

La evacuacion del pus, por medio de los aspiradores, tiene indudablemente muchas ménos ventajas que el otro procedimiento, toda vez, que la aguja del aspirador—una vez vaciada parte de la cavidad purulenta—se puede clavar en el parenquima hepático y producir nuevas flecmasias. A mas, la puncion de la aguja tubulara puede hacer que se derrame algunas gotas de pus en la cavidad del abdómen: 1.º porque como la puncion es repentina no puede haber las adherencias necesarias entre el peritoneo visceral y parietal: 2.º porque siendo el parenquima hepático de suyo muy propenso á los desgarrros,—por lo compacto y denso de su masa, y á mas por la flecmasia—el agujero que produce la aguja puede aumentarse y ser causa de que el pus se derramase. Debe tenerse además en cuenta, que el hígado no puede tener las mismas relaciones cuando está aumentado de volúmen, por ser el asiento de una coleccion purulenta, que despues que el pus ha salido al exterior y la víscera se ha retraido, como es de suponer, entónces es muy de temer que se pueda producir algun derrame.

Hay observaciones en las cuales el aspirador de Dieulafoy ó el de Potain han dado buen resultado. Esto se debe á que las adherencias estaban establecidas ántes de la puncion, debidas á la misma flecmasia del órgano hepático.

Hay otra causa que nos hace pensar en los peligros de la *puncion*, cuando ésta se verifica sin cuidarse de si se han establecido ó no las adherencias peritoneales. Fúndase dicho motivo en que se ha recomendado, no hace mucho tiempo, el introducir dos ó tres agujas en el hígado para establecer dichas adherencias.

Las cauterizaciones consisten, en aplicar la pasta de Viena, cual si fuese un fontículo, levantar la escara, dividiéndola crucialmente con el bisturí, y en el fondo de la solucion de continuidad colocar nueva pasta, levantarla en la misma forma hasta llegar sobre el peritoneo parietal. Al llegar sobre este punto, se dehen haber establecido las adherencias y se puede incindir el absceso hepático sin que el pus caiga dentro de la cavidad abdominal.

Hay otra clase de abscesos que, como los nefriticos, los esplénicos, (aunque raros, hay de ellos algunos ejemplos que son concluyentes), así como los pelvianos, perineales, etc., reclaman un tratamiento quirúrgico que puede formularse en estos términos generales: *buscar la cavidad del absceso por el camino más corto y exento de peligros; operar desde el momento que se sospeche la exis-*

tencia del pus; impedir el contacto de éste con órganos importantes; asegurar el desagüe quirúrgico y verificar sin vacilacion y con energía la antisépsis de la cavidad purulenta y de todo el trayecto hasta el exterior.

Diversas operaciones se practican sobre un *afecto* bastante frecuente, el cual consiste en la mortificacion de las partes blandas que se relacionan con los bordes de las uñas cuando éstas cambian de direccion; ó bien cuando los tejidos blandos se ponen tumefactos por diversas causas, y el roce y compresion que se provoca por el contacto de aquel órgano, llega á producir ulceraciones y fungosidades las cuales originan dolores intensos, cuando el individuo practica algun movimiento.

Casi siempre la uña del dedo gordo del pié viene á ser el asiento del afecto que mencionamos: por consiguiente á ella nos referiremos principalmente en estas consideraciones.

Necesita el cirujano algunos conocimientos anatómicos para darse cuenta de los procedimientos que se han recomendado. Tiene la uña del dedo gordo del pié un grosor que supera á todas de los restantes dedos. Ella, como sus similares, está como capa protectora para cubrir la extremidad de los dedos y favorecer sus fun-



Fig. 43. Engaste de la uña en el epidérmis y dérmis.

ciones. La uña está encajada en la extension de unos seis á siete milímetros en un repliegue que forma el dérmis, en donde está alojada lo que se llama *matriz* de la uña. Este órgano tambien presenta un ligero *engastamiento* hácia sus partes laterales, el cual viene disminuyendo desde la matriz al borde libre *ungueal*. Crece la uña en la direccion desde la matriz al borde libre, como lo prueban el cambio de sitio de las manchas y rugosidades que en

el órgano se presentan. Este tiene íntimas conexiones con los tejidos blandos y cuesta algun exfuerzo en verificar la separacion, la cual se facilita, como es consiguiente, si los vínculos de union son menores por las ulceraciones y fungosidades.

La operacion es dolorosísima, y los datos anatómicos nos explican perfectamente el resultado, teniendo en cuenta que la uña está encajada sobre papilas dérmicas, en las cuales la sensibilidad es considerable.

Unas veces por el calzado estrecho, otras por la desviacion del dedo, á causa de alguna alteracion articular en las falanges, en algunas ocasiones por el excesivo encorvamiento de la uña, debido á un aumento de grosor, se produce la mortificacion que hemos mencionado. La indicacion etiológica tiene gran importancia para fundar un tratamiento adecuado.

Cuando el *encorvamiento* de la uña depende del excesivo grosor, nos ha dado excelentes resultados el *raspar el dorso* de la uña con un pedazo de cristal, hoja de tijera ó corta-plumas para adelgazar toda la parte. Una vez conseguido esto, los bordes no ejercen una presion tan considerable y se evita la mortificacion de los tejidos.

Cuando las fungosidades son considerables, despues de adelgazar la uña, introducimos entre el borde de ésta y aquellas un poco de algodón cardado, el cual empapamos en una disolucion muy concentrada de cloruro de zinc; cuyo cuerpo modifica completamente los tejidos.

La operacion de extraer una parte ó la totalidad de la uña es sumamente dolorosa, y se emplean los anestésicos generales (como hicimos varias veces en el hospital de la Princesa) y los locales: como la nieve, pulverizaciones de éter, etc. Estas últimas las hemos empleado no hace mucho, tratándose de una extraccion total, y el enfermo sufrió muy pocos dolores.

Numerosos procederes se han propuesto para la curacion de la uña introducida en las carnes, y hay una gran confusion en las descripciones de las Obras clásicas de Cirujía. Nosotros hemos creido que facilitaria mucho el estudio, el siguiente cuadro: adoptando como procederes más preferibles, entre los distintos métodos los siguientes:

Para destruir las carnes: cauterizaciones con cloruro de zinc.

Para variar la direccion de la uña: adelgazarla con un raspador.

Para la ablacion parcial, la extirpacion con la tijera por el procedimiento de Dupuytren.

Y para la destruccion total de la uña, el otro proceder que recomienda el mismo autor.

A continuacion exponemos el siguiente cuadro, donde á primera vista se pueden apreciar las ventajas é inconvenientes que tienen los distintos métodos y procedimientos que se han recomendado en el tratamiento quirúrgico de la uña introducida en las carnes.

LECCION XXVIII.

Tratamiento quirúrgico de las fistulas.—Cuadro de los procedimientos operatorios.—Instrumento de *guia* para subdividir las fistulas de largo trayecto en otras de menores longitudes. — Una clasificacion oncológica como base de los procederes quirúrgicos.—Tratamiento quirúrgico de los quistes.—Cuadro de los procedimientos.—Tumores *benignos* y *malignos*.—Métodos generales de tratamiento.—Los *angiomias*.—Tratamiento quirúrgico de los *tumores luposos*.

En el tratamiento [quirúrgico de las fistulas debe el práctico fijarse en primer término sobre la *nocion etiológica* basada en el siguiente razonamiento: ¿Qué *causa* ha originado la fistula? ¿Subsiste aquella ó ha desaparecido, dejando sus efectos?

Esta debe ser la base principal y el *objetivo* á donde el práctico ha de dirigir sus investigaciones. Pongamos algunos ejemplos para hacer más comprensible la idea. Trátase de un enfermo, el cual presenta un trayecto fistuloso en una pierna, por donde segrega una serosidad purulenta, parecida á la *cera cuando se derrite*. Lo primero que el cirujano hace en este caso, es averiguar la manera como se formó la fistula; por el paciente ha podido saber, que éste ha venido padeciendo *escrófulas*, y que en el sitio de la fistula—ántes de que ella se formase—se presentaron *dolores* obtusos, y despues, en un punto más inferior un tumor fluctuante; que por fin, se dilató expontáneamente, dando salida á un pus grumoso mezclado con una serosidad turbia, quedando como última face la fistula, la cual ha continuado abierta y segregando el líquido patológico que más arriba hemos mencionado.

Con estos datos introduce el operador el *estilete* enrollado por el trayecto fistuloso, y despues de recorrer *sinuosidades* y diversos

recodos, tropieza con una superficie ósea de muchas rugosidades (que algunos cirujanos comparan al aspecto de un *azucarillo*) las cuales rozan asperamente con el estilete, mucho más si con él se comprime un poco, viéndose salir la serosidad algun tanto *rojiza*, por la sangre que con ella se mezcla, cuya pequeña hemorragia ha sido provocada por el instrumento. Tenemos en este caso, que el cirujano se debe fijar en la diatesis escrofulosa, á la cual aplicará un tratamiento general conveniente, en la cáries producto de la *dis-crasia*, sobre cuya lesion ósea se ha de dirigir primeramente el tratamiento quirúrgico, empleando un proceder que desde luego podemos apellidar etiológico, cual es en este caso la excavacion del hueso, la cauterizacion, etc. Finalmente, tenemos que combatir tambien—quirúrgicamente—el trayecto fistuloso que ha producido la cáries. En resúmen, hecho el análisis tenemos tres indicaciones, de las cuales las dos últimas competen directamente al cirujano.

