

Fig. 146. — Origen aislado de los cuatro grandes vasos, subclavia derecha por delante, las dos carótidas y la subclavia izquierda por detrás.

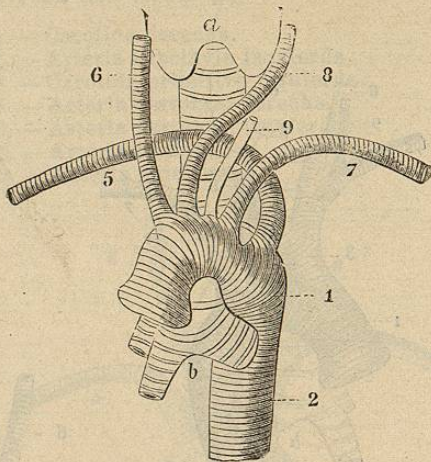


Fig. 147. — Origen aislado de los cuatro grandes vasos y de la arteria vertebral izquierda; las dos carótidas, la arteria vertebral, la subclavia izquierda y después la derecha convertida en recurrente posterior.

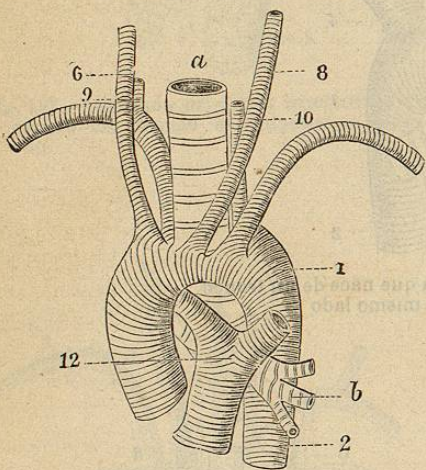


Fig. 148. — Singular disposición del cayado de la aorta, pues está perforado en su vértice, por cuyo anillo pasa la tráquea. Los cuatro grandes vasos nacen aisladamente: la carótida y subclavia derechas, del semiarco aórtico posterior; la carótida y la subclavia izquierdas del semiarco aórtico anterior. La cifra 12 indica la arteria pulmonar unida a la aorta por el conducto arterial.

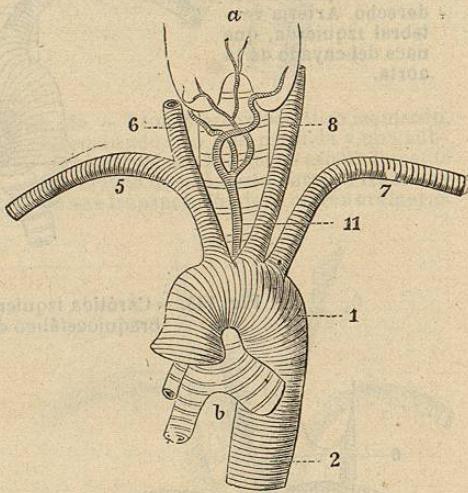


Fig. 149. — Tronco tiroideo inferior único, nacido del cayado de la aorta, entre el tronco braquiocéfálico y la carótida izquierda.

Si las arterias desempeñan en la región infrahiodea un importante papel, no son menos interesantes las venas que a la misma pertenecen.

Existe por delante de la tráquea un plexo venoso, más o menos desarrollado según los sujetos, pero siempre muy rico, sobre todo en el adulto. De él procede la mayor parte de la sangre que fluye durante la traqueotomía, porque si en rigor es posible evitar las venas, es imposible evitar de interesar el plexo venoso.

Podemos reconocer en este plexo dos clases de venas: unas superficiales, que desaguan en la yugular anterior *superficial*, y otras profundas, que van a formar la yugular anterior *profunda*.

La yugular anterior superficial, situada por delante de los músculos infrahiodeos y en la línea media, termina en la subclavia derecha, algunas veces por un tronco común con la yugular externa; la yugular anterior profunda (tronco común de las venas tiroideas de los autores) va a terminar al tronco venoso braquiocéfálico izquierdo. Sin duda que estas yugulares anteriores, lo mismo que las ramas que las forman, están sujetas a numerosas anomalías; pero no por esto deja de existir siempre por delante de la tráquea una red venosa muy abundante, desarrollada más especialmente en el adulto, de donde la particular gravedad de la traqueotomía en esta edad.

Vasos linfáticos. — Los vasos linfáticos nacidos del conducto laringotraqueal, parten de la mucosa y son en gran número. Terminan en los ganglios colocados a los lados de la laringe y de la tráquea, por dentro del esternocleidomastoideo.

