

A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL
HUÉLFAGO CRÓNICO LARINGEO

Y DOS PALABRAS SOBRE SU ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El estudio del tratamiento quirúrgico del huélfago ha sido activamente emprendido estos últimos años, y así vemos á célebres autores como Moeller, Siedamgrotzky, Lanzillotti, Labat, Ploz, Venerholm, recurrir á la *aritenoidectomía*, delicada operación en la que se han introducido diversas mejoras de orden clásico en su técnica.

A pesar de los resultados más ó menos problemáticos, sentó observaciones interesantes desde el punto de vista de la patología de la laringe, ya que muestran que traumas penetrantes y graves de ese órgano se reparan, en general, en un tiempo relativamente corto, sin complicaciones infecciosas, sin accidentes bronco-pulmonares, y que la llaga intralaríngea consecutiva á la ablación de un aritenoides puede cicatrizar sin determinar la estenosis de la laringe. Es evidente que esas observaciones debían variar y alentar nuevas tentativas.

Cadiot y otros autores han buscado ensanchar más completamente el pasaje insidiendo el aritenoides y la cuerda vocal, pero la ventaja de esa técnica no fué sino ilusoria.

Después la aritenoidectomía era completada por la ablación de la pared interna del ventrículo laríngeo con el

objeto de ensanchar el conducto en toda su altura sin aumentar sensiblemente la superficie de la llaga de insición. Esta intervención pronto fué abandonada. Luego se ha pensado en la sutura del recurrente al pneumogástrico en la idea de reanimar los músculos dilatadores de la glotis ó de suscitar su regeneración, pero su eficacia quedó incierta.

Después se ensayó más particularmente la *ablación de la mucosa del ventrículo laríngeo*, de manera de producir, entre el aritenoides y el tiroides una llaga cuya cicatrización debería entrenar la adherencia de esos cartilagos, la fijación del primero al segundo — la *aritenoidonexia*.

La primer idea de remediar al huélgafo crónico laríngeo inmovilizando el aritenoides, sobre todo fijándolo más ó menos estrechamente al tiroides, pertenece á Günther quien, hace unos 30 años, hizo numerosos ensayos, repetidos más tarde por Moeller, Liautard y algunos otros autores. Los resultados fueron juzgados insuficientes.

Recientemente, en Marzo de 1912, el profesor Williams, de New-York, anuncia haber obtenido un buen éxito (el 65 por 100 de los casos tratados) por la sola excisión de la mucosa del ventrículo laríngeo — del divertículo que existe entre el aritenoides y el tiroides.

Ese autor luego ideó un instrumento especial, llamado á reemplazar los anteriores, para despegar la mucosa del ventrículo. Enteramente metálico, se compone de un vástago cilíndrico de 4 á 5 milímetros de diámetro y de una cánula en la cual el primero se mueve libremente y terminada por una especie de manivela transversal. La extremidad del vástago lleva un abultamiento del volumen de una pequeña avellana cuya superficie está erizada de pequeños dientes.

Para desnudar el ventrículo se introduce esta última parte del instrumento; la cánula tenida en una mano, fijada por el pulgar y el índice, se imprime al vástago movimientos de rotación sobre su eje: la mucosa es entrenada por las asperezas y pronto desprendida de los tejidos subyacentes, se adhiere al instrumento y, por una presión

ejercida sobre la cánula es traída en el conducto laríngeo. Entonces se la corta al ras de la abertura ventricular.

Ultimamente el profesor Hendrickx, de la escuela de Cureghem, ha introducido una ligera modificación adaptando á uno de los costados del instrumento, un brazo de palanca destinado ha hacer más íntima la unión de la extremidad abultada con la mucosa del ventrículo.

Casi al mismo tiempo que Williams da á conocer su método, Cook publica en el *American veterinar y Review* hace conocer otro instrumento y un modo operatorio más simple todavía que los anteriores, llegando á recomendar de intervenir sobre el animal parado.

