine neue Reihe von 100 Total extirp d Kehlk Archiv für Laryng u Rhinol Bd 33 Pg 84

GLUCK Th u WELDER A -Die prophylactische Resection der Trachea A f K Ch Bd 26 Pg 427

GOTTSTEIN G -Pseudestimme nach Totalexstirp d Larynx A f K Ch Bd 62 Pg 126

GRIF -Ueber dauernde Heilung nach Kehlkopfextir wegen Carcin A f K Ch Bd 55 Pg 399



sien es accesible teniendo ademas entre sus manos un medio de in-
dagaacion del valer de la biopsia.

Y aun reconocida la grave enfermedad los sentimientos se resisten
a proponer al paciente una intervencion que de dejarlo con vida le
quitara uno de los atributos humanos la palabra; a tal punto que
Molinie en su obra clasica sobre los tumores de la Lrg dice: La ciru-
jia francesa seguramente ha estado a su altura y si la Lrgt no se ha
ha aclimatado en Francia no es porque nos fuera desconocida sino
porque ella repugna a nuestras costumbres y a la concepcion que del
rol de la cirujia tenemos."

O la intervencion es propuesta sin la fe necesaria para infundir
en el paciente el convencimiento del sacrificio como unica probabi-
lidad de salud. O a menudo es el mismo enfermo quien se resiste a la
realidad.

Y sin embargo hoy la Lrgt es una operacion perfectamente justifica-
da. Gluck y Soerensen en su ultimo trabajo comentan sus 100 ultimas
Lrgts por cancer.

En esa serie de enfermos nada despreciable por cierto pertenecien-
tes a un solo servicio dirigido por aquellas dos autoridades no hay
sino dos muertos.

Dos por ciento de mortalidad es decir una letalidad casi tan baja
como la de las mas corrientes intervenciones que exigen una aneste-
sia y se practican en sujetos de edad provectora I

Hay un a gran diferencia entre ella y el 60 y mas por ciento de
las estadisticas que nos dejaron ese sedimento tan adherente de te-
rror.

Ya no podra mas decirse con Paul Koch (in Botey) "En estos casos la
habilidad del operador consiste principalmente en que el enfermo no
sucumba en la mesa."

Como ya hemos insinuado el cancer u otro tumor maligno es la
opcion casi exclusiva de la Lrgt total. Algunas pocas extirpaciones
totales han sido practicadas por tuberculosis estenosis cicatricial
les o lues: pero las ectomias por esas causas son tan raras



- GUSSENBAUER C - Ueber die erste durch Th Billroth am Menschen aus-
gefürte Kehlkopf-Exstirp u die etc A f K Ch Bd 17 Pg 343
- HAHN E - Ueber Khpf Exst bei Carcin A f K Ch Bd 31 Pg 171
- HARRIS M L - Lrgt under nerve blocking S C of Chicago April 1917
- HEINE C - Resect d Khkpf bei Laryngostenose A f K Ch Bd 19 Pg 514
- HIPPEL R - Zur Totalexst d Khkpf A f K Ch Bd 63 Pg 181
- HOCHENEGG J - Totale Khkpf Exst u Resec d Oesophagus etc Ein neuer
Sprachapparat Wiener K W 1892 Pg 123
- KEEN W W - The techn of Lrgt A of S 1899 Pg 1
- KOCHER Th - Chirurg Operationslehre Pg 625
- LANDOIS-STREUBING - Erzeugung eine (natürlichen) Pseudostimme bei
einem Manne mit tot Exst d Khkpf Af K Ch Bd 38 Pg 143
- LANG O - Die Laryngectomien A f K Ch Bd 44 Pg 1
- LAURENS G - Chirurg O R Laryngologique Pg 851
- LE BEC - Laryngectomie totale en deux temps separes Congres Fran-
cais de Chirurg 1910 Pg 245
- LE BEC-REAL - Laryngectomie A M O L 1903 Pg 324
- LOMBARD E - Canule a tracheotomie pour la laryngectomie totale
A M O L 1906 Pg 467
- MAAS H - Vollständige Exstir d Khkpf etc A f K Ch Bd 19 Pg 507
- ID - Exst d Khkpf Heilung A f K Ch Bd 20 Pg 535
- MOLINIE J - Quelq consider sur la chirur des tumeurs malignes du
Lr Revue L O R 1906 Pg 369
- MORITZ SCHMIDT - Totalexst d Khkpf etc Bd 18 Pg 189
- MOST A - Ueber den Lymphgefäßapparat von Khkpf u Trachea u seine
Beziehungen zur Verbreitung krankhafter Prozesse Zeitschrift
für Chirurgie Bd 57 Pg 199
- MOURE - Considera cliniques sur la Lrgt A M O L 1907 Pg 40
- MARATH A - Beiträge z Chir d Oesophagus u d Lr A f K Ch Bd 55
Pg 631
- ARUTA Y - Laryngectomia alla Durante I Pol ses pra 1904 Pg 257
- ARUTA Y y SUBSINI M - Consideraciones sobre trece casos de Lrgts
Buenos Aires 1910

