

1-9-35

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA



Flegmón Séptico del Piso de la Boca

Y SU

Tratamiento Quirúrgico

T E S I S

que para su examen profesional
de Cirujano Dentista presenta

ALVARO VILLALVA M.

1 9 3 5

VILLALVA M. ALVARO 1935



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la memoria de mi querido padre
Sr. Pablo Villalba

A mi madre, Sra. Epifanía M. Vda. de Villalba,
con veneración y cariño

A mis hermanas
Aurora y Vella
Fraternalmente,

A mis maestros
especialmente al Sr.
Dr. Ricardo Figueron.
Con gratitud y respeto.

A mis compañeros

A mi Escuela

Señores Jurados:

Al presentar a vuestra docta consideración este breve ensayo sobre el Flegmón Séptico, estimo que carece de nuevos conocimientos y solo representa un esfuerzo hecho por mí, para corresponder de esta manera a vuestras nobles enseñanzas.

Por lo tanto espero de ustedes benevolencia al juzgar este pequeño trabajo, en el cual, he puesto toda mi dedicación y empeño.

Topografía de la Región del piso de la boca
y Región Suprahioidea.

REGION DEL PISO DE LA BOCA.

Entendemos por región del piso de la boca, a la comprendida entre ésta y la cara superior del músculo milohioideo. Todo cuanto se encuentre por encima de éste músculo pertenece a la boca y todo cuanto esté por debajo de ésta, pertenece a la región suprahioidea.

El piso de la boca, está en su mayor parte ocupado por la lengua. Entre la cara inferior de ésta puesta libre y la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior, existe una pequeña superficie ocupada casi en su totalidad por la glándula sublingual. Siendo éste espacio el único de interés para nuestro estudio por ser en el donde se desarrolla la enfermedad del flegmón séptico del piso de la boca.

Para su estudio se ha subdividido el piso de la boca en dos porciones: porción lingual y porción sublingual.

Haciendo a un lado la porción lingual, nos ocuparemos aquí únicamente de la porción sublingual.

PORCION SUBLINGUAL. Para explorar bien la región sublingual, es necesario levantar la parte libre de la lengua, llevando la punta hacia arriba aproximándola al paladar. Así se puede apreciar perfectamente una superficie cuadrilátera limitada hacia atrás por la cara inferior de la lengua, hacia adelante y a los lados por la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior terminando por los lados y a nivel de las primeras gruesas molares en punta. En ésta superficie, resulta en la línea media un repliegue de la mucosa dividiendo a ésta en dos porciones simétricas que va de la cara inferior de la lengua a la parte posterior del maxilar. A éste repliegue se le llama frenillo de la lengua. Cuando este frenillo está muy desarrollado y se extiende hasta la punta de la lengua dificulta los movimientos,

A uno y otro lado del frenillo se ven las venas ramificadas que hacen saliente, dando a la mucosa una coloración azul oscura.

Mas hacia el arco dentario encontramos una eminencia elíptica que ocupa la mayor parte de la región y es debida a la glándula sublingual que se haya colocada a cada lado de la línea media. En la superficie de la mucosa y sobre ésta misma eminencia resalta una cresta en la cual se distinguen unas pequeñas orificios que son los conductos excretorios de las glándulas sublinguales. En la parte más posterior y a cada lado del frenillo se observan unos orificios mayores que los precedentes siendo estos las desembocaduras de los conductos excretorios de las glándulas submaxilares o conductos de Warthon.

Separando la mucosa lingual encontramos inmediatamente las glándulas sublinguales. Estas glándulas se encuentran formadas por una aglomeración de glándulas en racimo separadas unas de otras, abriéndose en el piso de la boca por conductos excretorios en número variable de 15 a 30, siendo el más voluminoso el de Rivinus que procede de la glándula más importante. Debajo de la glándula sublingual adosado a su cara profunda y recorriéndola en toda su extensión, encontramos el conducto de Warthon, que se acompaña de la vena lingual y del nervio del mismo nombre y además del plexo nervioso y de los ganglios sublinguales, por lo tanto vemos que el conducto de Warthon está situado en el piso de la boca en tanto que la glándula submaxilar logra de donde nace está en la región suprahioides. En tal virtud un cálculo que se desarrolla en el conducto forma saliente por la cavidad bucal y se extrae por ésta vía mientras que si este se desarrolla en la glándula formará la saliente por abajo de la mandíbula y tendrá que ser eliminado por la piel.