Trátase en otro caso de un cuerpo extraño que mantiene una fistula, y ésta es consecutiva. El proceder quirúrgico debe ser: dar salida al cuerpo extraño que mantiene el trayecto fistuloso, y despues curar este último afecto.

Otras veces la causa ha desaparecido quedando dicho trayecto, y el proceder quirúrgico ha de referirse directa y exclusivamente á ésta; como por ejemplo: una fistula perineal resultante de la operacion de la *talla*, una del conducto de Stenon á consecuencia de una herida, una fistula vesico-vaginal con motivo de la gangrena provocada por un parto laborioso y difícil.

Conocidas las indicaciones, y por otra parte los medios generales quirúrgicos, el estudio en particular se facilita mucho, pues no hay mas que aplicar los procedimientos sobre el caso que se presenta; el cual ha de ser variable, y por lo mismo, el cirujano tiene que aplicar en la operacion un criterio puramente individual y clínico.

Para comprender mejor, y á primera vista, el tratamiento quirúrgico general, vamos á exponer el siguiente cuadro:

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE LOS TRAYECTOS FISTULOSOS.

- 1.º Con inyecciones. { Tintura de yodo.
Nitrato argéntico en disolucion.
Licor de Villate.
- 2.º Con la compresion. { Por medio de *compresas graduadas* ó vendajes de resorte.
- 3.º Con ligadura. { Elástica (Giné).
Metálica (Letamendi).
- 4.º Con otra fistula nueva.. . . . { Desviando la antigua, como en el proceder de Deguise en las fistulas del conducto de Stenon, y lo que practicaban algunos oculistas antiguos en la fistula lagrimal.
- 5.º Verificando el desbridamiento total. { Con la sonda acanalada y bisturi; ó bien usando como guia un *gorgerete* de madera ó metálico, como hacia Desault en las fistulas de ano.
Tambien por medio de la *Siringotomia* (corte con un instrumento especial llamado siringotomo).
- 6.º Practicando contra aberturas. { Con la sonda del que suscribe, cuando los trayectos fistulosos son extensos, para subdividirlos en otros de menores dimensiones, usando los sedales de *catgut* y crines, como medio de desagüe y de adhesion flecmásica.
- 7.º Poniendo en práctica procederes autoplásticos. { Por deslizamiento del colgajo autoplástico (Jobert de Lamballe).
Por *refrescamiento* de los bordes de la fistula y sutura (Velpeau).
Arrollando sobre si mismo el colgajo autoplástico—cual si fuese un *tapon*—y obstruyendo con él la abertura fistulosa. (Jamesson.)

Las inyecciones se aplican con mucha frecuencia en el tratamiento quirúrgico de los trayectos fistulosos; teniendo presente que éstas no deben usarse hasta tanto que la causa que produce la fistula no se haya modificado. Algunas veces se emplean, por la accion que, los líquidos que se inyectan, ejercen sobre el fondo de las fistulas.

La tintura de yodo, la de mirra, etc., han estado muy en boga, lo mismo que el licor de Villate, cuya composicion es la siguiente:

Sub-acetato de plomo líquido.	30 gramos.
Sulfato de cobre cristalizado.. . . .	} 15 »
» de zinc cristalizado.	
Vinagre de vino blanco.. . . .	200 »

Esta composicion tan compleja, cuyas sustancias han de actuar reciprocamente, formando indeterminadas combinaciones, fué importada en Cirugía, por Notta, en 1863. Nosotros la hemos emplea-

do alguna vez, y la hemos visto aplicar en varias ocasiones, y los resultados que se obtienen no inducen á ensayarla, pues ha llegado en algunos casos á producir hasta la intoxicacion.

Produce tambien fuertes dolores el licor de Villate; y, lo mismo que los demás líquidos que se emplean, excita y cauteriza la primera porcion de fistula (en cuyo punto la disolucion obra con toda su energia), y en cambio llega muy debilitado cuando se pone en contacto con el fondo del trayecto fistuloso.

En ciertas fistulas quedan las paredes separadas por medio de disposiciones aponeuróticas: contigüidad con tendones, movimientos de los órganos relacionados con el trayecto fistuloso, etc.; y para que se pongan en mútuo contacto las superficies cruentas, se emplea la compresion por medio de vendajes con resorte, como los bragueros, ó bien mediante compresas graduadas de diversas formas.

Nuestro cólega, el Dr. Giné, publicó un *Folleto*, recomendando la ligadura elástica, la cual debe comprimir sobre el trayecto fistuloso, de un modo inmediato y por el intermedio de unas *cuñas de madera*. Tambien el Dr. Letamendi recomendó, el abarcar todo el itsmo de la fistula con un alambre, tirando de los extremos de éste por medio de una pinza, hasta comprimir cuanto posible fuese; y despues verificar el corte con la tijera.

Con la *cadena* del constrictor de Chassaignac se han operado fistulas, así como tambien mediante el uso de otros constrictores y *aprieta-nudos*.

Cuando la fistula es producida por la secrecion de una glándula, se han empleado diversos procedimientos con el objeto de desviar el camino de dicho líquido por conductos artificiales. De estos proceder nos ocuparemos más *in extenso* al tratar de las operaciones especiales en las cuales se verifica.

El proceder clásico de Desault, la Siringotomia, así como el proceder ordinario que se emplea usualmente, son ejemplos bien demostrativos del *método 5.º del cuadro*. El proceder ordinario es bien sencillo: se introduce una *sonda canalada*, y por ella se corre un bisturí desbridando los tejidos hasta la superficie, cual si fuese una *incision emergente*; de modo, que la fistula se convierte en una herida, que es más fácil de curar que aquella, pues en la primera la accion tópica es mucho más directa que en la segunda.

Cuando la fistula es de largo y sinuoso trayecto, de modo, que

ni el desbridamiento pueda practicarse por el gran traumatismo que hay que verificar y lo extenso que quedaria la superficie cruenta, ó bien, porque las inyecciones no puedan bañar la fistula, para modificar sus paredes, entónces se puede verificar el procedimiento que nosotros hemos empleado algunas veces. Este consiste en introducir la sonda (1) por el trayecto fistuloso, para que sirva de guia en las contra-aberturas.

Para practicar la operacion, hay que tener presente que el *objetivo* del proceder quirúrgico, es: *dividir el trayecto de una larga fistula para que resulten otras de menores dimensiones, haciendo para ello diversas contra-aberturas, ya marcadas de antemano, en aquellos sitios más convenientes, con el objeto de que el tratamiento quirúrgico consecutivo sea más directo y eficaz.* Se dá comienzo á la operacion introduciendo la sonda por la fistula, y en el punto en que se ha de verificar la primera contra-abertura (ya señalada de antemano con el lápiz dermatográfico) se empuja la oliva, *apalancando* con el instrumento para que forme algun relieve en los tejidos. De este modo, por muy profunda que sea la fistula, el cirujano puede apreciar exactamente—por la porcion de sonda introducida y por el relieve antedicho—el punto en que, con un bisturí, ha de encontrar la punta del instrumento. Una vez en relacion con él, se hace sacar la oliva por la contra-abertura, y se sujeta en ella los hilos de catgut (crines) ó tubos de desagüe. Nosotros aplicamos los primeros en un principio, y despues—una vez estrechado el calibre de la fistula—empleamos las sustancias antedichas. Las primeras tienen la gran ventaja de que producen el desagüe, al mismo tiempo que se reabsorven; segun que el calibre se vá estrechando.

Practicada la primera contra-abertura y colocado el tubo de desagüe, se introduce la sonda por aquella, y más arriba se vuelve á verificar una incision, que comunique con la oliva del instrumento, repitiendo lo que se hizo en la primera parte del trayecto fistuloso. De modo, que se hacen cuantas contra-aberturas sean necesarias en los puntos más *estratégicos*, quedando dividida la fistula en otras de menores dimensiones, sobre cuyos trayectos pueden obrar más directamente los medios quirúrgicos: ya sean in-

(1) Cuyo instrumento hemos descrito y representado en una lámina, anteriormente.

yecciones, introduccion de tubos de desagüe, cuerdas de *catgut*, crines, etc.

Diversos procederes autoplásticos se emplean para curar las fistulas, y de ellos nos ocuparemos en las operaciones especiales.

A medida que la Anatomía patológica ha ido progresando en su desarrollo, se han venido sentando las bases, para con ellas armonizar los datos resultantes de aquella con los procederes quirúrgicos. Estos deben estar en consonancia—en cuanto sea posible y sin admitir en absoluto la correlacion—con las *neoplasias* que pretenden destruir.