Nervios. — Los nervios de la región infrahiodea son superficiales y profundos. Los superficiales se distribuyen: unos, por la piel, y provienen de la rama cervical transversa del plexo cervical superficial, y los otros, por los músculos infrahiodeos, y se desprenden de la convexidad del asa del hipogloso.

Los nervios profundos son los nervios laringeos, que se distinguen en superior e inferior. Insistiré sobre este punto al hablar del esófago.

Esófago

Extendido desde la faringe al estómago, el esófago ocupa sucesivamente el cuello, pecho y parte más elevada del abdomen. Sería, por tanto, lógico, en un tratado de anatomía topográfica, describir cada una de estas porciones con la región respectiva; pero hay en este modo de ver un verdadero inconveniente, pues no es posible prescindir de ciertas nociones generales sobre el esófago, tales como su longitud, dirección, calibre, etc. Por lo demás, la porción realmente quirúrgica del esófago es la cervical, y como que ésta se halla situada en la región infrahiodea, me ha parecido más racional estudiar este conducto en conjunto, a continuación de la tráquea y del cuerpo tiroides, formando de él una región especial.

Conformación exterior del esófago

El esófago es un conducto musculomembranoso aplanado, que es continuación de la faringe y termina en el estómago a nivel del cardias.

Empieza en el borde inferior del cricoides, y, en la actitud normal de la cabeza, este origen corresponde a nivel del cuerpo de la sexta vértebra cervical. Ya he dicho, al estudiar la faringe, que este origen distaba del arco dentario superior unos 15 centímetros. Véase, pues, con cuán poca reflexión algunos autores se preguntan si es posible llegar con el dedo al límite superior del esófago.

La terminación del esófago corresponde a nivel de la undécima vértebra dorsal.

Longitud. — Para conocer la longitud de la porción cervical, debe medirse desde el borde inferior del cartilago cricoides a la horquilla del esternón o a un