El instrumento representa un dedal-cureta que se aplica sobre la extremidad del índice. Una cadenita lo mantiene en su lugar. El índice así armado es introducido en el ventrículo para "raspar" por ligeros movimientos toda la superficie, las paredes y el fondo; procediendo de este modo, según el autor, se extrae la mucosa en algunos instantes.

El profesor Cadiot, de la escuela de Alfort, en Octubre de 1912 publica un nuevo é interesante trabajo sobre el tratamiento quirúrgico del huélfago crónico.

El autor teniendo en cuenta que en la generalidad de los casos hay que reintroducir el dedo en la llaga buscando las partes ó islotes de la mucosa que había escapado al instrumento prolongando la intervención y por lo tanto dando puerta de entrada á los microorganismos infecciosos, en cuyos casos á menudo sobreviene un edema agudo de la glotis necesitando la aplicación de una cánula para conjurar todo peligro de asfixia, ha ideado unas pinzas especiales. Su largo, de unos 20 cm., permite trabajar con mucha asepsia reduciendo al minimum los traumatismos.

Para la rapida y correcta ejecución de los tiempos operatorios conviene acostar el animal sobre una cama de paja, colocarlo en posición dorsal y hacerlo mantener, la cabeza solidamente inmovilizada, en la extensión por dos ayudantes.

Los instrumentos comprenden con las pinzas, un bisturí, un separador y un par de tijeras curvas.

La laringe abierta según las reglas y el separador aplicado, se toman las pinzas cerradas, tenidas en una dirección vertical, las ramas perpendiculares al plano mediano del cuerpo á fin de facilitar la introducción de los dientes, se llevan estos á la entrada del ventrículo y se los empuja hasta su fondo. Entonces se hace ejecutar al instrumento un cuarto de revolución sobre su eje, de manera que las ramas sean dispuestas paralelamente á la línea mediana ó en el sentido del largo del ventrículo; en este tiempo se abren las pinzas anchamente, y al mismo tiempo que se ejerce sobre ellos una ligera presión, se las cierra: el fondo del saco es así tomado y fijado por los dientes. En este momento se imprime á las pinzas un movimiento de rotación sobre su eje, — una vuelta y media á dos vueltas, — la mucosa se desprende poco á poco de los tejidos adyacentes y se invagina no quedando adherida al ventrículo sino al nivel de sus bordes. En fin, se hace la incisión dividiendo la mucosa con la punta de las tijeras sobre todo el contorno del orificio ventricular.

Los cuidados ulteriores se reducen á la detersión bicuotidiana de la llaga externa, cuya cicatrización es completa á las tres semanas.

El único accidente consecutivo posible es el edema agudo de la glotis, — accidente precoz, sobreviniendo en los primeros días, pero sin gravedad cuando la operación ha sido practicada de un solo lado, más inquietante si ha sido bilateral. En este último caso hay que proceder á la incisión total de la pared inferior de la laringe.

A fin de asegurar la regular obliteración de la llaga ventricular y la formación de una cicatriz realizando el objeto de la intervención — la fijación del aritenoides y de la cuerda vocal sobre el ala del tiroides, — conviene dejar el operado en el pesebre durante un mes, para volver al trabajo paulatinamente sin que haga esfuerzos violentos antes de dos meses. Caballos hay que ejercitados al trote ó al galope hacen oír todavía un ruido operatorio anormal,

que se atenúa de ordinario gradualmente con el progreso de la retracción cicatricial.

Para terminar los modos operatorios sucesivamente preconizados, debemos mencionar el del Dr. Bernardini según una comunicación en el *Bollettino della Soc. Med. di Parma*, en 1912. Consiste en la destrucción de la mucosa por el fuego utilizando un pequeño galvano-cauterio cuya parte activa es aplanada é incurvada. Después de haber introducido esta en el ventrículo á favor de una incisión transversal del ligamento crico-traqueal se hace pasar la corriente eléctrica durante 10 segundos: la mucosa ventricular es quemada.

El cauterio retirado, se aplica en la llaga externa entre el cricoides y el primer anillo traqueal, una cánula especial — el tráqueo-tubo Tompson, que se saca á los 12 ó 15 días.