Para *metodizar* el estudio hemos de partir de una de las clasificaciones oncológicas, y de éstas ninguna ofrece, para nosotros, tantas garantías como la de Lücke (1). Este cirujano admite dos grandes grupos: 1.º *Quistes*. 2.º *Neoplasias propiamente dichas*. En éstas incluye tres divisiones: 1.ª *Neoplasias del tipo de tejido conjuntivo normal*: Fibromas, miomas, lipomas, condromas y osteomas. 2.ª *Neoplasias del tipo de las sustancias conjuntivas embrionarias*: Mixomas. 3.ª *Sarcomas—Neoplasias del tipo del tejido epitelial*: Cánceres. Apéndice: melanomas—*Neoplasias del tipo de formas histológicas superiores*: Papilomas, angiomas, neuromas y adenomas.

Esta clasificacion es la que nos servirá de base para la exposicion de los procederes quirúrgicos (2).

Hemos de advertir, que la mayoría de los procederes quirúrgicos, en su aplicacion sobre las *neoplasias*, no han de modificarse *radicalmente* por el hecho de ser tumores distintos por su naturaleza y extension. Estas modificaciones son hijas del criterio clinico, al cual deben ajustarse—en la mayoría de casos—los medios con que cuenta el Arte quirúrgico.

Podemos clasificar los procederes que son más usuales para el tratamiento de los quistes en la forma siguiente:

(1) Monografía de Lücke—Diagnóstico general quirúrgico de los tumores—Traducción de Varela de la Iglesia.

(2) Los *osteomas*, lo mismo que los tumores que pertenecen á un sistema orgánico determinado, no los incluimos (respecto á su tratamiento quirúrgico), en esta leccion, pues de ellos nos iremos ocupando más adelante. Respecto á el *angioma*, como éste pertenece á los *capilares* lo incluimos en este capítulo.

- 1.º Comprimiendo las paredes del quiste para romperlas subcutáneamente. { Por medio de una *moneda* y venda apretada.
Empleando una pieza de plomo.
Comprimiendo fuertemente con los dedos, para que se produzca la rotura, salida del líquido é inflamacion adhesiva.
- 2.º Verificando la abertura del quiste, cutánea ó subcutáneamente, para modificar las paredes quísticas. { Practicando punciones. { Con agujas, bisturí ó tenotomos.
Inyectando sustancias irritantes. { Tintura de yodo.
Disoluciones cáusticas ó sustancias astringentes.
Rasgando, con una aguja las paredes, despues de hecha la puncion.
Pasando un sedal. . . { De crines de caballo ó de cuerdas de *catgut*.
- 3.º Excindiendo parcialmente las paredes ó atacándolas con cáusticos. { Cortando una parte del quiste para que el líquido no se reproduzca.
Aplicando las pastas cauterizantes potenciales ó bien el cáustico actual con el objeto de destruir parte del quiste y provocar la inflamacion adhesiva.
- 4.º Enucleando la totalidad del quiste. { Extrayendo el quiste por una incision curva lateral que recorra parte del perimetro.
Extrayendo el quiste por una sola incision que se extienda por la parte más prominente.
Extrayendo el quiste por dos incisiones curvas que forman una *ellipse*, comprendiendo en la excision la porcion elipsoidea de piel que representa el área de las dos incisiones.

No nos detendremos mucho en la explicacion de los anteriores procedimientos, pues debe quedar al criterio clínico del cirujano, el acomodarlos á los diferentes casos que se le presenten; pues no es fácil dar reglas particulares en las operaciones de una clase de afectos, los cuales son tan sumamente variables por su *naturaleza dimensiones y puntos en que radican*.

El tratamiento de los tumores: lipomas, fibromas, etc., que no presentan *malignidez* (en el sentido que se admitia esta palabra por los cirujanos antiguos) debe consistir en procedimientos que varían algun tanto, de aquellos que se emplean más especialmente en el tratamiento de los tumores cancerosos.

Si establecemos un *paralelo* entre el modo como debe procederse entre uno y otro modo de obrar, resaltarán mucho más las diferencias.

En los malignos ó cancerosos:

1.º No deben intentarse las aplicaciones de los medios farmacológicos excitantes porque provocan la ulceracion y aceleran la caquexia cancerosa.

2.º Las exploraciones diagnósticas deben *economizarse todo lo posible*, pues á veces son el punto de partida de la ulceracion del tumor; y en la mayoría de casos no se cicatrizan las punciones.

3.º En los tumores cancerosos la operacion debe hacerse cuanto ántes; mucho más cuando se teme que la caquexia se presente; pudiendo formularse en este punto la siguiente ley: *miéntras más pronto se verifique la extirpacion hay mayores garantías de que no se reproduzca el tumor.*

4.º En los cánceres, el tratamiento más eficaz está reducido especialmente á la extirpacion y á la cauterizacion.

5.º No solamente debe extirpar el cirujano todo lo canceroso de los tejidos, si que tambien todo lo que inspire la más *pequeña sospecha*, pues de otro modo la recidiva es la regla general.

En los tumores benignos:

1.º Se pueden intentar todos los medios terapéuticos farmacológicos, pues no hay *peligro* porque la excitacion agrave la *índole* del tumor.

2.º Las exploraciones diagnósticas se practican con la mayor *inocuidad*, y casi siempre acontece que se cicatrizan las punciones.

3.º En los *tumores benignos* se puede *contemporizar* con la operacion esperando la ocasion más propicia y ventajosa: ya se refiera ésta, á la mayor robustez del enfermo, cambio de estacion, ó para ver el resultado de algun tratamiento farmacológico.

4.º En los tumores *benignos* se pueden escoger para su tratamiento la mayoría de los procedimientos de exéresis.

5.º En la extirpacion de los tumores *benignos* pueden quedar en los tejidos algunas porciones de *neoplasia* cuando no sea fácil la extirpacion; pues aquellas desaparecen casi siempre envueltas por los cambios que produce en los tejidos el proceso cicatricial.

6.º El cirujano debe procurar en la extirpacion de los cánceres, el cubrir con colgajos, traídos de partes no *sospechosas*, las superficies cruentas que resultan en la extirpacion, pues la reunion secundaria, así como el estímulo del pus, es una causa abonada de recidiva.

6.º Aunque queden superficies cruentas en el punto en que radicaba el tumor, no hay peligro alguno de que la *reunion secundaria* deje de verificarse, ni tampoco de que la supuracion ocasione la recidiva.

Hemos trazado á grandes rasgos las bases que deben servir de norma, para que el cirujano ajuste su conducta á la índole de los tumores que piensa extirpar.

Como complemento de lo expuesto, vamos á transcribir (1) el siguiente cuadro que abarca los procederes quirúrgicos que se han recomendado con mejor éxito.

Métodos quirúrgicos para el tratamiento de los tumores.

- | | | |
|--|---|--|
| 1.º Método que pretende modificar el tumor. | } | Por las inyecciones coagulantes, cáusticas ó excitantes de otra especie.
Valiéndose de la ignipuntura y de la electrolisis.
Provocando la supuracion y la transformacion regresiva. |
| 2.º Método sitiándolo por <i>hambre</i> por impedir que se nutra, poniendo en practica la ligadura del pedículo ó de las arterias. | } | Ligadura de Manec-pediculizando el tumor en <i>cuatro cuadrantes</i> .
Empleando el constrictor de Maisonneuve.
Practicando la ligadura elástica.
Verificando la extrangulacion de Chassaignac.
Ligadura de los vasos que nutren al tumor. |
| 3.º Método destruyendo el tumor por medio de los cáusticos (2). | } | Empleando los potenciales. { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 0.5em;"> Cauterizacion en <i>flechas</i>.
 Ligadura cáustica.
 Cauterizacion <i>paralela</i>. </div>
Empleando los <i>actuales</i> { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 0.5em;"> Cauterizacion con la cuchilla del <i>thermo-cauterio</i>.
 Id. con la cuchilla cortante. </div> |
| 4.º Método dividiendo el tumor á pedazos (<i>morcellement</i>). | } | Proceder de Bonnet, de Lyon.
Como operacion preliminar (proceder de Péan). |
| 5.º Método extirpacion total del tumor. | } | Aislándole por medio de la <i>diseccion obtusa</i> después de las incisiones exteriores.
Disecando los tejidos por medio de la tijera.
Id. con el bisturi. |

(1) Sin pretensiones á la originalidad, pues somos los primeros en reconocer el *nihil novum sub sole*, debemos manifestar que los cuadros de procedimientos quirúrgicos los veníamos formando de tiempo atrás, tomando como punto de partida diversas bases.

(2) Ciertas pastas cauterizantes han estado en gran boga para la curacion

Estos procedimientos se pueden aplicar indistintamente á la mayoría de los tumores, acomodándolos á la indole, extension del afecto y condiciones individuales del paciente.

Hay además otra clase de tumores que, por su particular composicion, reclaman procedimientos especiales: nos referimos á los

de los cancroides; en la creencia, los autores de las mismas, de que dicho medio obraba en doble sentido. 1.º Destruyendo el *afecto* y cerrando las boquillas absorbentes de los vasos; siendo en este concepto, un *proceder obliterante* que se oponia á la propagacion de las células *cancroideas*, y por consiguiente á la infeccion y á la caquexia. 2.º Obraban dichas pastas como verdaderos agentes *especificos*, cuya accion no estaba bien determinada.