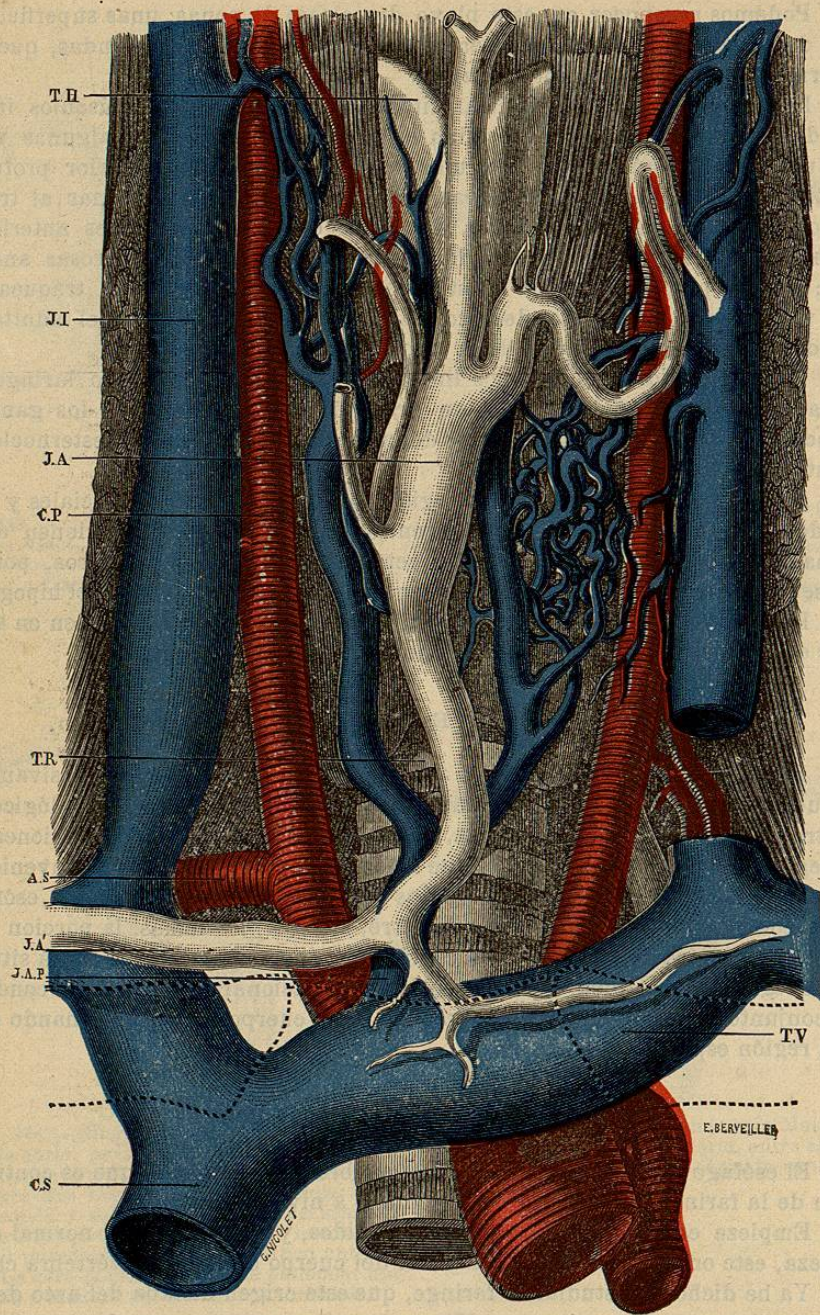


Fig. 150. — *Plexo venoso infrahióideo.* (Este dibujo es copia de una pieza seca que se encuentra en el museo de Clamart)

- | | |
|---|--|
| AS, arteria subclavia. | JAP, yugular anterior profunda. |
| CP, carótida primitiva. | JI, yugular interna. |
| CS, cava superior. | TH, cartilago tiroides. |
| JA, yugular anterior superficial. | TR, tráquea. |
| JA', yugular anterior superficial en su porción horizontal. | TV, tronco venoso braquiocéfálico izquierdo. |

Las líneas de puntos figuran las clavículas y la horquilla del esternón

plano horizontal que pase por ésta, plano que en general pasa por la segunda vértebra dorsal. Esta longitud varía mucho según los sujetos: remito al lector a las mensuraciones que he dado al estudiar la tráquea, ya que las porciones cervicales de la tráquea y del esófago miden necesariamente igual longitud. En el hombre adulto, la distancia entre el cartilago cricoides y la horquilla del esternón varía desde 4 y medio a 8 centímetros y medio, advirtiendo que la talla de estos dos sujetos no difería más que de 3 milímetros.

La longitud total del esófago es de unos 25 centímetros; añadiendo a éstos los 15 que separan su origen del arco dentario superior, tendremos que la longitud de un catéter esofágico debe ser de unos 50 centímetros.

Dirección. — Situado en su punto de origen en la línea media, el esófago atraviesa el diafragma a la izquierda de esta línea. Su dirección general es, por lo tanto, oblicua de arriba abajo y de derecha a izquierda; pero, desde el punto de vista del cateterismo, podemos prescindir de esta pequeña oblicuidad y considerar al conducto como vertical.

Debiendo el esófago atravesar el diafragma por el lado izquierdo, en seguida se inclina en este sentido; pero, a nivel de la tercera vértebra dorsal, encuentra el cayado de la aorta, que le obliga a cambiar ligeramente su marcha, inclinándose un poco a la derecha; no obstante, después adquiere de nuevo su primitiva dirección. Resulta de aquí que el esófago presenta dos inflexiones laterales de las que podemos formarnos una idea muy completa en la figura 151; una superior, en B, de concavidad mirando a la derecha, y la otra inferior, en C, mucho más prolongada, y cuya concavidad mira a la izquierda.

Al penetrar en el tórax, el esófago se dirige muy ligeramente hacia atrás, pero no se aplica a las vértebras, como equivocadamente han dicho algunos