El conducto de Warthon observado en el cadáver puede confundirse con una vena por presentar sus paredes planas y delgadas siendo rectilíneo excepto en su porción terminal en donde se ancha en forma de gancho, detalle muy importante para cuando se practica el cateterismo. La longitud de este conducto es de 4 a 5 cm., y de 2 a 3 mm. de diámetro. La parte más estrecha es el orificio bucal notándose que es altamente contractil; tanto el conducto de Warthon como los vasos y nervios que lo acompañan se encuentran en medio de un tejido laxo y luminoso.

El nervio lingual se encuentra situado a 5 milímetros del punto

de reflexión de la mucosa bucal sobre el borde de la lengua. Si se practica una incisión en el surco linguo-gingival y próximo a la encía en el borde de la lengua vendría a quedar paralelo al nervio que es muy superficial, por lo tanto la incisión destinada a descubrirlo tan solo debe interesar la mucosa y una capa de tejido celular. Una vez practicado ésto se puede coger y diseccionarlo con las tijeras siguiendo su trayecto hasta el borde anterior del músculo pterigoideo interno.

Por abajo encontramos el músculo geniogloso cuyas fibras divergen al partir de éste punto en forma de abanico para dirigirse unas hacia la punta de la lengua y otras hacia la parte media y base de ella.

Por debajo de éste músculo encontramos el músculo geniohioloideo el cual se confunde más o menos con el precedente.

Más profundamente encontramos el músculo milohioideo que es el límite inferior de la región.

REGION SUPRAHIOIDEA.

Región impar y media pertenece al cuello y tiene por límites:

Primero. Hacia arriba, su límite está formado por el borde inferior del maxilar inferior y por una línea horizontal que partiéndose del ángulo del maxilar se prolonga hasta el esternocleidomastoideo. Como límite profundo, tenemos la cara inferior del músculo milohioideo.

Segundo. Por abajo está limitada por una línea horizontal que pasará por el hueso hioides y se extenderá de un esternocleidomastoideo a otro.

Tercero. A los lados por el borde anterior de los músculos esternocleidomastoideos.

La región suprahioidea así comprendida tiene la forma de un triángulo cuyo vértice corresponda a la sínfisis del mentón y cuya base estaría formada por el cuerpo del hueso hioides.

PLANOS SUPERFICIALES. Se hallan planos superficiales a los que se encuentran por encima de la aponeurosis y estos son: La piel y el tejido celular subcutáneo, con los vasos y nervios superficiales.

Primero. La piel, es gruesa, flexible y bastante móvil, lisa en el niño y en la mujer, pero en el hombre se encuentra más o menos cubierta de barba.

Segundo. Tejido celular subcutáneo. Este tejido comunica

con el de las regiones vecinas y de ahí que las inflamaciones que en el se desarrollan se propaguen rápidamente a distancia, está formado por dos capas; la externa areolar y la interna laminar que constituye la fascia superficial. La grasa que se desarrolla en la capa areolar varía según la gordura de los sujetos, alcanzando un espesor considerable que se conoce con el nombre de papada.

Entre las dos hojas de la fascia superficial se encuentra un músculo plano y delgado; el cotánzo del cuello. Este músculo solo pertenece a esta región en su parte superior, sus fibras se dirigen hacia arriba y adelante en direcciones diferentes a regiones de la cara donde terminan. Sus fibras más intrínsecas se entrecruzan con las del lado opuesto por delante de la línea media.

VASOS Y NERVIOS SUPERFICIALES. En el espesor de la fascia superficial se encuentran los vasos y nervios superficiales.

Las arterias pequeñas ramas procedentes de la submental corren tanto entre la aponeurosis y el músculo cutáneo, como entre éste y la piel.

Las pequeñas venas son de escasa importancia por su pequeño calibre, de ordinario una o dos venillas descienden a los lados de la línea media constituyendo al origen de la yugular interna.

Los linfáticos están representados por cierto número de vasos que descienden de la cara y después de perforar la aponeurosis terminan en las ganglios profundos de la región.

Los nervios son de dos clases motores y sensitivos. Los motores provienen del facial y van al músculo cutáneo del cuello y los sensitivos destinados a los segmentos inferiores de la rama transversa del plexo cervical superficial.