Como quiera que los cáusticos se emplean generalmente cuando el cancroide está en su principio, no es extraño que dé más resultados que el bisturí: porque éste instrumento se emplea en un periodo más avanzado de desarrollo. Debido á esto, se ha de observar, precisamente, que mientras ántes se destruya el tumor hay más probabilidades de que no *recidive* la *neoplasia*. Téngase en cuenta además, que en un principio, como el diagnóstico es muy oscuro, porque no se han manifestado los síntomas, pueden cauterizarse muchos tumores que pasan como cancroides sin que lo sean. Como ejemplo de que no es tan fácil el diagnóstico como se presume, y de que muchas veces personas muy prácticas pueden equivocarse al apreciar la naturaleza de una neoplasia, vamos á exponer un caso que, además de ser muy curioso, es bastante instructivo.

Hace algunos años existia en Paris una persona bastante conocida, á la cual se le habia presentado un tumor en el labio, de apariéncia cancroidea. El paciente consultó con los principales cirujanos de la capital y todos confirmaron el diagnóstico—cancróides—creyendo que el único proceder que ofrecia mayores garantías era la extirpacion del tumor, mediante el bisturí. El enfermo, persona por demás meticulosa, resistióse á que en él se practicara la operacion propuesta. Por este tiempo llega á Paris un *célebre charlatan*, rodeado de toda la *pompa olimpica* (como acostumbran estos en las grandes capitales, y mucho más si ésta es de la indole de Paris), diciendo que venia de la *India* y que curaba todas las enfermedades incurables, incluso el cáncer (pues éste es el terreno más fácil de explotar) con remedios secretos, compuestos de *quintas esencias* y *plantas raras*, no conocidas aún por botánicos ni médicos. Decia un gran hombre, que nada se explota tanto como la ignorancia ó las preocupaciones. El charlatan muy pronto se rodeó, de bastante clientela; siendo uno de los enfermos que primeramente medicara al del supuesto *cancróides*. Aplicó el Dr. Noir—que este era el nombre del *flamante doctor*—sobre el tumor uno de sus *especificos*, y poco tiempo despues habia *desaparecido la neoplasia*, sin que quedase residuo alguno. *Las trompetas de la fama* sonaron con más estrépito que jamás se oyeran; y habia motivos para ello, pues Francia habia sido la nacion elegida para descubrir el remedio del cáncer, sin necesidad de operacion! ¡La humanidad habia encontrado el medio de librarse de uno de los peores azotes que la *diezman!* Corre la noticia, y el Dr. Noir es declarado médico honorario, saltando por encima de las *pequeñas formalidades de las pruebas oficiales* ¡que el génio no necesita *trabas!* Las Clinicas superiores fueron puestas á disposicion del *bienhechor de la humanidad*, para ensayar sus *especificos*..... y no dieron resultado alguno; desapareciendo el *honorífico doctor*....., *sin despedirse siquiera de sus admiradores*.

tumores erectiles ó *angiomas*. En estos — debido á la propension á las hemorragias—están muy indicados algunos procederes hemostáticos preventivos, que empleándolos con la debida *oportunidad* siempre dan buenos resultados: como son la aplicacion de tópicos astringentes, la ligadura de los vasos que dan origen al angioma, etc.

Otra de las indicaciones fundamentales que el cirujano ha de cumplir en esta clase de afectos, es la de provocar la flecmasia adhesiva, valiéndose para ello de algunos procederes quirúrgicos, como son la vacunacion, la sutura ensortijada (proceder de Fayolle), el sedal metálico, etc. Finalmente, los medios de excision y cauterizacion se han empleado como recursos más poderosos.

Como los *angiomas* son variables por su forma y extension, no es posible dar reglas generales, debiendo el cirujano emplear los procederes con arreglo al criterio clinico.

Hay otra clase de tumores perfectamente estudiados en nuestra época, como son los *lupus*, en cuyo tratamiento quirúrgico se emplean procederes operatorios de muy buenos resultados (1).

Nada era tan variable como el tratamiento quirúrgico de los *tumores luposos*, hasta que Angelo Dubini, en 1867, inició el sistema de las punciones y escarificaciones. En 1870 Volkmann expone su procedimiento quirúrgico para tratar el lupus, sobre el cual verificaba *abrasiones*, valiéndose de su *cucharilla* (de la cual hemos hecho mencion en los medios traumatizadores).

Si el *lupus* es extenso, Volkmann anestesia al enfermo, y con la cucharilla *arranca por la abrasion* trozos de tumor, hasta que desaparece toda la infiltracion neoplásica. Cuando se presenten las granulaciones á los tres ó cuatro dias, el cirujano aleman cauteriza con nitrato de plata para impedir la recidiva.

El Dr. Veiel, de Canstatt, ha modificado el procedimiento de Volkmann con el fin de poner al operado, más á cubierto de las recidivas. Dicho cirujano practica escarificaciones, valiéndose de un instrumento compuesto de seis láminas cortantes, colocadas paralelamente. Con dicho escarificador se multiplican los cortes en distintos sentidos, cuyas incisiones deben comprender todo el

(1) De la Monografía de M. Vidal, médico del Hospital de San Luis, hemos tomado algunos datos. También hemos consultado los artículos que, en la *Revista de Ciencias médicas*, publicó el Dr. Viñeta y Bellaserra.

grosor del tumor. Una vez verificadas éstas, se cauteriza la superficie con el cloruro de zinc delicuescente y alcohol. El proceder de Veiel—como dice Vidal—es aplicable á toda clase de lupus.

El Dr. Balmanno Squire modificó tambien el proceder de Volkmann usando *cucharillas* cortantes de menores dimensiones que las del cirujano aleman. Con estos instrumentos practica la abrasion; y como operaciones complementarias verifica multitud de escarificaciones lineales, con una aguja lanceolar parecida á la que los cirujanos antiguos empleaban en la depresion de la catarata: si bien la del profesor inglés viene á ser de mayores dimensiones.

Balmanno Squire repite las escarificaciones en distintas formas cauterizando despues, como hace Veiel, valiéndose del cloruro de zinc con el alcohol.

Uno de los procederes quirúrgicos que ofrecen mayores ventajas, es el de Vidal (médico del Hospital de San Luis, de París). Dicho profesor tiene una extensa práctica en el tratamiento del *lupus*, como lo demuestra la estadística de sus operados, así como lo revelan los que han podido asistir á su clinica.

El profesor francés usaba en los primeros años de su práctica la aguja de Balmanno Squire, pero comprendió que por lo delicado del instrumento habia que cambiarlo á cada instante, y esto dió motivo para que Vidal recomendase una aguja de más resistencia.

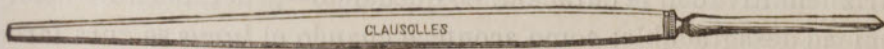


Fig. 44. Aguja de Vidal para la escarificacion del *lupus*.

Consiste dicho instrumento en una hoja estrecha de $2\frac{1}{2}$ centímetros de longitud por 2 milímetros de ancho, cuya hoja termina en una punta triangular de dos filos, los cuales se reunen en un ángulo de 55° .

Deben practicarse las escarificaciones con presteza; que guarden la misma distancia y que en profundidad lleguen hasta los tejidos sanos. Tambien deben éstas hacerse sobre los bordes de la *neoplasia*.

Con el objeto de verificar muchas escarificaciones de una manera simultánea, ganando tiempo, y á mas, que las incisiones

lineales estuviesen á una misma distancia, ya marcada de antemano, el profesor inglés Balmanno, Squire mandó construir un escarificador de varias láminas, que es difícil comprender por una descripción, y si muy fácil, tan sólo con ver el grabado, por lo cual exponemos dos: uno para que se vea el instrumento de plano con sus cuchillas y *orejeras* las cuales sirven de *tope* ó *deten* para limitar la profundidad de las escarificaciones, y el otro para representar el perfil de dicho instrumento.

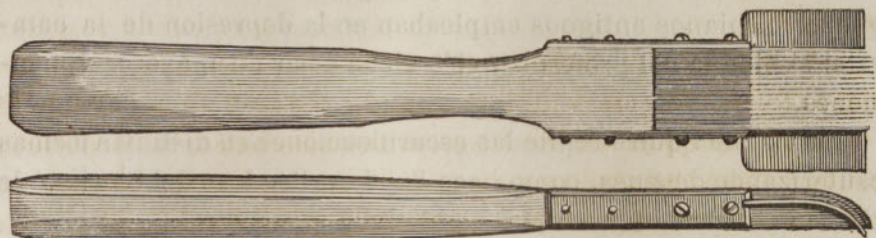


Fig. 45. Escarificador de Balmanno visto de frente.

Fig. 46. El mismo instrumento visto de perfil.

Después de las incisiones la hemorragia se detiene fácilmente sin necesidad de recurrir á medios hemostáticos enérgicos. El derrame sanguíneo parece ser algo más considerable cuando el *lupus* radica en las mucosas.

Pasados seis á ocho días y cuando ya se ha terminado la cicatrización, se repiten las escarificaciones, de modo que crucen oblicua ó perpendicularmente á las practicadas en la *seccion anterior*. Cuando éstas se repiten de seis á ocho veces, viene la cicatriz definitiva con la curación, no quedando—generalmente—deformidad desagradable: como acontece cuando el *lupus* se cura tarde y después de grandes destrozos.