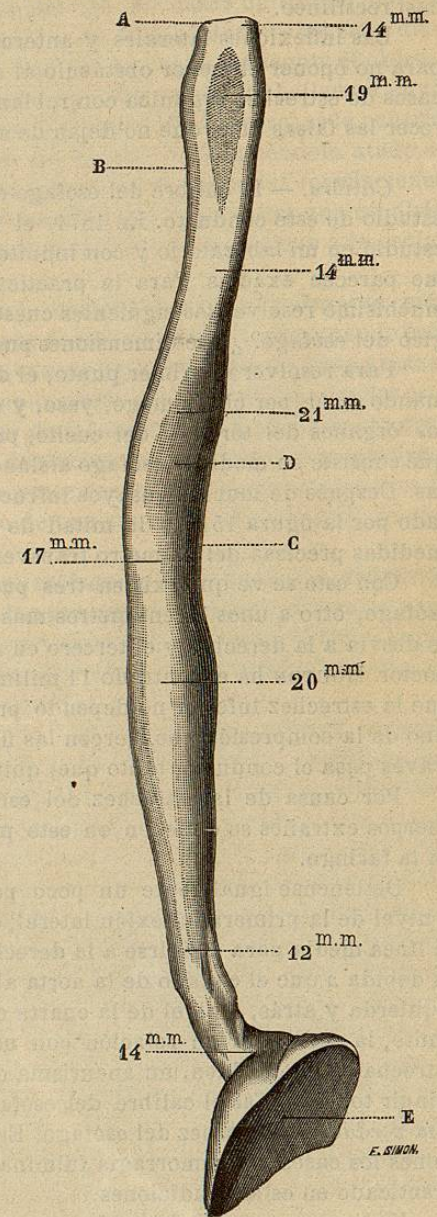


Fig. 151. — *Esófago copiado de un molde en yeso obtenido por el doctor Mouton. Reducción de una mitad.* (Las cifras indican el diámetro transversal.)

- A, origen del esófago.
- B, primera incurvación lateral.
- C, segunda incurvación lateral.
- D, impresión que deja el paso del bronquio izquierdo.
- E, estómago.

autores; de modo que, lejos de seguir la curvatura de la columna dorsal, es casi rectilíneo.

Las inflexiones laterales y anteroposteriores son lo suficientemente suaves para no oponer el menor obstáculo al cateterismo del esófago sano; pero en los casos de estrechez orgánica con reblandecimiento de las paredes, pueden favorecer las falsas vías, que no dejan de ser bastante frecuentes.

Calibre. — El calibre del esófago es uno de los puntos más importantes del estudio de este conducto. En 1874, el doctor MOUTON, siguiendo mis consejos, estudió en mi laboratorio y con infinito cuidado este punto, y sus conclusiones me parecen exactas. Para la práctica del cateterismo esofágico, importaba muchísimo resolver las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el calibre normal fisiológico del esófago? ¿Qué dimensiones puede alcanzar por la distensión?

Para resolver el primer punto, el doctor MOUTON, amoldó el esófago derramando en él, por el estómago, yeso, y dejando en su sitio correspondiente todos los órganos del tórax y del cuello, procedimiento infinitamente preferible al que consiste en medir el esófago aislándolo previamente de las partes inmediatas. Después de muchos ensayos infructuosos, pudo obtener el molde representado por la figura 151 en la mitad de sus dimensiones; las cifras representan medidas precisas del diámetro transversal tomadas con un compás de espesor.

Con esto se ve que existen tres puntos estrechados: uno en el origen del esófago, otro a unos 7 centímetros más abajo, en el punto en que el conducto se desvía a la derecha, y el tercero en su terminación. En estos tres puntos, el doctor MOUTON ha encontrado 14 milímetros. Sin embargo, conviene observar que la estrechez inferior no depende propiamente de las tunicas del esófago, sino de la compresión que ejercen las fibras musculares del diafragma, a cuyo través pasa el conducto, tanto que, quitadas éstas, la estrechez desaparece.

Por causa de la estrechez del esófago en su origen, frecuentemente los cuerpos extraños se detienen en este punto, quedándose entonces en realidad en la faringe.

Detiéndose igualmente un poco por debajo de la horquilla del esternón a nivel de la primera inflexión lateral, en el punto en que el esófago abandona la línea media para dirigirse a la derecha. Esta desviación, como hemos visto, es debida a que el cayado de la aorta abandona el esternón para dirigirse a la izquierda y atrás, a nivel de la cuarta dorsal, resultando de aquí que, en este punto, la aorta está en relación con una parte del esófago, ya normalmente estrechada. Ahora bien, un aneurisma de esta porción de dicho vaso podrá disminuir todavía más el calibre del esófago, producir disfagia y hacer creer en una verdadera estrechez del esófago. El cirujano deberá recordar en todas ocasiones los casos de hemorragia fulminante a consecuencia de un cateterismo practicado en estas condiciones.

Un cuerpo extraño detenido en este punto podrá a la larga ulcerar las paredes del esófago y consecutivamente la misma aorta.

En cuanto a la estrechez inferior o cardíaca, parece que no se opone al paso de los cuerpos extraños, pues cuando han franqueado las dos superiores, casi siempre penetran en el estómago.

A nivel de estos tres puntos estrechados del tubo esofágico es donde se encuentran más comúnmente las estrecheces patológicas de este órgano, sobre todo las cicatriciales, debido sin duda a que los líquidos corrosivos que penetran en el esófago se detienen en ellos más tiempo.