APONEUROSIS SUPERFICIAL. Esta aponeurosis se inserta por arriba en el borde inferior del maxilar, se dirige después hacia abajo pasando sobre el hueso hioides abajo se divide continuándose con la aponeurosis infrahioides a los lados se desdobra para formar la vaina del músculo esternocleidomastoideo. Entre este músculo y el ángulo del maxilar se forma una hoja de la misma aponeurosis para formar un tabique interglándular o submaxiloparotídeo que separa como su nombre lo indica a la glándula submaxilar de la parótida.

La cara externa de la aponeurosis suprahioides corresponde al músculo cutáneo del cuello, al tabique colateral subcutáneo y a los vasos y nervios que circulan en su interior. Por su cara interna emite di-

versas prolongaciones que forman las vainas de los músculos adyacentes.

PLANOS SUBAPONEUROTICOS. Por debajo de la aponeurosis suprahioides entre ésta y el piso de la boca encontramos: Primero, músculos; Segundo, una glándula voluminosa: la submaxilar; tercero, ganglios linfáticos, vasos y nervios profundos.

MUSCULOS. Cuatro son los músculos que se encuentran en este plano: el digástrico, el estilohioideo, el milohioideo, y el hiogloso. Los dos primeros nos interesan porque sirven para limitar o subdividir la región, los dos últimos más importantes forman el fondo de ella.

DIGASTRICO. El músculo digástrico forma una concavidad dirigida hacia arriba, yendo desde la base del cráneo a la parte media del maxilar inferior. Como se sabe consta de dos vientres, el vientre posterior entra a la región un poco por debajo del ángulo del maxilar, con una dirección de adelante y abajo, cruza el estilohioideo a nivel del hueso hioides al cual está insertado por una expansión fibrosa muy variable según los sujetos, se dobla casi en ángulo recto para formar el vientre anterior que se dirige hacia adelante y arriba para ir a fijarse en la fosita digástrica a un lado de la superficie mentoniana.

ESTILOHIOIDEO. Como el vientre posterior del digástrico y situado por delante de éste penetra en la región a nivel del ángulo del maxilar. Se deja atravesar por el vientre posterior del digástrico formando el ojal del digástrico así inmediatamente después va a insertarse en la cara anterior del hueso hioides.

MILOHIOIDEO. Pertenece por entero a la región suprahioides, es un músculo aplanado y delgado desprendiéndose de la línea oblicua interna del maxilar inferior va a insertarse por medio de sus haces posteriores en el hueso hioides y con los anteriores en un rató que se extiende desde el hueso hioides asta mentón.

HIOGLOSO. Pertenece a la región solo por sus haces posteriores, haces que partiendo del hasta mayor del hueso hioides van a la base de la lengua y continúan así el plano que forman los fascículos del milohioideo.

GLANDULA SUBMAXILAR. Esta glándula que se encuentra inmediatamente por debajo de la aponeurosis tiene un color gris rosado, su volumen es como el de una almendra lo mismo que su forma representa aproximadamente la cuarta parte del volumen de la parótida su peso es de siete a ocho gramos.

GANGLIOS LINFATICOS. Son en número de seis a siete por término medio. se encuentran casi todos en el interior de la celda submaxilar y alrededor de la glándula, los más numerosos se encuentran por debajo de la aponeurosis superficial, entre ésta aponeurosis y el borde superoexterno de la glándula se encuentran otros llamados ganglios preglándulares, otros por debajo de la glándula entre ésta última y el plano glandular profundo, son los ganglios retroglándulares o subglándulares. Reciben los linfáticos de la cara, encías y piso de la boca.

Aparte de éstos ganglios que llamaremos laterales encontramos en la región suprahioides uno o dos ganglios medios que descansan sobre la cara inferior del plano milohioides entre los dos vientres anteriores del digástrico. A estos ganglios llegan los linfáticos del labio inferior del mentón y de la parte media de las encías.

VASOS Y NERVIOS PROFUNDOS. Todos estos vasos se encuentran situados por debajo de la aponeurosis.

Las arterias son dos: la facial y la lingual, que son ramas de la carótida externa.

ARTERIA FACIAL. Esta arteria tiene una dirección oblicua de arriba a abajo y de atrás adelante, cruza la cara profunda del músculo digástrico y estilohipoideo, penetra en la celda submaxilar donde se coloca en la cara interna de la glándula la cual para recibirla se hueca hasta llegar a formar un canal deja a la glándula a nivel de su extremidad posterior y gana el borde del maxilar lo contornea y pasa después a las regiones de la cara.