Plantea Vidal un problema, el cual no deja de tener suma importancia. ¿Cómo se verifica la curación del *lupus* por medio de las escarificaciones? La cicatriz que sobreviene con estos medios es igual á la que suele presentarse en la cicatrización espontánea; sin embargo, para que ésta se verifique, casi siempre ha de ir precedida de inflamación y supuración.

Examinando microscópicamente lo que ocurre en los tejidos, cuando viene la cicatriz mediante las incisiones, se observa lo siguiente: las células de *lupus*, más avanzadas en su desarrollo, sufren la degeneración célula-grasienta y son destruidas durante el proceso de la cicatriz, con motivo de dichas incisiones; y las célu-

las más jóvenes y *embrionarias* se constituyen en *núcleos* concurriendo en el proceso cicatricial á la formacion del tejidoconjuntivo

Dice Vidal, que no por las escarificaciones debe olvidarse el tratamiento general que auxilia mucho al quirúrgico.

El cirujano francés reasume su importante trabajo con estas dos conclusiones: 1.^a El tratamiento del *lupus* por las escarificaciones es él menos doloroso, él más seguro y él que pone más al abrigo de las *recidivas*; y en el concepto del resultado cicatricial es el más ventajoso.

2.^a Aplicable la escarificacion á toda clase de *lupus*, varia, sin embargo, su eficacia segun la clase de afeccion *lúpica* de que se trate; por ejemplo, su influencia es notable cuando se escarifican los de formas tuberculosas: ya estén ó no ulceradas; tambien es muy útil cuando se trate del *lupus voraz*; y, en cambio, la accion quirúrgica de la escarificacion es menos problemática contra él eritematoso, y de un poder mucho menor contra él *acnéico*.

SECCION VIII.

CIRUGÍA PLÁSTICA.

LECCION XXIX.

Autoplastia.—Métodos generales.—Procedimientos quirúrgicos que dependen de los métodos *francés, indiano é italiano*.—Reglas generales para llevar á cabo este género de operaciones.—Idea general de la *heteroplastia*.—*Inertos epidérmicos*.—Indicaciones y manual operatorio.—Diversas teorías sobre las cuales se basa el método.

Ha venido á constituir la Cirugía autoplástica ó reparadora uno de los recursos más importantes y dignos de estudio con que cuenta el Arte quirúrgico de nuestra época. La perfeccion llevada á los procederes operatorios; un conocimiento más exacto de la manera como se nutren los órganos y del modo como reparan las pérdidas de sustancia, y el empleo de medios más directos para prevenir los accidentes, ha dado una mayor exactitud y seguridad en la manera de llevar á cabo las operaciones autoplásticas, las cuales se practicaban ántes con problemático resultado.

La palabra *Anaplastia* toma su origen de *αναπλασειν*: que significa rehacer, reconstituir, y dicho verbo proviene—segun dice Verneuil—de la palabra *αναπλασις*: que Hipócrates designaba para expresar el restablecimiento de la forma. De estos *radicales griegos* han tomado base los etimologistas para crear nuevas palabras, que expresasen la operacion que rehace un determinado órgano, así como el punto de donde se extraia el *material* necesario para la restauracion. Así tenemos dos grandes divisiones: *Autoplastia* y *Heteroplastia*, segun que salga del mismo individuo ó de otro diferente el *colgajo* que ha de rehacer ó reconstituir el órgano destruido. Las palabras: blefaroplastia, otoplastia, rinoplastia, queiloplastia, etc., indican ya la clase de operacion que se practica y el fin terapéutico que se pretende cumplir.

Diferentes definiciones se han dado de la *Anaplastia*. Para Verneuil dicho método significa: El Arte de borrar ó paliar las defor-

midades congénitas ó accidentales, cualesquiera que sea el sitio, la forma, especie ó causa; de restaurar la figura alterada de los órganos, restableciendo las funciones comprometidas por lesiones antiguas y permanentes, é *incurables*, por las solas fuerzas de la naturaleza. Esta definicion es tan lata, que el mismo Verneuil confiesa que comprende la mayor parte de la Cirugía, por mas que él la admita en este sentido. La definicion de Blandin parece más concreta y más en armonía con la manera como se comprende este método por la generalidad de los cirujanos: *La restauracion, de partes del cuerpo que han sido destruidas, valiéndonos para este fin terapéutico de colgajos ó partes orgánicas extraídas en regiones anatómicas más ó ménos lejanas.*

No está libre la definicion de Blandin de objeciones que puedan desvirtuarla algun tanto; como por ejemplo, la idea de *restauracion*, significa que *antes* ha existido dicho órgano: pues las palabras *restaurar*, *reconstituir*, etc., implican desde luego la idea de una existencia anterior, á lo que se pretende reconstruir. En este concepto la definicion estaria perfectamente justificada cuando se tratase de un individuo, por ejemplo, que hubiera perdido la *nariz* por un sablazo ó por otro medio; la rinoplastia tendria por objeto restaurar lo que se ha perdido. Pero si es un individuo que nació sin nariz, la autoplastia podrá hacer el órgano, transplantando colgajos, pero no habrá *restauracion* en la rigurosa acepcion de la palabra.

Como son operaciones delicadas, todas las que se refieren á la Autoplastia, no es extraño que la historia de esta operacion sea sumamente larga y minuciosa, la cual concretaremos en breves líneas, con el objeto de exponer alguna idea respecto de ella.

Tres orígenes diversos ha tenido dicha operacion: el científico y dos de origen puramente empírico y tradicional. Refiérese el primero al célebre Celso; este enciclopedista romano habla de la blefaroplastia con entero conocimiento de causa, cuando dice: *Sic nimium palpebræ deest nulla id restituere curatio potest.* Los orígenes empíricos se refieren á la familia de los Branca, en Italia, y á Tagliacozzi. Los primeros se trasmitian tradicionalmente, de generacion en generacion los procederes quirúrgicos que practicaban guardando el mayor secreto. En Tagliacozzi toma la rinoplastia un carácter científico, publicando este autor una Obra referente á dicho asunto. Tagliacozzi murió en 1599 y le levantaron una estatua

en el Anfiteatro de Bolonia, llevando aquél una nariz en la mano, sin duda para representar *más gráficamente*, que dicho cirujano se dedicaba especialmente á operar *desnarigados*. Habian caido en gran descrédito las operaciones autoplásticas; pero desde tiempo muy remoto una tribu india se dedicaba á la *rinoplastia*: los Koomas, Estos vienen á representar el otro origen de la operacion.

En 1793—dice Rochard—el periódico *L'Hircarrha*, publicado en Madras, referia que *un paria* habia sido *desnarigado* por mandato de Typoo-Saëb. El castigado fué á Kumar donde se hizo operar por un *hábil restaurador* (nasifex). Thomas Crusa y James Studlay fueron testigos de dos operaciones parecidas; y en 1798, Pennaut hizo conocer el procedimiento de los Koomas. En 1800, Lucas, cirujano en jefe del ejército de India, adquiere más datos, y el mismo pudo practicar algunas operaciones autoplásticas por el método indiano (1).

(1) En nuestro país existen tambien algunos precedentes que apuntaremos, siquiera sea en una *nota*, la cual nos la remitió—hace algunos años—el Dr. Colomer, uno de los jóvenes más inteligentes y estudiosos que han salido de nuestra Facultad de Medicina. Con la muerte de dicho profesor—acaecida en Cuba hace poco—ha perdido la Ciencia patria, á uno de los que contribuian con más interés á su progreso y desarrollo. Los experimentos de Colomer, en la Sociedad Médica del Laboratorio, serán motivo de estudio en todas épocas. Dice así la *nota* (cuyo manuscrito conservamos en mucha estima), sacada de *Las Elegias y Elogios*, de varones ilustres de India, pág. 365.—Biblioteca de Autores españoles.—Tom. IV.

Fué de Madrid hidalgo conocido
De noble parentela descendiente,
Hombre tan animoso y atrevido
Que jamás se halló volver la frente
A peligrosos trances do se vido
Saliendo de ellos honrosamente,
Mas rodeándolo seis hombres buenos,
Escapó de ellos las narices ménos.

Médicos de Madrid ó de Toledo
O de más largas y prolijas vías
Narices le sacaron del molledo,
Porque las otras se hallaron frias;
Y sin se menear estuvo quedo
Por más espacio de sesenta dias,
Hasta que carnes de diversas partes,
Pudieron adunar médicas artes.

A mí se me hacia cosa dura
Creello: pero con estas sospechas,

En el cuadro siguiente pueden ver los lectores la mayor parte de los métodos y procederes.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS AUTOPLÁSTICOS.

Primer método:

De Celso ó francés.

Deslizando la piel sobre la superficie cruenta que ha de cubrir.

Las incisiones que se practican en este método tienen por objeto distender la piel, para que ésta pueda cubrir bien la *superficie cruenta*; y para ello se pueden seguir distintos procedimientos:

- 1.º Incisiones externas, rectas, curvas ó rectilíneas para distender la piel misma.
- 2.º Incisiones internas en la misma forma que en el proceder anterior.
- 3.º Despegando los tegumentos.
- 4.º Despegando los tegumentos y trazando verdaderos colgajos.
- 5.º Deslizando mucosa y piel para que vengán á constituir una nueva membrana.