Por interesante que sea, no debo hacer en este lugar la historia de los cuer-

pos extraños del esófago; me limitaré a decir que conviene hacer lo posible para extraerlos por las vías naturales, ya sea con las pinzas de Hunter, las de Mathieu, la cestilla de Græfe o el instrumento de Weiss (manojos de seda dispuestos en forma de parasol) (1); si con esto no se puede conseguir el objeto, se procurará empujarlo hacia el estómago con una varilla de ballena a cuyo extremo vaya atada una esponja. Al doctor GAUTHIER (de Ginebra) se le ocurrió la ingeniosa idea de emplear un pesario de Gariel, introduciéndolo atado al extremo de un mandril en el esófago: a beneficio de repetidas insuflaciones sucesivas, consiguió distender el conducto esofágico y desprender una esquirla de hueso, que cayó en el estómago. En último recurso debe apelarse a la esofagotomía externa.

Conviene saber que el enfermo suele continuar sintiendo durante más o menos tiempo la impresión producida por el cuerpo extraño, aun cuando éste no esté ya en el esófago. En cambio, un cuerpo extraño plano de finas aristas, tal como una esquirla de hueso, por ejemplo, puede clavarse en las paredes esofágicas y colocarse de canto, ocultándose de tal modo que, a pesar de los graves accidentes que ocasione, permita la deglución y ni siquiera el cateterismo denote su presencia. En estos casos, podemos recurrir a un explorador ideado por COLLIN, instrumento que está dotado de una exquisita sensibilidad, o mejor a la radiografía.

¿Qué dimensiones puede adquirir el esófago por efecto de una distensión brusca? (2). Como lo hacen prever ya las precedentes mensuraciones, el conducto no se distiende de un modo uniforme. Los dos puntos estrechados superiores llegan hasta 18 y 19 milímetros de diámetro, la parte inferior hasta 25, y la media, que es la más extensible, hasta 35.

De estos datos anatómicos resulta: 1.º En un esófago normal, siempre podrá introducirse una oliva de un diámetro cuando menos de 14 milímetros; en caso contrario, puede afirmarse que hay estrechez. 2.º Cuando al practicar la dilatación se llegue a conseguir un calibre de 18 milímetros, no se pasará más adelante. Resulta, pues, que las olivas deben construirse según estas indicaciones. ¿Quiere esto decir que el esófago no permite el paso de cuerpos cuyo diámetro exceda de 18 milímetros? Sin duda no, porque las precedentes mensuraciones fueron tomadas de un esófago distendido en toda su circunferencia; por lo tanto, es únicamente aplicable a los cuerpos redondeados que se amoldan a la forma del esófago. No podríamos decir lo mismo de un cuerpo aplanado que distendiera el conducto por uno solo de sus diámetros y principalmente por el transversal. En efecto, como el esófago está limitado, por delante, por el cricoides y la tráquea, y por detrás, por la columna vertebral, resiste en sentido de su diámetro anteroposterior, mientras que no existe obstáculo alguno para su distensión lateral. En esta disposición anatómica exacta fundóse el doctor CHASSAGNY para proponer la substitución de las bolas olivares por otras aplanadas.

El cateterismo del esófago apenas está indicado más que en el adulto. No obstante, puede suceder que precise practicarlo en el recién nacido, por ejemplo, en caso de mala conformación del esófago. Con este objeto, el doctor MOUTON ha estudiado las dimensiones en este caso, habiendo encontrado que

(1) Actualmente la esofagoscopia. — (N. del T.)

(2) Digo distensión brusca, porque todos sabemos cuán susceptible es el esófago de distenderse con el tiempo. Fómase a veces por encima de una estrechez una verdadera bolsa capaz de contener bastantes alimentos, de manera que el enfermo se engaña creyendo que penetraron en el estómago.

— (N. del A.)

la distancia que separa el cardias del borde gingival superior es de 17 centímetros en el recién nacido. Calcula en 4 milímetros el calibre del esófago, en sus puntos más estrechos.

Relaciones del esófago

No es posible comprender la historia del cateterismo y de las estrecheces del esófago, sin tener antes idea exacta de las relaciones de este conducto. Estas son diferentes, según se las considere en el cuello, en el tórax o en el abdomen.

Relaciones en el cuello.— Por delante, el esófago está en relación con la porción membranosa de la tráquea, de la cual está separado por una capa de tejido celular laxo, que facilita el deslizamiento entre estos dos órganos. Un flemón profundo del cuello que destruyese ese tejido podría dificultar la movilidad del esófago convirtiéndose en causa de disfagia. Gracias a la prominencia que forma hacia delante, la tráquea protege eficazmente al esófago contra toda clase de heridas. En efecto, es raro encontrar interesado éste en las heridas transversales del cuello, que ordinariamente se producen los suicidas. En caso de que otra cosa aconteciera, el cirujano procurará practicar la sutura, como se hace después de la esofagotomía externa.