que discutir sus indicaciones ^{sería} invadir los dominios de la clinica
Otras veces el sacrificio de la Lrg no es sino un tiempo preliminar
a maniebras operatorias que tendran lugar sobre la faringe o el esofago; a su respecto solo dire que la mortalidad formidable de las reseciones de la faringe y de las extirpaciones transversales del esofago cervical ha sido reducida considerablemente despues de la adopcion sistematica de la Lrgt previa.

Quedan por resolver las indicaciones de la Lrgt total por cancer frente a intervenciones menos mutilantes.

Gluck y Seerensen poseedores de una experiencia unica en el mundo llegan a conclusiones verdaderamente notables por su sencillez y claridad.

En el cancer Lrgco practican la Lrgt total siempre que el tumor haya pasado la linea media anterior o posterior.

O que siendo unilateral se palpen ganglios en ambos lados.

O que siendo unilateral el tumor invada la mucosa por encima o por debajo de la cuerda vocal verdadera por minimo que parezca ese borde; solo harian una excepcion y bien meta aquellos tumores de una cuerda que sobrepasando de pocos milímetros la linea media invadieran la cuerda vecina sin que ninguna de las dos hubiera perdido su movilidad.

En esta ultima clase de tumores los autores antedichos han obtenido los resultados mas halagüeños con la simple laringofisura y extirpacion de la neoplasia.

Tambien exigen la Lrgt los tumores vecinos que hayan invadido su cuerpo como los de la faringe y aun del cuerpo tiroideas; o el sistema linfatico de su mucosa como algunos de la base de la lengua y de la epiglotis.

La hemilaringectomia no es un adversario de la Lrgt total.

Si el tumor es vocal y pequeño su extirpacion amplia a travé de la laringofisura es capaz de curar al paciente con menos gastos que la hemiectomia (Semco, Gluck)

En los casos en localmente esta pareciera indicada su tecnica mas

ERRIER - Extirpation totale du Lr sans tracheotomie prealable

Bul et Mem Soc Chir de Paris 1890 Pg 239

PIQUAND G - Precis d'anestes locale Pg 230

POPPERT P - Zur Frage d totalen Kehlkopf-stirp Deutsches Mediz Wochen 1893 N° 35

RADISTOCK - Totalexst d Kehkf u d supraesternales Theiles d Luft röhre wegen Carcin A f K Ch Bd 37 Pg 226

ROTTER J - Zur total Extst d Kehkf B K W 1895 N° 6

ROUCHET J - La Lrgt totale dans le cancer du Lr a l'hospital Lariboisiere These Paris 1912

RUTSCH Fr - Die Kocher'schen Radicaloper d Lr carcinoms D Zeits f Ch Bd 50 Pg 481

SACCHI E - Sopra un caso di estirpazione totale della Lr I Pol ses chir 1897 Febbraio I°

SANTI Ph de - The lymph of the Lr and their relation to malign disease of that organ The Lancet 1904 Pg 1710

SCHMID H - Zur Statistik d Totalexst d Kehkf im funktionellen Sinne :laute, verständliche Sprache A f K Ch Bd 38 Pg 132