En su trayecto a través de la región suprahioides emite las ramas colaterales siguientes: Primero. Palatina inferior o ascendente (a la amígdala y velo del paladar). Segundo. Pterigoidea, (al pterigoideo interno). Tercero. Submaxilar para la glándula del mismo nombre. Cuarto. Submental, que se anastomosa con las ramificaciones terminales de la dentaria inferior así como con las de la lingual a nivel de la glándula.

ARTERIA LINGUAL. Se sitúa por debajo de la lingual y casi inmediatamente después de su origen se introduce por detrás del borde posterior del músculo hilogloso para penetrar a la región de la lengua.

VENAS. A cada una de las arterias ya citadas le corresponde una vena que lleva el mismo nombre de la arteria que acompaña.

NERVIOS. Los nervios profundos de la región suprahioides son tres: el milohioideo, el lingual y el hipogloso mayor.

Primero. Nervio milohioideo, ramo del dentario inferior, recorre el canal milohioideo y se distribuye en el músculo del mismo nombre así como en el vientre posterior del digástrico.

Segundo. Nervio lingual, ramo del nervio maxilar inferior corre sobre la cara externa del músculo hiogloso, se sitúa por encima de la glándula submaxilar con la que le unen unos filetes descendentes que proceden del lingual y la cuerda del tambor. Estos filetes nerviosos antes de llegar a la glándula atraviesan el ganglio submaxilar.

Tercero. Nervio hipogloso mayor, corre detrás a adelante y de abajo arriba sobre la cara externa del hiogloso, es paralelo a la vena lingual que está situada por debajo de él, pasa por la cara superior del milohioideo y desaparece en la región sublingual para distribuirse en los músculos de la lengua. Detrás de la glándula submaxilar tiene una anastomosis con el nervio lingual.

Definición y Etiología.

DEFINICION.

Se conoce con el nombre de Flegmón Séptico del piso de la boca a la inflamación aguda del tejido conjuntivo de esta región.

A éste mismo padecimiento se le ha llamado también Angina de Ludwing nombre que no le pertenece porque ni es angina; ni fué Ludwing quien la describió por primera vez sino el francés (Gensoul).

Tal vez se le dió éste nombre por ser Ludwing quien atendió a la reina Catalina de Wutemberg quien murió víctima de esta afección, y debido a la posición de la paciente el medico se hizo famoso.

ETIOLOGIA.

Esta afección se ha observado en todas las edades, siendo más frecuente en la edad adulta y teniendo predilección por el hombre pudiéndose ver en las estadísticas clínicas que en treinta casos, veinticinco corresponden a éste y cinco a la mujer.

Viendo la gravedad de esta afección algunos autores la han querido hacer específica producida por el estreptococo y análoga a la erisipela:

Si es cierto que en algunos casos de flegmón séptico se ha encontrado, en algunos está asociado al colibacilo, así como al estafilococo, la espirila dentícola y algunos otros anaerobios entre ellos el perfringes.

En estudios recientes hechos por los alemanes han demostrado la presencia constante de la espirila dentícola y han opinado que la causa de la afección es la espirila asociada a otros gérmenes convirtiendo el tratamiento en específico y común a todas las espirilois prescribiendo para ello los arsenicales.

Actualmente no se admite la especificidad del flegmón sino que

se cree sea producido por cualquier agente patógeno microbiano, pero poseído de su máxima virulencia para producir la enfermedad.

El agente patógeno, huésped habitual u ocasional de la boca penetra al tejido celular por alguna herida de la mucosa, heridas que pueden ser producidas por el piquete de una espina de pescado, en el acto de la masticación, por fracturas del maxilar con desgarraduras de la mucosa, accidentalmente con la fresa dental o con un disco de carburo de tungsteno al estar el cirujano dentista tratando una caria o preparando una pieza para soporte de un puente, por una mala extracción sobre todo del último grueso molar inferior que sin debilidad convenientemente se provoca un desprendimiento de la mucosa bucal sobre la rama ascendente del maxilar, también cuando se hace uso del botador y sin una técnica adecuada y cuidadosa se vaya a herir el plano de la boca. A pesar de todos éstos casos es raro que se presente el flegmón séptico habiéndosele observado con más frecuencia en la evolución de una caria de cuarto grado complicada y durante la erupción incorrecta de la tercera gruesa molar inferior, también por la falta de asepsia en las diferentes intervenciones de la cavidad bucal.