De esta relación inmediata de la tráquea y del esófago, resulta también que el mejor punto de referencia para llegar al esófago, es la tráquea, porque en una herida del cuello siempre el dedo puede encontrar ésta. Por esto, NÉLATON aconsejó practicar, para la esofagotomía, la misma incisión cutánea que para la traqueotomía, idea que me parece racional y práctica.

En caso de dar la preferencia a la incisión lateral, o sea a la que se practica para la ligadura de la carótida primitiva, conviene no olvidar que, cuando menos, debe ser la tráquea el primer punto de referencia en la esofagotomía, porque, sobre todo al principio de la operación, este órgano sirve más al cirujano que la sonda conductriz de Vacca-Berlinghieri. La sonda será de grande utilidad una vez divididas y separadas las capas superficiales.

En un tratado de anatomía no me es posible hacer la historia de la esofagotomía externa, ya se aplique a la curación de las estrecheces, ya a la extracción de los cuerpos extraños o a la alimentación de los enfermos afectados de una obliteración del esófago. Para esto, remito al lector al excelente trabajo del doctor TERRIER, publicado en 1870, en el cual el autor ha estudiado con gran tino la historia, indicaciones y manual operatorio de la esofagotomía externa.

La contigüidad de los dos conductos, respiratorio y digestivo, explica la influencia de los cuerpos extraños de la tráquea sobre el esófago y recíprocamente. En algunos casos, el diagnóstico ha sido tan difícil que se ha practicado la traqueotomía, siendo así que el cuerpo extraño se encontraba en el esófago; pero hoy la radiografía puede evitar este error.

Por detrás, el esófago está en relación directa con la columna vertebral cubierta de los músculos prevertebrales y de la aponeurosis del mismo nombre. Está separada de ella por una capa bastante abundante de tejido celular que se continúa con la capa retrofaríngea, de la que he hablado anteriormente. Por esto los abscesos retrofaríngeos pueden descender a lo largo del esófago ocasionando cierto grado de disfagia.

Por los lados, el esófago está en relación mediata con la vaina de los gruesos vasos del cuello, a los cuales se aproxima más por el lado izquierdo que por el derecho. Por el lado izquierdo, en especial, se halla también en relación

con los lóbulos laterales del cuerpo tiroideos. El recurrente derecho está en relación con el borde derecho del esófago, mientras que el izquierdo descansa sobre su cara anterior. Bien haremos en señalar por los lados la proximidad de la arteria tiroidea inferior, principalmente la del lado izquierdo, en el momento en que penetra en el cuerpo tiroides.

Las relaciones de esta arteria con los nervios recurrentes han sido especialmente estudiadas por VILLARD y JABOULAY en lo tocante a la tiroidectomía. Sus conclusiones son las siguientes:

Con relación a las tiroideas inferiores, el recurrente derecho está siempre situado en un plano anterior al recurrente izquierdo. Las disposiciones anatómicas pueden resumirse en tres tipos:

1.º El recurrente derecho pasa completamente por delante y el izquierdo completamente por detrás de la tiroidea.

2.º La disposición más común es la siguiente: el recurrente derecho está situado entre las ramas de bifurcación de la arteria, mientras que el recurrente izquierdo está situado enteramente detrás.

3.º Tanto a derecha como a izquierda, los recurrentes pueden pasar por entre ramas arteriales.

Relaciones dentro del tórax.— Situado dentro del mediastino posterior, el esófago está en relación, por delante, con la bifurcación de los bronquios, y principalmente con el izquierdo, el cual imprime su huella a la cara anterior del conducto. Esta relación es importante. Cuando el esófago tiene una estrechez orgánica en este punto, bien pronto forma cuerpo con el bronquio izquierdo y puede ser que se comunique espontáneamente con él; cuando tal acontezca, el cirujano podrá, sin el menor esfuerzo y sin que el enfermo se perciba de ello, penetrar con el catéter en el bronquio izquierdo.

No es raro ver cuerpos extraños de las vías aéreas detenidos en el bronquio izquierdo ocasionando disfagia.

Por debajo de los bronquios, el esófago está en relación, por delante, con el pericardio; por detrás, con el conducto torácico, la vena ácigos mayor, las arterias intercostales derechas, tejido celular laxo y ganglios linfáticos que lo separan de la columna vertebral. Como he dicho anteriormente, el esófago de ningún modo sigue la incurvación del raquis.