SEBILLEAU P - Laryngeotomie totale B M S Ch Paris 1904 Pg 476

ID - Deux dispositifs permettant de remplacer l'entornoir de Trendelenburg dans les oper cervicales apres tracheotomie prealable B M S Ch Paris 1908 Pg 1131

ID - Tech de l'extirp tot d Lr B M S Ch Paris 1910 Pg 125

ID - Tech de l'extirp tot d Lr B M S Ch Paris 9 Febr 1910

ID - Laryngeotomie totale extemporanee mixte B M S Ch de Paris June 14 1911

ID - Presentation d'un Larygectomise parlant B M S Ch de Paris 1919 Pg 1571

SEBILLEAU P - DELAIR L-Larygectomie totale Larynx et glotte articulaires B M S Ch Paris 1904 Pg 781

A discussion on the operat treatm of malign diseases of the Lr B M J 1903 Pg 1113



complicada sus resultados inmediatos no mejores y sus resultados alejados y funcionales nada extraordinarios la han hecho abandonar casi en absoluto pudiendose decir que hoy para el cancer exclusivamente laringeo no existen sino dos operaciones: o la simple extirpacion del tumor por una laringofisura o la Lrgt total.

Indicada la Lrgt con ablacion ganglionar doble cual es en los canceres intrinsecos el limite de operabilidad?

Salvo las contraindicaciones generales de edad muy avanzada enfermedades que disminuyen grandemente la resistencia operatpria etc solo son inoperables aquellos casos en que la Lrg los planos profundos y la piel forman una sola masa tumoral dentro de la que este comprendida alguna de las carotidas cuyo sacrificio sea probable sino seguro.

Siempre que las carotidas puedan ser conservadas los casos de Gluck y Soerensen prueban hasta la evidencia que la propagacion a los otros organos vecinos no debe detener al cirujano

Al abordar el tema LARINGECTOMIA no nos hemos creido autorizados ni a detenernos en el estudio de operaciones parciales que no son dignas de aquel nombre ni a extendernos en el de las operaciones combinadas en las que la mayor parte de las veces la Lrg no es sino un obstaculo que necesitamos apartar.

- SOLIS COMEN - Laryngectomia modificada A M O L 1887 Pg 315
- STORI T - Sopra un caso di Lrgt totale in due tempi Archivio Italiano Ote 1912 Pg 150
- SUDECK P - Sprechkanüle nach $\frac{7}{8}$ totalerkehlkopfexstirpation D Z f Ch Bd 106 Pg 616
- SYMONDS Ch - A note on the later history of four cases of total Lrgt The Lancet 20 March 1930 Pg 652
- TAUBER A S - Ueber die Khkpfexstirp A f K Ch Bd 41 Pg 641
- TAPTAS N - Un cas de Lrgt totale pour sarcome. Larynx artificiel externe A M O L 1900 Pg 37
- TAYLOR A - Total Lrgt for epithel local anaesth A of S 1910 Pg 855
- WEINBERG - Untersuchungen über d Gestalt d Khkpf in verschiedenen Lebensaltern A f K Ch Bd 21 Pg 413
- ~~WOLFF J - Ueber d künstlichen Khkpf u d Pseudostoma B Z W 1893 N° 42~~
- WOLKOWITSCH N - Zur Frage über d Khkpfkrebs u speziell dessen oper Behandlung D Z f Ch Bd 90 Pg 42
- ZESAS D G - Ein Ueberblick über d von d Khkpfexstirp bis heute gewonnenen Resultate A f K Ch Bd 30 Pg 665
- NE- Solo se mencionan los trabajos que nos ha sido posible consultar. Los Eratados generales tampoco son citados, salvo excepcion.



DIFICULTADES PELIGROS Y COMPLICACIONES DE LA LARINGECTOMIA

Colocada la Lrg en la cara anterior del cuello donde hace una saliente a veces muy pronunciada es un organo de acceso facil.

Los musculos que la recubren largos y delgados permiten maniobrar comodamente sobre su cara anterior desde el istmo tiroideo cuando es normal es un obstaculo casi despreciable.