Segundo método:

Indiano.

Los colgajos para la reparación se sacan de las regiones inmediatas y se colocan sobre las superficies cruentas, mediante una inclinación en ángulo de 30º á 90º

- 1.º Método indiano por migración sucesiva de colgajos (éste se puede aplicar muy bien al método francés).
- 2.º Formando un puente membranoso con los colgajos disecados, como acontece con algunos procedimientos de uranoplastia.
- 3.º Enrollando el colgajo sobre sí mismo para formar un tapon y obturar un trayecto fistuloso: como el procedimiento de Jamesson.
- 4.º Invertiendo el colgajo cutáneo y aplicando la superficie cruenta sobre otros colgajos: como acontece en la uretrotomía y en los procederes rinoplasticos de Verneuil (cuyo procedimiento es combinado del indiano y del francés).

Tercer método:

Italiano ó de Tagliacozzi.

Los colgajos se trazan en puntos lejanos del cuerpo y se aplican sobre la parte que pretenden rehacer, no cortando el pedículo hasta que aquél se haya cicatrizado por completo

- 1.º Dejando supurar el colgajo hasta tanto que se formen granulaciones para aplicarlo de una manera consecutiva sobre la superficie cruenta (procedimiento clásico ó de Tagliacozzi).
- 2.º Aplicando el colgajo inmediatamente después de trazado, con el objeto de obtener la reunión inmediata sobre la superficie cruenta en la cual se aplica (procedimiento de Græfe ó método alemán) (1).

Hablándole miraba la juntura,
Y al fin me parecian contrahechas,
Segun manifestaba su hechura
Por ser amoradas y mal hechas;
Certificábanlo muchos antiguos,
Que todos ellos fueron mis amigos.

(1) Muy mal llamado en este último concepto.

<p>Cuarto método: Cuando la autoplastia se verifique en órganos especiales tomando el material de reparacion del mismo individuo, ó bien de otro de la misma, ó de diferente especie.</p>	<p>1.^{er} submétodo.</p>	<p>{ Cuando es un órgano completamente separado y se reaplica sobre el mismo punto, ántes de que aquél haya perdido su vitalidad: como la nariz, extremo de un dedo, etc.</p>	
	<p>2.^o submétodo..</p>	<p>{ Para la reparacion de ciertos sistemas orgánicos.</p>	<p>{ Queratoplástia. Neuroplástia. Mioplástia. Tenoplástia. Transplantacion ósea. Resecciones temporarias.</p>
	<p>3.^{er} submétodo.</p>	<p>{ Grandes colgajos extraídos de otro individuo.</p>	<p>{ Todos los procedimientos heteroplásticos.</p>
	<p>4.^o submétodo..</p>	<p>{ Inertos orgánicos de pequeñas dimensiones.</p>	<p>{ Inerto epidérmico Id. dermo-epidérmico.</p>

El primer método, ó sea el de Celso, tiene multitud de aplicaciones y con ellas se obtienen los mejores resultados. Cuando existe un pequeño trayecto fistuloso, ó bien si hay que extraer un quiste ó tumor de pequeñas dimensiones, casi siempre el cirujano ha de verificar algunos cortes para que la piel se distienda, y dé ésta la superficie cutánea necesaria para cubrir la herida.



Fig. 47. Método francés (blafaroplastia, proceder de Dieffembach).

Otras veces los cortes hay que darlos algo léjos del sitio de la operacion, para que la piel ó mucosa se preste, y puedan darse los puntos de sutura, sin que se queden tensos los bordes de la solucion de continuidad. A esta clase de incisiones las llaman los cirujanos con el gráfico nombre de, *cortes liberatrices*. Se emplean en la *estafilorrafia* y en muchas operaciones autoplásticas.

Si la superficie cruenta tiene mucha extension, no hay otro medio, para cubrir toda la herida, que trazar colgajos de las partes inmediatas y traerlos por *deslizamiento* (que es el carácter principal del método francés.

Sucede á veces, que el cirujano pretende rehacer un órgano doble, compuesto de piel y mucosa: como sucede en la *queiloplastia*, etc.; entónces tiene que trazar colgajos cutáneos y mucosos; pues así hay mayor garantía de éxito curativo.

El método indiano consiste en disecar colgajos de las regiones inmediatas, inclinándolos en un ángulo más ó ménos abierto, con el objeto de cubrir la superficie cruenta; así en la blefaroplastia superior se puede sacar el colgajo de la region temporal é inclinarlo sobre el párpado.

Cuando se quiere cubrir la superficie cruenta que deja el colgajo, se traza otro en la region contigüa, haciéndolo deslizar sobre el sitio en que estuvo el primero. Esta operacion se puede repetir sucesivamente, hasta que no quede superficie cruenta alguna, empleando para ello dos ó más colgajos, con el fin de cubrir las heridas que ellos dejan. A este procedimiento le denominaba Blandin: *anaplastia por migracion sucesiva*.

El método indiano se emplea en algunos procedimientos que se practican en la uranoplastia. Lo mismo acontece para obturar los trayectos fistulosos (cual sucede en los traqueales), siguiendo el procedimiento de Jamesson, al que se conoce por algunos cirujanos franceses con el nombre de *proceder de Velpeau*; si bien la *prioridad* pertenece al cirujano inglés.

En la rinoplastia suele emplearse—para dar mayor consistencia á la nueva nariz—un procedimiento perteneciente al segundo método en el cual se disecan diversos colgajos.

Muy pocas aplicaciones tiene hoy el método de Tagliacozzi ó italiano, toda vez, que la posicion forzada que ha de tener el individuo, y lo dificultoso de la maniobra quirúrgica, en lo que se refiere á mantener perfectamente adherido el colgajo del brazo, hacen que esté desechado dicho método en sus dos modalidades: la de Tagliacozzi y la de Græfe.

En el 4.º grupo hemos incluido todos los procederes quirúrgicos que no corresponden á los anteriores, entre ellos los heteroplásticos.

En el primer sub-método, perteneciente al anterior, debemos

incluir la operacion que se practica, cuando un individuo que ha perdido un órgano á consecuencia de una herida de bordes incisivos y regulares, se reaplica el órgano excindido, poco despues del accidente, y cuando los tejidos pueden conservar aún su vitalidad Mas si esto es admisible en el terreno de la práctica, y de ello se cuentan numerosos ejemplos, es más difícil de creer cuando se dice: que el material de reparacion ha salido de otra persona, constituyendo un verdadero método heteroplástico. Cierto es—segun cuen-



Fig. 48. Método indiano (rinoplastia).

ta la Historia Quirúrgica—que en lo antiguo se sacaba de la nalga de un esclavo el colgajo que habia de rehacer la nariz de ciertos individuos, jefes de algunos pueblos salvajes que sufrían el bárbaro castigo de la *desnarigacion*, cuando eran hechos prisioneros por las tribus enemigas. Otras veces, el cacique mandaba desnarigar, como pena, alguno de sus subordinados, como hemos referido en el principio de esta leccion.

Tambien se han querido practicar procedimientos heteroplásticos sacando el material de reparacion de ciertos animales. Estos

hechos no han dado resultado alguno. La heteroplastia tiene un origen algo fabuloso, por lo cual ha servido á muchos escritores de objetivo para sus sátiras, y se ha lanzado sobre los creyentes de ciertas operaciones todo lo más punzante del sarcasmo y de la ironía. Algun fecundo novelista escribió: *La nariz del notario*, en que imagina una rinoplastia, cuyo material para la operacion vendió un ébrio de *oficio*, el cual poseia una nariz rugosa y amoratada á consecuencia de los alcoholes. Muchos cirujanos antiguos consideraban como cándido y crédulo á Garangeot, porque cuenta en uno de sus escritos, formalmente, la operacion practicada por el barbero Galien en un individuo á quien su contrincante arrancó la nariz de un bocado; y el practicante, una vez limpio el órgano separado, lo suturó, cicatrizando perfectamente. Nuestro Argumosa ridiculiza en su *Resúmen de Cirugía*, el hecho, tantas veces repetido de la rinoplastia, del bandolero que pierde la nariz en la refriega, y sus colegas esperan al primer transeunte, le cortan el órgano que hace falta y se lo aplican al compañero desnarigado.

La heteroplastia puede referirse al periostio, como hacia Ollier sembrando de pedacitos de esta membrana la region inguinal de los perros, para poder observar las neoformaciones de que son susceptibles esta clase de membranas. Se ha pensado en verificar heteroplastias óseas, pero sin éxito (1).

Se ha practicado la heteroplastia con tejidos musculares y de otros sistemas, pero sin notable resultado.

Vamos á ocuparnos tan sólo de los ingertos epidérmicos y dermo-epidérmicos, haciendo constar que muchos de los datos que expongamos están tomados del notable discurso que nuestro colega el Dr. Ustariz pronunció en la inauguracion de la Academia médico-quirúrgica de Madrid, al abrir la sesion.

El ingerto epidérmico debe su origen á Reverdin de Ginebra.