Por los lados, está en relación: a la derecha, con la hojilla derecha del mediastino; a la izquierda, con el cayado de la aorta y las ramas que de él nacen: carótida primitiva y subclavia izquierda. Anteriormente he hecho notar las consecuencias de esta relación. La aorta, colocada primero a la izquierda del esófago, bien pronto se coloca detrás de él, para ganar el orificio aórtico del diafragma, orificio que está por detrás y un poco a la derecha del orificio del esófago. Resulta, pues, que estos dos conductos se cruzan formando una X de ramas muy prolongadas, estando el esófago colocado por delante y la aorta por detrás.

Si bien la porción torácica del esófago es más ancha, no por eso dejan de detenerse en ella los cuerpos extraños. Sobre este particular, siempre se verá con interés la preparación que depositó en el museo Dupuytren el doctor DENONVILLIERS: tratábase de un hombre que se tragó la única moneda de plata de cinco francos que tenía. La pieza se detuvo en la porción torácica del esófago determinando una ulceración de la aorta.

Los dos neumogástricos encuéntranse primero a los lados del esófago, pero bien pronto el izquierdo se coloca por delante y el derecho por detrás.

Dentro del abdomen, el esófago descansa sobre los pilares del diafragma, y por delante está en relación con el borde posterior del hígado. No es raro ver cánceres en la extremidad inferior del esófago, y por cierto que presentan un síntoma digno de mención: casi siempre el enfermo atribuye a la extremidad opuesta las dificultades que experimenta en la deglución.

Estructura y desarrollo del esófago

Componen el esófago una túnica muscular, otra celular y otra mucosa.

La túnica *muscular*, que es muy gruesa, puede, por su contractura, dar origen a una estrechez *espasmódica*. Por lo demás, el elemento espasmódico aparece frecuentemente en los casos de estrechez verdadera, oponiéndose al paso de las candelillas. Este elemento puede inducir a error acerca del sitio de la estrechez.

Cuando la mucosa que tapiza la cara interna del esófago ha sido destruída en mayor o menor extensión por una substancia corrosiva deglutida, prodúcese un tejido de cicatriz que a la larga puede acarrear una *estrechez cicatricial*. En esta afección se hace notable la lentitud de su desarrollo. He operado a un enfermo que diez años antes había tragado ácido sulfúrico. También en este caso, lo mismo que en la uretra, raras veces se llega por la dilatación simple a curar las estrecheces cicatriciales. Cuando todas las tentativas hayan sido infructuosas, no debe vacilarse en practicar la esofagotomía interna, a la cual debí una excelente curación en el hospital de San Luis, en 1872.

La parte superior del esófago se forma a expensas de la hojilla externa, y la inferior a expensas de la hojilla interna del blastodermo. Estas dos porciones se aproximan entre sí, pero puede suceder que no lleguen a ponerse en contacto y queden separadas por un cordón fibroso macizo. En este caso existe una imperforación del esófago. Algunas veces uno de los extremos se abre en la tráquea. El doctor PÉRIER presentó a la Sociedad de Cirugía un ejemplo de esta clase: el extremo inferior se abría en la tráquea. El doctor POLAILLON vió un caso análogo. El doctor TARNIER presentó el notable caso, y de más difícil explicación, de un esófago comunicándose con la tráquea por una fisura de 2 centímetros y medio de longitud. Entiéndase bien que todos estos casos están fuera de los recursos del arte.

REGIÓN CAROTIDEA

Llamo *región carotídea* a la porción del cuello recorrida por la carótida primitiva y sus dos ramas de bifurcación, las carótidas interna y externa. Empieza por abajo en la articulación esternoclavicular, y termina superiormente a nivel de una línea horizontal que une el ángulo de la mandíbula inferior al borde anterior del esternocleidomastoideo. Su amplitud es la de este músculo.

Las capas superficiales que cubren la región carotídea son las mismas que en la suprahoidea y se prestan a idénticas consideraciones. Existe únicamente la diferencia de que, debajo del músculo cutáneo, se encuentran, además de la rama cervical transversa del plexo cervical superficial, la rama auricular y la vena yugular externa, de la cual me ocuparé al estudiar el hueso supraclavicular; por lo demás, esta vena ha perdido casi todo su interés desde que no se practica en ella la sangría.