Las caras laterales del organo estan en parte en contacto con los espacios celulosos por donde corren los grandes vasos en parte simplemente adosadas a los lobulos laterales de la tiroides.

La mayoria de sus vasos y nervios propios atravesando en puente dichos espacios les hace facilmente accesibles.

Por abajo la punta de la Lrg se continua con la traquea que a su vez esta englobada en un espacio celular laxo que pasa sin interrupcion del cuello al mediastino.

Pero donde la Lrg tiene relaciones que dan a la extirpacion del organo su cariz un poco especial es en la base donde sus tejidos constitutivos estan en relacion de continuidad con la raiz y base de la lengua y donde su parte posterior forma parte de lo que con propiedad se ha llamado la encrucijada faringo larinea o aereo digestiva. En ese sitio la pared anterior de la faringe esta ausente y solo la fisiologia admirable de cada uno y todos los elementos anatomicos que forman la encrucijada hacen que en el hombre vivo normal la travesia bucofarinea de lo ingerido siga su ruta hacia el esofago.

La Lrg ademas de su papel importante en la formacion de la voz con su sensibilidad exquisita y la energia y celeridad de sus reflejos desempeña un rol de primera fila y casi ultimo recurso en la salvaguardia contra el acceso de cuerpos extraños a las vias respiratorias subyacentes.

De modo que la Lrgtomia al sacrificar el organo pone en comunicacion mas o menos amplia y por mas o menos tiempo a la cavidad farinea y al conducto traqueal con los espacios celulosos con los

Vasos grandes y pequeños y con los troncos nerviosos de importancia que recorren la amplia brecha y en su mayoria se introducen en los mediastinos.

El arbol bronquial ve desaparecer con la Lrg un verdadero cernidor del aire inspirado cuyas particulas extrañas tendran libre acceso a su interior que tambien podra ser invadido por las secreciones de las superficies cruentas por restos alimenticios o aun verse inundado por sus mismos exudados inflamatorios.

Sen todas ellas condiciones que han hecho de la Lrgt una de las intervenciones mas mortiferas de la cirujia de fines de siglo XIX. Puede decirse que la gran cirujia de los maxilares de los tumores del nasofarinx de la lengua y del piso de la boca fue en cierto modo la precursora de la gran cirujia larinea y que los cirujanos que inauguraron resueltamente esta ultima llevaban como unico bagaje de experiencia la adquirida con aquellas.

Efectivamente la experimentacion en animales solo habia demostrado la practicabilidad de la Lrgt pero no podia en modo alguno dar el alerta sobre el sinnúmero de peligros y complicaciones que tiene esa misma operacion cuando es practicada en el hombre enfermo.

Las grandes operaciones bucofarineas habian enseñado a los cirujanos de la epoca la existencia de esa complicacion terrible que es la neumonia por aspiracion y afeccionados por ella se busco evitar la ya que una vez aparecida la muerte era y es la regla.

Antes que Billroth practicara su primera Lrgt Trendelenburg despues de trabajos experimentales inspirados por Langenbeck Buscando evitar la neumonia descendente invento su canula-tapon cuyo objeto era permitir durante las operaciones bucofarineas la respiracion por medio de una traqueotomia a traves de la cual lejos del operador se administraba el anestésico y sobretodo el de impedir el ingreso de cuerpos extraños desde el campo operatorio hacia la traquea y pulmones.

El aparato de Trendelenburg hizo epoca. Consta de una canula traqueal que atraviesa un bulbo de goma que recibiendo el aire enviado



... se hinfla y poniéndose sus paredes en íntimo contacto con la mucosa traqueal deben impedir todo pasaje entre ambas. El aparato debe ser introducido a través de una traqueotomía. El aire respiratorio circula por la cánula; en el orificio exterior de esta puede adaptarse un tubo de goma de longitud variable en cuyo extremo distal hay un verdadero embudo recubierto por un trozo de lienzo sobre el que se vierte el anestésico. (fg)

Los inconvenientes de este dispositivo que se fueron poniendo de manifiesto a medida que su empleo se hacía más general lo han hecho abandonar por completo. Pero entre 1870 y 1890 tuvo gran voga. En ese tiempo la Lrgt comenzaba por una amplia traqueotomía por la que se introducía la cánula taponada. Aparte de su más posible mal funcionamiento por deterioros el inconveniente más generalmente notado era su desplazamiento durante el acto operatorio mismo y sobre todo en las horas sucesivas, en las que el medio preventivo debía seguir desempeñándose.