Existia un herido en una de las salas á cargo de J. Guyot, á cuyo enfermo se le habia gangrenado casi toda la piel del antebrazo izquierdo, durante el periodo de supuracion; y cubierta la úlcera de pezoncillos carnosos se estaciona sin avanzar la cicatrizacion.

(1) No es de creer, lo que se cuenta de aquel cirujano, excomulgado por haber aplicado un pedazo de cráneo de perro á un individuo sobre el cual cicatrizó; teniendo el pobre práctico que extirparlo despues para librarse de la anatema de la Iglesia. ¡Ojalá que estos fenómenos de cicatrizacion sucedieran como se cuentan!

Reverdin depositó sobre la solución de continuidad pequenísimos pedacitos de epidermis, que había separado del antebrazo derecho del herido, y que había sujetado aquellos con tiras de diaquilón. Al cabo de algunos días, observó que se iban extendiendo en pequeños islotes, hasta que reuniéndose por su circunferencia, se confundieron en uno, que á su vez constituyó pronto verdadera continuidad con las orillas de la úlcera.

Este hecho acontece en 1859, y Reverdin no lo comunicó á la Sociedad de Cirugía hasta el 8 de Diciembre de 1869. Poco tiempo despues, Sée, Verneuil, Duplay y Colrat en su tésis, proclaman las ventajas de este nuevo medio. Pronto se extiende por Suiza, debido á Augusto Reverdin (pariente del autor), y á Rouge; en Inglaterra á Pollock, en Austria á Czerny, en Rusia á Scoroff, en América á Howard, y en nuestro país se deben los primeros ensayos á los Dres. Ustariz, y Sagarra.

Faltaríamos á la imparcialidad si no mencionásemos un notable escrito del Dr. Bustos sobre esta materia, el cual revela un nutrido fondo de doctrinas.

En la vía de los ensayos había necesariamente que esperar el que estos se multiplicasen y se estudiaran en sus distintas fases, viniendo despues la práctica á dar el veredicto en sus manifestaciones; así vemos á Wiesmann que trasplanta colgajos de todo el espesor de la piel, á Coze que presenta tres observaciones de inger-tos epidérmicos, practicados con tegumentos de conejo, á Dubrueil servirse del cochinillo de India y del perro, experimento que inició Sedillot tomando un colgajo dermo-epidérmico del abdomen de un animal de esta especie, sin resultado alguno. A Wecker, oculista francés se debe una de las muchas aplicaciones del ingerto, usándolo en las úlceras dependientes de las quemaduras, cuando éstas recaen sobre el párpado, para evitar el tejido retractoril que tan ocasionado es á producir ectropiones. Por la forma de aplicación usada por Wecker se le llama á esta clase de ingerto, en *mosáico*.

Como quiera que al excindir el epidermis, casi siempre comprende el corte los vértices de las papilas, Reverdin y Giraldés han hecho un detenido estudio acerca de la influencia que las porciones del dérmis tenían sobre la nueva cicatriz, y ha resultado que en nada influyen, proliferando sólo las células más jóvenes del epidermis que conservan su núcleo (á lo que se llama por los anatómicos antiguos, cuerpos mucosos de Malpighio).

En tres conceptos generales podemos comprender todo cuanto se refiere á las indicaciones que cumplen los procedimientos autoplásticos. 1.º Como operacion de estética. 2.º Como procedimiento operatorio indispensable para curar un afecto. 3.º Como maniobra quirúrgica conveniente para impedir la reproducción de los cánceres y para activar la cicatrizacion de ciertas heridas, valiéndonos de transplantaciones cutáneas.

La primera indicacion se puede cumplir siempre que se rehace un órgano, cuya falta produce en el individuo un aspecto extraño, como por ejemplo: al que le falta la nariz, él que tiene extensas cicatrices ó presenta otra deformidad, que pueden remediar perfectamente los procederes autoplásticos. En este concepto dichas operaciones cumplen un *fin estético*.

La segunda indicacion se refiere á muchas de las operaciones que se practican en Cirugía; pero especialmente á las que tienen por objeto el rehacer un órgano que sirve como medio de proteccion en ciertos aparatos: como acontece en el párpado respecto al ojo, á los labios con relacion á la boca, etc. Se habia creido que tanto la *blefaroplastia* como la *queiloplastia*, eran operaciones que obedecian puramente á la *estética quirúrgica*; y sin embargo, desde el momento que al ojo le falta la proteccion necesaria que el párpado le presta, se deslustra la córnea, se ulcera, se presentan estafilomas y flecmasias conjuntivales, y por último, se desorganiza el globo ocular. Cumple, pues, la blefaroplastia, no solamente como una operacion de complacencia, si que tambien, como procedimiento quirúrgico indispensable. Lo mismo acontece con la pérdida de los labios, la cual ocasiona una *sialorrea* considerable, el catarro de la boca y ulceraciones muy rebeldes y de mala índole. Para tapar trayectos fistulosos, como acontece en la bóveda palatina, en la tráquea, en la mejilla, en el periné, etc., etc., los procedimientos autoplásticos producen notabilisimos resultados, y señalan la perfeccion de estos un gran progreso de la Cirugía moderna, la cual, no solamente se ha contentado con estudiar y resolver el problema de las cicatrizaciones rápidas y por primera intencion, si que tambien ha querido copiar á la naturaleza rehaciendo órganos, con una perfeccion que indica un nivel de adelanto, sobre el cual pudiera aplicarse con justa razon el verdadero *non plus ultra*. Otra de las indicaciones que cumplen los procederes autoplásticos—al decir de Martinet, de la Creuse,—es

prevenir la recidiva de los cánceres despues de la ablacion. Y como complemento de esta idea sostiene dicho cirujano, en union de otros, el que los cánceres se reproducen con más seguridad, á medida que es mayor la pérdida de sustancia, y la cicatriz tarda más tiempo en formarse.

Con objeto de evitar las causas de recidiva, aconsejó dicho cirujano el sacar grandes colgajos de tejidos perfectamente sanos para llenar la solucion de continuidad que resulta despues de la ablacion de los cánceres. Martinet apoyaba su teoría en cuatro operaciones que habia practicado con bastante éxito, y sin que se hubiesen reproducido dichas afecciones; y respecto al diagnóstico no cabia la menor duda, toda vez que tres de los enfermos habian tenido cánceres recidivados, cuando Martinet emprendió las operaciones que hemos mencionado. En cuanto al período de prueba, en uno de los pacientes no habia vuelto á reproducirse dicha afeccion, á los seis años de operado; y los otros tres llevaban algun tiempo sin que se notara el menor síntoma de recidiva. Poco hubo de durar la ilusion, por más que en el fondo hubiera algo de verdad.

Muchos cirujanos operaron del modo como aconsejaba Martinet, y á pesar de ello se reprodujeron los cánceres. El fundamento de la teoría de Martinet básase, en que por la reunion inmediata de grandes colgajos, traídos de puntos lejanos (y fuera por consiguiente del sitio sospechoso) se puede esperar, el que no recidive el cáncer. Añádase á esto, que la reunion inmediata tiene un corto proceso, y en dos ó tres dias se forma la cicatriz, al contrario de lo que sucede en la reunion secundaria con la supuracion consiguiente, la cual obra como una poderosa causa estimulante: la más á propósito para que sobre aquel punto se reproduzca el cáncer. Jobert de Lamballe pensaba que la autoplastia dificultaba la recidiva de los cánceres en la parte operada, porque la circulacion se modificaba en los colgajos, y por consiguiente la manera de nutrirse aquella region. De este modo explicaba Jobert el motivo por el cual los carcinomas, al reproducirse, buscaban, no el punto operado, sino los inmediatos, de modo que, en general, no influian las operaciones autoplásticas en la curacion de los *verdaderos cánceres*. Michon ha emitido una opinion muy parecida á la anterior, respecto á los epitelomas, sin embargo, nosotros creemos que hay una diferencia inmensa entre una y otra afeccion, y

están los hechos fuera de los límites comparables, pues así lo demuestra la razón y la práctica.

Conocidas, en el concepto general, las indicaciones autoplásticas, vamos á exponer someramente las reglas que hay que tener presentes en el manual quirúrgico de estas operaciones. Dichas reglas hemos de referirlas á los tres métodos clásicos, pues la Heteroplastia, los injertos y las transplantaciones de ciertos sistemas y órganos, ó tienen muy poco empleo en la práctica moderna, ó son operaciones especiales, de las cuales nos ocuparemos más adelante.

Las reglas para las operaciones autoplásticas se refieren á la manera de trazar los colgajos y puntos de donde deben extraerse; al modo de refrescar los bordes de la superficie, en la cual han de implantarse aquellos; al modo como deben colocarse y á la manera de prevenir ó combatir los accidentes y complicaciones.

Respecto á el primer punto debemos manifestar: que no todas las regiones anatómicas son convenientes para extraer de ellas los colgajos, como por ejemplo: en los individuos que padecen algun afecto ó *discrasia* debe procurarse que los colgajos estén completamente sanos; que la piel sea flexible para que se pueda amoldar sobre la superficie cruenta; y que se disequen colgajos del grosor necesario para que no se gangrene ó forme por su espesor un órgano voluminoso y anormal. Debe procurarse tambien que los colgajos tengan arterias y demás órganos necesarios para la nutrición de los mismos; toda vez que si carecen de medios de vitalidad es lo más posible que sobrevenga la gangrena, la cual puede presentarse por lo deficiente del riego sanguíneo arterial, ó bien por ser éste excesivo y las venas más escasas, para que por ellas se verifique la *circulación de retorno*.