Por debajo de la aponeurosis cervical superficial, se encuentra el músculo esternocleidomastoideo, la hoja media de la aponeurosis cervical envolviendo al músculo omoplatoideo, más profundamente, se encuentra el haz vascular-nervioso del cuello, formado por la carótida primitiva, la yugular interna y el neumogástrico; más profundamente todavía, se ve el gran simpático, y finalmente, la hoja profunda de la aponeurosis cervical o aponeurosis prevertebral, separando del raquis los vasos carotídeos.

Músculo esternocleidomastoideo

Aplanado y cuadrilátero, el *esternocleidomastoideo* es simple por arriba, en donde se inserta en la apófisis mastoides y en el tercio externo de la línea curva occipital superior, y bifido en su parte inferior. De los dos haces inferiores, uno es interno o esternal, redondeado, y termina por un tendón que se inserta a los lados de la horquilla del esternón; el otro, externo o clavicular, es aplanado y se inserta en el borde posterior del tercio interno de la clavícula. Estos dos haces se cruzan formando una X, de manera que el que es interno abajo, se convierte en externo arriba, al paso que el externo se hace interno. El haz clavicular está cubierto por el esternal.

Inferiormente, estos haces se separan uno de otro y circunscriben un espacio triangular lleno de tejido celular y grasa, a través del cual el doctor SÉDILLOR propuso ir a ligar la carótida primitiva en la parte inferior del cuello.

Atraviesa al esternocleidomastoideo en su parte superior el nervio espinal (1). Lo envuelve una vaina fibrosa que le presta la aponeurosis cervical superficial (véase la fig. 157). Esta vaina es resistente en la parte media del

(1) Con motivo de una resección del nervio espinal que practiqué en el hospital Beaujon, en 1882, por un tortícolis, creo conveniente dar sobre este nervio algunos detalles anatómicos más completos.

Por lo demás, me bastará reproducir aquí una parte de la comunicación que con este motivo pasé a la Academia de Medicina en la sesión de 31 de Enero de 1882.

El nervio espinal sale del cráneo junto con el glosofaríngeo y el neumogástrico, y a poco trecho se divide en dos ramas: una interna, que va a unirse con el neumogástrico, confundiéndose con él de tal modo que no es posible separarlos, anatómicamente al menos, y otra externa, exclusivamente muscular. Esta rama es la que convenía buscar. Colocada primero profundamente en la región parotídea, no tarda en aparecer más abajo de la glándula, a nivel del ángulo de la mandíbula, pasa por detrás del músculo esternomastoideo, lo atraviesa por su parte media a igual distancia del borde anterior que del posterior, y luego, continuando su trayecto, atraviesa el triángulo supraclavicular para ir a distribuirse en el trapecio. El punto que elegí para practicar la resección, con la idea de cortarlo lo más arriba posible, era precisamente en la parte en que se desprende de la cápsula parotídea.

¿Cómo debe practicarse esta operación? Podríamos ir en busca del nervio siguiendo el borde anterior del esternomastoideo; pero esto sería crearse dificultades, porque en esta región es difícil manipular sin peligro, por los ganglios, vasos y nervios que se encuentran en ella. Otro procedimiento consistiría en cortar el músculo por su parte media, pero esto exigiría una mutilación inútil; así es que decidí escoger el borde posterior, que a mi entender es la mejor vía que se puede seguir.

Fijé los puntos de referencia del modo siguiente: una línea horizontal a nivel del ángulo de la mandíbula, señalaba con bastante exactitud el punto en que el nervio sale de la vaina parotídea. Otra línea horizontal a nivel del borde superior del cartilago tiroides, indicaba con no menor exactitud el punto en que el nervio penetra en el músculo.

La incisión practiquéla a lo largo del borde posterior del músculo esternomastoideo; medía 6 centímetros y se hallaba comprendida entre las dos líneas horizontales de que acabo de hablar. Incididos la piel y el cutáneo, encontré luego las fibras del borde posterior del esternomastoideo.

Es de advertir que es de imprescindible necesidad el descubrir el músculo con mucho cuidado hasta ver las fibras musculares, puesto que este es el primer punto de referencia, y por cierto de mucha importancia, porque si no se descubre bien el músculo se corre el peligro de levantar su vaina en el tiempo siguiente, y en vano se buscaría el nervio debajo de ella. Puesto al descubierto el borde del músculo, se levanta con un separador y el nervio se encuentra distendido bajo la forma de una cuerda muy fácilmente distinguible. Practiqué su sección en un punto muy elevado, a fin de estar seguro de haber alcanzado la rama del trapecio, que a veces nace de un punto muy superior. —

(Nota del autor.)