Fue en balde reemplazar el aire por aceite o el bulbo de gruesa goma por material más delicado.

Hahn pretendía obviar los inconvenientes del aparato de Trendelenburg con su cánula con esponja yodoformada (fg) que consiste en una cánula vulgar recubierto por un cilindro de esponja yodoformada firmemente asegurado por medio de ligaduras.

La esponja debía ser introducida seca a nivel de traves de la traqueotomía los líquidos orgánicos la ingurgitaban y quedaba convertida en tapón.

Como resistencia de material y estabilidad la cánula de Hahn era un progreso pero su acción era ciega y a veces brutal.

Y era todo lo que el cirujano de aquella época poseía para evitar la neumonía descendente pues la posición de Rese era útil solo para las intervenciones bucofaringeas.

He aquí cómo pasaban las cosas: el paciente era anestesiado con una máscara; una incisión mediana de la suprahioides al jugulum por el descubierta la cara anterior del conducto laringotraqueal.

En los primeros anillos de la tráquea se practicaba una abertura

al descubierto la cara anterior del conducto laringotraqueal. En los primeros anillos de la tráquea se practicaba una abertura mediana por la que se introducía la cánula-tapon. Después se practicaba una tirotomía o laringotomía exploradora que exponía las lesiones resolviéndose el sacrificio necesario.

En el caso de decidirse la Lrgt los más la practicaban de abajo arriba y todos seccionaban o separaban los tejidos lo más cerca posible del órgano. La operación terminaba dejando la brecha faríngea ampliamente abierta el muñón de la tráquea enteramente libre y la gran superficie cruenta taponada con gasa antiséptica.

Algunos casos evolucionaban bien; desgraciadamente no era así para la mayoría.

Las dificultades peligrosos accidentes y complicaciones pueden presentarse durante y después del acto operatorio.

La intervención suele ser particularmente difícil en los sujetos fuertes y de cuello corto que no son una rareza entre los cancerosos de Lrg. Esas dificultades se subsanan exponiendo convenientemente la región en la forma que veremos al ocuparnos de la prevención de la neumonía y se subsanan practicando incisiones amplias y sus sacrificios musculares (ver técnicas).

Otras veces la operación es dificultada por el estasis venoso de que son asiento todos los tejidos debido a la asfixia crónica; cada golpe de cortante provoca una hemorragia venosa que alarga mucho el acto. La operación en dos tiempos procurando la libre oxigenación junto con la anestesia e isquemia locales son armas poderosas contra el babeo venoso.

Los peligros de asfixia la escapada del muñón traqueal al mediano tiempo lo mismo que otros que no son exclusivos de esta operación son evitadas con el empleo de una buena técnica.

La Lrgt puede en ciertas condiciones ser una operación cruenta ella se efectúa en individuos debilitados y con una moral muy afectada y las íntimas relaciones del órgano con los nervios más importantes de la vida vegetativa son razones por las que el síncope el shock



y el colapso son peligros efectivos.

Para Steerek (in Rouget) la muerte sobrevendría por la detención cardíaca provocada por la destrucción del ramo cardíaco del vago Ferruchet inermína según Rouget a la sideración de los centros nerviosos por excitación de los laringeos o de los nervios gástricos del vago.

Alpiger ha hecho un concienzudo estudio anatómico sobre las relaciones del vago y simpático a nivel de la Lrg tratando de explicar los casos de colapso cardíaco después de Lrgt, casos en los que sin causa aparente la frecuencia del pulso aumenta en forma paulatina hasta la terminación fatal.