Las numerosas hipótesis emitidas sobre la *etiología* y *patogenia* del huélfago laríngeo crónico, prueban el conocimiento incompleto que se tiene sobre esa afección.

La observación quirúrgica demuestra que en la gran mayoría de los casos hay una parálisis del nervio recurrente izquierdo acompañada de la atrofia de los músculos que inerva. Hay pues una alteración de ese nervio, sea en su origen, sea durante su trayecto. Esas alteraciones nerviosas han sido atribuidas á causas diversas:

1º Lesiones del nervio en el curso de afecciones del pecho: pleuresía ó neumonía, y sin embargo un gran número de caballos con huélfago nunca han tenido pleuresía; además el recurrente derecho pasa él también á una corta distancia de la pleura, y no se ha señalado la parálisis del nervio vago que sin embargo pasa á través del tórax.

2º Distensión y traumatismos repetidos del nervio recurrente izquierdo por el corazón dilatado ó la aorta, durante ejercicios violentos. Varios autores han descrito un aplastamiento del nervio entre la aorta y la tráquea; pero esa causa debe producirse raramente. Sería interesante investigar, en los casos de dilatación del corazón ó de la aorta, si á ese nivel la estructura del nervio es histológicamente modificada ó si se observan signos de degeneración de las fibras nerviosas.

3º Compresión del nervio por los ganglios linfáticos bronquicos ó traqueales hipertrofiados. Esta hipertrofia es, se dice, bastante frecuente en ciertas afecciones del aparato respiratorio.

Law llama la atención sobre las afecciones locales, alrededor ó en la laringe, como anginas, parotiditis, abscesos; pero no hay ninguna razón para que esas lesiones tengan su asiento preferentemente del lado izquierdo.

Analizando esas hipótesis, Woodruff piensa que la lesión nerviosa sea una neuritis periférica de origen tóxico, resultando de la intoxicación que se produce en las afecciones tifóideas, en la pneumonia, etc., en la evolución de las cuales el *streptococcus equi* desempeñaría el rol preponderante, como tienden á demostrarlo ciertos estudios bacteriológicos.

Este modo de ver tendría su apoyo en el hecho de que las toxinas muestran con frecuencia una acción electiva para ciertas terminaciones nerviosas.

Sin embargo, las toxinas pueden también ser elaboradas al nivel de los ganglios brónquicos y por la vía linfática hacer sentir su acción sobre el nervio recurrente izquierdo, en ausencia de todo fenómeno de hiperplasia y de infiltración pudiendo actuar sobre el nervio por compresión mecánica.

Al lado de estas consideraciones teóricas, la observación clínica ha demostrado, sobre todo en los caballos de carrera, que la desaparición del ruido laríngeo por una intervención feliz no permite á los sujetos operados en estado de desempeñarse honorablemente en los hipódromos,

lo que hace pensar que la disnea laríngea no basta para hacer esos sujetos inutilizables. Entonces, no solo debemos esforzarnos en perfeccionar los métodos quirúrgicos para tratar el huélfago laríngeo, sino que paralelamente nuevos y pacientes estudios son necesarios para esclarecer nuestros conocimientos sobre las causas que lo producen.

Mientras tanto, como tratamiento quirúrgico se dará la preferencia al método de Williams con las ligeras variantes ulteriormente introducidas en su técnica; sin olvidar que en ciertas enfermedades generales el empleo del suero antiestreptococcico, favoreciendo su cura, completada con la administración más ó menos prolongada de ioduro de potasio, lo mismo que en el período final de las afecciones respiratorias agudas, á fin de evitar la hipertrofia de los ganglios, traerán una disminución de los casos de huélfago crónico.

Como tratamiento paliativo, es indicada la traqueotomía permanente.

Por otra parte, y para terminar, aunque no está demostrado que la afección que nos ocupa sea hereditaria, conviene mantenerse pesimista eliminando en lo posible los reproductores que la padecen.

M. SIMIAN

Becado por la Facultad para estudios
de perfeccionamiento.

Bruselas, Enero 23 de 1913.