Como factor importante tenemos las causas generales entre ellas las que predisponen a esta afección; siendo los diabéticos, los tuberculosos, los alcohólicos y en general los individuos debilitados y con enfermedades crónicas de cierta gravedad, los que dan el mayor porcentaje de muertos.

Anatomía Patología y Sintomatología.

ANATOMIA PATOLOGICA.

El foco inicial del proceso se encuentra situado por encima del músculo milohioideo,

Al incidir un flegmón séptico del piso de la boca encontramos los planos que forman la región suprahioides más o menos edematosos, conservando su integridad la glándula submaxilar. Pero arriba del músculo milohioideo en donde se encuentra el foco veremos que las venas están trombosadas las fibras musculares disociadas y destruidas, la glándula sublingual ahogada en un infiltrado edematoso; no se encuentra una colección purulenta sino un infiltrado seroso de color rosado que se extiende del músculo milohioideo hasta la mucosa bucal, ésta infiltrado seroso que se encuentra en el tejido conjuntivo de ésta región levanta la mucosa del piso de la boca.

En toda clase de flegmones difusos encontramos todas éstas lesiones, por lo que se ve no tiene especificidad anatómica, como no la tiene bacteriológica.

La glándula submaxilar donde se había creído que radicaba el flegmón queda intacta a pesar de la gravedad de la lesión. También no se ha aceptado la idea de que pudiera ser un adenoflegmón puesto que no hay ganglios en ésta región siendo simplemente una forma séptica y gangrenosa del flegmón difuso que ataca el tejido celular de ésta región.

SINTOMATOLOGIA.

En casi todos los casos se ve atacado el estado general del paciente en algunas ocasiones, y muy pocas se verá permanecer indomane manifestándose desde luego con los caracteres de las grandes septicemias: anorexia, abatimiento, quebrantamiento, insomnio, se nota

desde un principio una marcada palidez de la cara tomando un color amarillo terroso.

La fiebre que siempre se presenta dura generalmente, con oscilaciones variables lo que dura la enfermedad.

Localmente se nota una tumefacción que crece rápidamente ocupando todo el piso de la boca propagándose después a las regiones cercanas los carrillos y la parte superior del cuello alcanzando su desarrollo completo a los tres o cuatro días siendo entonces cuando el paciente presenta un cuadro típico de flegmón séptico.

Esta tumefacción aparece en la boca bajo la forma de un abultamiento por detrás de la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior rechazando la lengua hacia atrás. Por cualquier otra parte que se palpe esta tumefacción nos da la sensación de una dureza de piedra, leñosa, característica de esta afección siendo poco dolorosa.

En éste período la boca del enfermo permanece entreabierta dejando escurrir saliva fétida y espesa, la lengua está seca salivada hay afonía, trismus y como consecuencia resulta muy difícil la masticación y la deglución, la misma respiración es muy molesta para el enfermo y sumamente difícil, hay cianosis, la barba está más alta que lo normal, el enfermo presenta el aspecto como si estuviera ahogado de asfixia.

El estado general es grave, pues la fiebre permanece en cuarenta grados el pulso muy frecuente de ciento diez a ciento veinte pulsaciones por minuto, péndulo y depresible, hay delirio y adinamia. Síntomas todos de una infección profunda.

Después de cinco a siete días de permanecer el enfermo en este estado y al no se ha presentado otra complicación veremos aparecer flúctuas al nivel de la piel y de la mucosa bucal llenas de un líquido rosado, la piel se pone fría dejando unas escaras a nivel de la región suprahioides, si en éste estado se hace la palpación se apreciará la erabitación gruesa lo cual indica que profundamente se verifica un proceso gangrenoso. Al caer estas escaras la piel se perfora por muchos puntos, por donde escurre un líquido de olor fétido con restos de tejidos escalfados.

Con esta abertura escatológica raras veces se consigue el alivio del paciente pues en la mayoría de los casos sucumba por la septicemia o por otra complicación como bronconeumonía, asfixia por edema de la glotis o bien por meningitis propagada por las venas infectadas.

y trombosadas que comunican la circulación extracraneana con la endocraneana y aún se citan casos de muerte súbita por síncope cardíaco.

Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico del flegmón séptico del piso de la boca no es difícil ya que muy pronto se presenta un cuadro clínico característico, la marcha rápida y sobre aguda, alteración del estado general del paciente, la tumefacción difusa, la consistencia leñosa de los tejidos invadidos y la palpación poco dolorosa nos permite no confundirla ni con un adenoflegmón ni con una periostitis alveolo-dentaria y mucho menos con una glositis.

PRONOSTICO.

Cuando el diagnóstico es precoz y se sigue un tratamiento adecuado, según las estadísticas se cuenta que de cada cinco, uno curará por sí solo y en caso de intervenir a tiempo se ha logrado salvar a más de la mitad.

La gravedad de esta enfermedad variará según el estado general del paciente pues en un diabético es más grave que en un alcohólico y en éste más que en un individuo sano.

TRATAMIENTO.

El tratamiento más efectivo para esta afección es el quirúrgico; sin embargo cuando se diagnostica precozmente y cuando el estado del enfermo lo permita preferiremos el tratamiento médico seguido por la Escuela Alemana que se funda en la especificidad de los arsenicales sobre las espirillas por haber encontrado espirillas en muchos casos de flegmón y proponen un tratamiento que se basa en la combinación de los arsenicales con la auto-hemoterapia para producir una reacción favorable en el organismo.

Para eso se ha prescrito una inyección endovenosa* de Neosalvarsan de 0,45 grms. dejando pasar diez minutos para que se difunda el neo, entonces se extraerán diez centímetros de sangre y se inyectará en seguida en el tejido celular subcutáneo.

Localmente curaciones húmedas calientes, y ayudar al medio bucal por medio de antisépticos alcalinos, aumentar la leucocitosis por medio de inyecciones musculares de nucleinato de sodio y extractos leucocitarios; teniendo en cuenta el estado general del enfermo se tonificará el corazón con inyecciones subcutáneas o intramusculares, de aceite alcanforado al veinte por ciento.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Al intervenir quirúrgicamente tendremos en cuenta tres tiempos que son: Cuidados pre operatorios, Operación, y Cuidados post-operatorios.

Cuidados pre-operatorios. Los cuidados pre operatorios consisten en aplicar en la región suprahioidea curaciones húmedas calientes, lavados antisépticos para alcanizar el medio bucal, practicar la auto-hemoterapia precedida de la inyección endovenosa de neosalvarsan de 0,45 grs; inyecciones de extracto leucocitario para excitar las defensas orgánicas, de aceite alcanforado para excitar el corazón, también se inyectará suero glucosado 500 c.c. para tonificar el estado general y a la vez que favorecer la diuresis.

Para antisepsizar el campo se afilará el paciente, después se le hará un lavado con alcohol seguido de una embrocación de tintura de yodo oficial.

Operación. Para esta clase de intervenciones preferiremos la anestesia local por infiltración o la regional, no emplearemos la general para no provocar una mayor eliminación de sustancias tóxicas, aumentando con esto el trabajo funcional del hígado y del riñón.

La incisión puede hacerse en la línea media que se extienda de la sínfisis hasta el nivel del hueso hioides, o dos incisiones laterales, en ambos casos las incisiones llegarán en profundidad hasta la aponeurosis, luego con los dedos o la sonda acanalada el operador irá destruyendo todos los planos separando los músculos milohioideos, después el geniobulboso y el genioglosso llegando por fin hasta tocar la mucosa bucal. Después se colocarán uno o dos tubos de irrigación

constante cuidando de que estos lleguen hasta la mucosa bucal conectándolos con un aparato de irrigación que contenga una solución de Dakin Carrel o solución de cloracena poniendo a cada litro de agua de 6 a 8 comprimidos de los que venden en el comercio. Esta irrigación permanecerá tanto en el día como en la noche poniendo a la vez apósitos que se cambiarán de dos a tres veces al día.

Cuidados post operatorios. Consisten en cuidar la irrigación y el cambio seguido de los apósitos, lavados de la cavidad bucal para desinfectar y alcalinizar el medio; levantar el estado general del paciente por medio de inyecciones de suero o aceite alcanforado, recomendar una dieta láctea para favorecer la leucocitosis y seguir inyectando extractos leucocitarios logrando de esta manera ver un resultado favorable.