El vago desprende su ramo cardíaco moderador unas veces a nivel del cuello desde donde siguiendo los grandes vasos se dirige a su órgano de destino; pero otras veces los filetes moderadores naciendo cerca del laringeo superior o de él mismo se dirigen al corazón a lo largo de la tráquea.

Se explica perfectamente que con esta última disposición los cardíacos moderadores no puedan salvarse y se produzca el desequilibrio.

En el 56% de los casos existe un ramo anastomótico entre la rama externa del laringeo superior y el cardíaco superior simpático o dicho con otras palabras el cardíaco superior simpático tiene una raíz que proviene de la rama externa del laringeo superior.

Por ausencia del cardíaco superior simpático en el 28% de los casos el ramo anastomótico es frecuentemente unilateral y entonces el cardíaco superior del vago está muy desarrollado (fg

Esta disposición es más frecuente en el lado izquierdo lo que agravaría la mayor gravedad de las hemilaringectomías de ese lado.

El ramo anastomótico puede presentarse bajo tres aspectos:

Después de su salida del ramo externo del laringeo superior corre hacia abajo y adentro sobre el constrictor medio o entre sus fascículos.

El de Gluck la lengüeta puede estar colocada cerca de la tráquea o sino en una dilatación olivar (fg que corresponde a la marina

En la mayoría es utilizado el fuelle pulmonar y la vía de la tráquea. Procurando independizar la función fonética de la respiratoria los cirujanos han procurado desde mucho tiempo atrás reemplazar el fuelle pulmonar por uno artificial.

Cuando Hechenegg en 1892 presentó su aparato en el que el fuelle era animado por movimientos de abducción y adducción del brazo (fg Sterek afirmó que quince años antes en un canular por estenosis sífilítica había empleado como fuelle una pera de goma traída por presión manual; pero el número de presiones necesarias para mantener una corriente útil ascendía a sesenta por minuto lo que es insoportable. Desde ese punto de vista el fuelle interbraquieteráico es muy superior.

Gluck ideó la colocación oculta de un reservorio para el aire el cual era cargado por un mecanismo invisible accionado con el pie. La fg muestra otro de los ensayos de Gluck quien también estudió el empleo de una combinación de pequeños fuelles movidos por un electromotor serido puesto en marcha por un juego de pilas secas. El autor no ha pronunciado aun su última palabra respecto a esos aparatos que buscan la solución supresión del fuelle natural.

Pero los experimentos de Gluck que consideramos más interesantes son aquellos en que para conseguir voz faríngea en el operado se utiliza la voz de otra persona.

Para ello se imprime un disco de fonógrafo con un tono fundamental continuo y claro emitido por un cantante según sea hombre o mujer el destinado a utilizarlo. El disco obtenido se montaría sobre un fonógrafo liviano portátil que por una simple presión emitiría el tono fundamental; este conducido a la cavidad faríngea en la forma que conocemos sería transformado activamente.

Se ha ensayado en ensayo para que merecen la mayor atención



¿ pues si lo ideal es conseguir una buena pseudo voz sin la ayuda de aparato alguno muchos laringectomizados recibirían no pequeño servicio si alguna de aquellas tentativas diera resultado satisfactorio.

Terminaremos citando algunas frases de Gluck llenas de verdad de sinceridad y de esperanza. "Nuestros laringectomizados con éxito tienen un traqueostoma rodeado por piel normal, no usan cánula alguna, y tragan mejor que el común de los mortales, puesto que no pueden tragar mal, no cruzándose más las vías respiratoria y digestiva, habiendo sido suprimida por la operación esta inexplicable deficiencia de la naturaleza

Ellos hablan claramente y sin cansancio y ni desde el punto de vista estético ni del social son objeto de la conmiseración o repugnancia de sus prójimos.

Con un poco de poder de adaptación pueden gozar de la alegría de vivir; la adaptabilidad de cada individuo a la desgracia es ciertamente función de su carácter y de su religiosidad y educación.

Muchos pacientes los cuales a pesar de una operación mutilante son conservados a la vida a su familia y a su profesión aprecian a pesar de su desgracia la grandeza del éxito médico conseguido."