Para refrescar los bordes —en los casos de que se opere sobre superficies cicatrizadas— deben incindirse aquellos en forma de *bisel*, si se trata de un *tabique* membranoso de pequeño grosor, ó en una extensión más pequeña, según los casos que se presenten.

Para que los procederes autoplásticos den resultado, es necesario procurar por todos los medios posibles, de que pueda conseguirse la reunión primitiva. Es conveniente, para conseguir este objeto, el que la cara cruenta de los colgajos corresponda exactamente sobre la superficie que ha de cubrir, teniendo en cuenta

para ello, de que los colgajos sean un poco mayor que las heridas sobre las cuales han de colocarse, para que aquellos no estén tensos, y, al venir la flecmasia, no se forme la supuración ó la gangrena. Para evitar este accidente debe removerse todo lo que produzca tirantez. lo cual puede cumplirse; siendo el colgajo mayor que la superficie cruenta (contando, por supuesto, con la retracción necesaria); que aquellos estén formados de partes similares á las que van á suplir; que la hemorragia no exista en las superficies cruentas, pues entónces los coágulos que se forman pueden obrar como cuerpos extraños; que no queden ligaduras que no puedan reabsorberse; que los colgajos queden suturados perfectamente, y se apliquen bien las superficies y, finalmente, que se asegure la nutrición, mediante compresas templadas ó frias segun la circulación de las partes transplantadas.

Los apósitos antisépticos, pueden garantir con mejor resultado que las *curas antiguas, la reunion primitiva*, evitando los accidentes que algunas veces vienen á perturbar la marcha ordenada de la cicatrización.

Pasadas 24 horas se acostumbran á separar la mitad de los puntos de sutura, alternativamente; y á las 48 se pueden separar algunos más de aquellos, ó bien todos, si la reunion se ha formado por completo. Como la cicatriz no tiene en tan poco tiempo la suficiente resistencia, deben sostenerse los colgajos con tiras de *tafetán* muy fino ó bien con *colodion*. En las pequeñas, trasplantaciones, formadas de piel muy fina, hemos usado con grandes ventajas los *corchetes* de Vidal de Casis, pues ellos producen una union perfecta de los bordes y provocan ménos traumatismo que los puntos de sutura ordinarios.

Como los *injertos epidérmicos* forman un método completamente distinto, y su manual operatorio es bastante diferente de los procedimientos autoplásticos, exponremos algunas consideraciones respecto á este asunto.

Las indicaciones que cumple el *injerto* son múltiples; pero de ellas las más principales son las siguientes: en las ulceraciones extensas en donde no se vé adelantar la cicatrización; en las superficies cruentas, cuyos procesos cicatriciales tienen tendencia á formar *tejidos retractiles* que produzcan la deformación de los órganos, como acontece en las quemaduras de los párpados y labios; en las úlceras varicosas, aplicados por Pollock; en la gangrena

hospitalaria, y en otros afectos en los cuales la indicacion no está claramente establecida.

El manual operatorio consiste en excindir con una fina lanceta ó bisturí un *pedacito de epidermis*, el cual debe procurarse—siempre que se pueda—de la parte interna del muslo ó del brazo. No siempre sale—ó mejor dicho casi nunca—el epidermis solo, sino tambien la capa más superficial del *dérmis*. Los cirujanos dan muy poco valor á la influencia de éste en la adherencia del injerto, creyendo que la cicatrizacion del mismo se verifica á expensas de las células jóvenes nucleoladas.

Una vez colocada la pequeña porcion sobre la superficie cruenta se sujeta aquella, mediante una tira de *esparadrapo*, *badrucha* ó tela de goma fina, para que se aplique exactamente en el punto de colocacion.

Modernamente Fischer, de Strasburgo, ha practicado numerosas *transplantaciones de injertos cutáneos*, anemiados. El profesor aleman aplica primeramente la venda de Esmarch sobre el miembro, en el cual se vá á colocar el *injerto*. Si hubiere úlcera que sangrase, se debe evitar el que la venda produzca presiones cerca de la superficie cruenta que provocasen hemorragias.

Para sacar los injertos se aprovecha algun miembro que se vá á desarticular (cuyas operaciones son frecuentes en los grandes hospitales), y en el cual se haya aplicado la *isquemia*. La piel de donde se saque el injerto, debe lavarse ántes muy bien con agua jabonosa, y despues con una disolucion fenicada al $\frac{5}{100}$, secando luego el injerto. Este se aplica sobre la úlcera ó herida y se cubre toda ella con el *protectivo*, el cual debe fijarse con tiras de aglutinante, aplicando encima gasa fenicada y un retentivo como en la cura de Lister.

Nosotros no hemos empleado nunca este último procedimiento del cual se hacen muchísimos elogios.

¿De qué manera obran los injertos? Hé aquí una cuestion interesante sobre la que se han expuesto multitud de teorías. Para que se tenga completa idea de este punto, creemos de gran utilidad para nuestros lectores, el transcribir algunos párrafos del notable discurso que, nuestro antiguo compañero y amigo Dr. Ustariz, de Madrid, pronunció en la Academia Médico-quirúrgico-española. Dice el Dr. Ustariz: «Tres faces tiene la indicacion de los injertos: primera, acelerar la curacion permitiendo que la cicatriz se forme

en muchos puntos á la vez; segunda, élevar el *nivel* de la solucion de continuidad cuando ésta es deprimida, y tercera, sustituir con un tejido cutáneo normal al tejido inodular, cuya retraccion puede tener inconvenientes más ó ménos serios.»

«Intentemos penetrar en la intimidad del proceso que se establece en los injertos epidérmicos, y veamos lo que el microscopio parece determinar en este punto.»

«Poncet fué uno de los primeros que dieron una explicacion de los fenómenos que se verificaban en los *ingertos* y la manera de producirse la nueva cicatriz gracias á este recurso.»

Dice Poncet: en corte hecho sobre un injerto epidérmico trasplantado hacia cuatro dias y adherido á los botones carnosos, se observaba lo siguiente: «La capa córnea, cuyos elementos se disgregan muy fácilmente, ha disminuido de espesor. Las células del cuerpo mucoso tienen una disposicion normal, presentando un hermoso núcleo con nucleola, no encontrándose en ninguna parte signo de proliferacion. La capa superficial del dermis está intimamente unida á los mamelones por su cara profunda, confundiéndose su sustancia intercelular y pudiéndose observar todos los fenómenos que se verifican en medio de los tejidos en la reunion primitiva. Los vasos del dermis penetran entre los elementos embrionarios para anastomosarse bien pronto con las asas vasculares de la herida.»

«En el exámen de un corte de injerto, unido hacia ya diez dias, y que habia quedado estacionario, Poncet ha encontrado el espesor del cuerpo mucoso aumentado y con numerosos glóbulos epidérmicos. El dermis trasplantado habia desaparecido por completo, cediendo su lugar á las células epiteliales que se continuaban directamente con las células embrionarias. Además, en los puntos inmediatos á esta produccion epitelial, los nuevos elementos de los mamelones carnosos eran más voluminosos. ¿No podria ser este el primer estado de la trasformacion epidérmica de una célula epitelial?»

«¿De dónde si no provendrán esas numerosas células de epithium, sino es de los elementos conjuntivos del dermis donde tienen lugar y de las células embrionarias de los mamelones carnosos con los cuales se continúan directamente? Ningun rasgo se encuentra de la proliferacion de los elementos epiteliales.»

Bryan, en un trabajo publicado sobre los injertos epidérmicos,

en el cual expone sus confusiones y sus dudas sobre la accion de estos colgajos de piel, si bien cree como indudable que obran como un estímulo para la cicatrizacion, piensa además que las partes injertadas crecen por la proliferacion de sus propias células. En apoyo de esto, cuenta la observacion de un hombre blanco, á quien se le colocaron sobre una úlcera de la pierna, cuatro injertos de piel de negro, constituyendo entre los cuatro reunidos poco más del tamaño de un grano de cebada; en diez semanas los injertos estaban aproximados y formaban una placa de piel negra, veinte veces más ancha que los colgajos primitivos.

De aquí deduce que los injertos crecen por la proliferacion de sus propias células, al mismo tiempo que excitan el poder de formacion cutánea en los mamelones situados cerca de los injertos y de los bordes de la herida. Pollock afirma haber visto un hecho de la misma naturaleza.

A pesar de las teorías que hemos mencionado, hay quien niega toda influencia cicatricial á los injertos epidérmicos, creyendo que las tiras de aglutinante que se aplican para sujetar los pedacitos de piel, en union de la influencia que tienen los injertos como cuerpos extraños, vienen á ser los factores principales que impulsan á el trabajo cicatricial. Fúndanse, los que tal opinan, en que las úlceras atónicas y varicosas, en las cuales la cronicidad y atonia vienen á constituir su carácter principal, se curan mediante la aplicacion de tiras de esparadrapos, imbricándolas, para constituir el vendaje de Baynton.